**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

ROSELI LAGE DE OLIVEIRA

**Estudo comparativo da adição da
terapia cognitivo comportamental e da psicoeducação ao
tratamento padrão do transtorno bipolar em idosos**

**São Paulo
2011**

ROSELI LAGE DE OLIVEIRA

**Estudo comparativo da adição da
terapia cognitivo comportamental e da psicoeducação ao
tratamento padrão do transtorno bipolar em idosos**

(Versão original)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo, como parte
dos requisitos para a obtenção do grau de
Doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Neurociências e
Comportamento

Orientadora: Profa. Dra. Clarice Gorenstein

**São Paulo
2011**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Oliveira, Roseli Lage de.

Estudo comparativo da adição da terapia cognitivo comportamental e da psicoeducação ao tratamento padrão do transtorno bipolar em idosos / Roseli Lage de Oliveira; orientadora Clarice Gorenstein. -- São Paulo, 2011.

169 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Neurociências e Comportamento) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Transtorno bipolar 2. Idosos 3. Terapia cognitivo-comportamental I. Título.

RC516

FOLHA DE APROVAÇÃO

Roseli Lage de Oliveira

Estudo comparativo da adição da terapia cognitivo comportamental e da psicoeducação ao tratamento padrão do transtorno bipolar em idosos

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo para a
obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Aprovado em: ____ / ____ / ____.

Banca Examinadora

Prof (a). Dr(a)._____

Instituição:_____ Assinatura: _____

Prof (a). Dr(a)._____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof (a). Dr(a)._____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof (a). Dr(a)._____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof (a). Dr(a)._____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico esta Tese

Aos meus pais Rosa e Manuel, pelo seu apoio, o seu amor e a sua dedicação, e por terem me ensinado a nunca desistir.

Ao meu esposo Átila, pelo seu amor, a sua compreensão, a sua paciência, o seu encorajamento e o seu apoio, e por proporcionar à minha vida um sentido único.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Antonia Gladys Nasello, por ter acreditado inicialmente neste projeto e por ter me motivado a desenvolvê-lo, estimulando o início deste estudo.

À Profa. Dra. Clarice Gorenstein, pela orientação durante este processo, por ter me proporcionado a possibilidade de iniciar este estudo, por todas as suas contribuições, pela sua atenção e pelo seu apoio.

À Profa. Dra. Mariangela Gentil Savoia, pela motivação, atenção e carinho com que me estimulou a iniciar este projeto, e por ter acreditado em mim. Agradeço as suas valiosas sugestões, as suas sucessivas leituras do manuscrito e por ter contribuído para o meu crescimento científico e intelectual.

À Profa. Dra. Edwiges Ferreira de Mattos Silves, pelas suas preciosas sugestões durante a qualificação, tornando mais claro o caminho a ser percorrido.

À Profa. Dra. Marilda Lipp, por ter me iniciado nas pesquisas sobre o estresse e por ter me incentivado ao longo desta jornada, pelo seu carinho e pelo seu apoio.

Ao Prof. Dr. André Fábio Kohn, à Profa. Dra. Maria Elisa Pimentel Piemonte e à Profa. Dra. Mirian Garcia Mijares, pelas suas importantes discussões nas aulas, pelas trocas de experiências e pelo aprendizado.

Aos colegas da pós-graduação, Celso Bueno, Rafaela Pestana, Sabrina Asa e Sabrina Pedão, pelo seu apoio e companheirismo e pelas horas de estudo, em especial à Sabrina Pedão, por ter me auxiliado com o aprendizado inicial das neurociências.

Aos colegas de trabalho da UNID-CAISM, Dra. Ednéia Zanuto e Dr. Ricardo Abel Evangelista – médicos assistentes –, aos profissionais do setor administrativo,

da equipe de enfermagem, da nutrição, do serviço social e da terapia ocupacional, pelas suas sugestões, acolhimento e pela disponibilidade de todos.

Aos meus colegas de trabalho da psicologia do CAISM, Andrea, Beatriz, Claudia, Eliana, Fernanda, Gislaine, Juliana, Livia, Marcela, Valdinéia, Viviane, Silvia, Simone, que sempre me apoiaram e me motivaram a continuar.

Aos meus irmãos Celeste e Nelson, meus cunhados Silvio e Joyce e aos meus queridos sobrinhos Vitor, Julia e Melissa, pelo seu apoio, pelo seu carinho e pela sua compreensão nos momentos da minha ausência. Obrigado por terem me auxiliado a tornar mais leve os momentos mais difíceis.

Aos meus sogros Dalva e Olaguibel por terem me acolhido com tanto amor e carinho durante este período, e por me receberem como uma filha.

Aos meus queridos amigos Ana Paula e Luiz Guilherme, pelas suas contribuições ao longo do trabalho, por terem me apoiado e me motivado a continuar.

Aos meus queridos amigos Ana, Daniella, Iara e Isabel, pela sua compreensão e pelo seu carinho, por estarem sempre presentes nos momentos mais difíceis.

À Angela Bragato, à Juliana de Resende Fonseca e à Paula Lellis de Vitto, pelas avaliações dos participantes nos períodos pré e pós-intervenção, por toda a sua paciência, atenção e disponibilidade.

Ao Prof. Paulo Zilhão, pela cuidadosa revisão do manuscrito e pelas preciosas sugestões, as quais permitiram que o texto e as idéias a estes subjacentes, tivessem ficado mais claras e de mais fácil compreensão.

Ao Prof. Helymar da Costa Machado, pela análise estatística e auxílio com a manipulação dos resultados, pela sua paciência e a sua atenção durante as análises.

À Rosana Sávio Mastrorosa, pela tradução do resumo.

Agradeço a todos que participaram deste estudo e que permitiram a sua concretização.

Em especial, aos idosos e seus familiares, por me permitirem desvelar a calorosa experiência de poder acessar suas ricas histórias de vida e reconstruir a minha própria história.

Finalmente, um agradecimento especial aos idosos e aos seus familiares, por terem me permitido participar da inesquecível experiência de ouvir as suas ricas e emocionantes histórias de vida, me permitindo rever as minhas escolhas, construir uma nova jornada e dar um novo rumo para a minha própria história de vida.

RESUMO

Oliveira, R. L. (2011). *Estudo comparativo da adição da terapia cognitivo comportamental e da psicoeducação ao tratamento padrão do transtorno bipolar em idosos*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O Transtorno Bipolar [TB] é uma doença crônica e recorrente, que traz prejuízos significativos para o indivíduo. No idoso bipolar as recorrências são cada vez mais rápidas e os episódios mais longos, com um elevado risco de desenvolvimento de um quadro demencial, estando também estas associadas as alterações inerentes ao processo de envelhecimento. O presente estudo teve por objetivo comparar os benefícios da adição da Terapia Cognitivo Comportamental [TCC] e da Psicoeducação [PE], em grupo, ao Tratamento Padrão [TP] – terapêutica farmacológica convencional – do TB em idosos. Realizou-se um estudo controlado, com a amostra distribuída por conveniência e avaliação cega das medidas de desfecho. Os instrumentos utilizados foram o Protocolo de Pesquisa para a caracterização sociodemográfica e o histórico clínico, a Escala de Depressão Geriátrica, a Escala de Avaliação de Mania de Young Modificada, o Questionário de Crenças Irracionais, o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos Lipp e o Inventário de Qualidade de Vida. Os critérios de inclusão para o estudo foram ter TB tipo I ou II, com idade igual ou superior a 60 anos, estar eutímico ou em remissão parcial dos sintomas, a ausência de um quadro demencial ou de *delirium*. Os participantes foram distribuídos em três grupos, o da adição da TCC ao TP, o da adição da PE ao TP e apenas o TP. Os participantes foram avaliados antes e após a intervenção. As intervenções em grupo ocorreram em 21 encontros semanais, com uma hora e trinta minutos de duração cada. Participaram do estudo 26 idosos bipolares, com a média etária de 66,6 anos, sendo a maioria do sexo feminino (65,4%), casada (50%) e morando com o cônjuge (26,9%). Os resultados demonstraram a equivalência das amostras antes da intervenção. Após esta, observou-se no grupo da TCC uma redução significativa dos sintomas de mania ($p=0,034$), do padrão de crenças irracionais ($p=0,046$) e da média das crenças pontuadas ($p=0,019$). Não houve mudanças significativas nos grupos da PE e do TP. Notou-se na amostra total um aumento significativo do nível de estresse ($p=0,014$) e da qualidade de vida na área da saúde ($p=0,046$), no período pós-intervenção. Quanto ao desfecho clínico, o grupo da TCC foi o que se manteve estável por um maior período de tempo, quando comparado com os demais grupos, mas isto não foi significativo. Neste estudo observou-se que o grupo da TCC foi o que mostrou melhores resultados e que se manteve em eutímia por um maior período de tempo. Embora os estudos de acompanhamento ao longo do tempo com idosos sejam difíceis de serem conduzidos, devido à maior desistência ao longo destes, sugere-se a realização de estudos longitudinais, controlados, que visem a desenvolver protocolos de intervenção para o tratamento dos idosos bipolares, proporcionando uma melhora na sua qualidade de vida e um envelhecimento saudável.

Palavras-chave: 1. Transtorno Bipolar. 2. Idoso. 3. Terapia Cognitivo Comportamental. 4. Psicoeducação.

ABSTRACT

Oliveira, R. L. (2011). *Comparative study of the addition of cognitive behavioral therapy and psychoeducation to standard treatment of bipolar disorder in the elderly*. Doctoral Thesis, Institute of Psychology, University of São Paulo.

The Bipolar disorder [BD] is a chronic and recurrent disease, which brings significant impairment to the individual. For the elderly bipolar patients, recurrences are even faster and episodes are, usually, longer and with a high risk of developing dementia symptoms. It is, also, associated with inherent changes during the process of aging. This study aimed to compare the benefits of adding cognitive behavioral group therapy [CBT] and psychoeducation group therapy [PE], in elderly bipolar patients under standard treatment [ST], i.e., conventional pharmacological therapy. The present study was a controlled one, with the sample distributed by convenience and with a blind evaluation of outcome measures. The instruments used were: a Research Protocol for the socio-demographic characterization and clinical history, the Geriatric Depression scale, the scale of Assessment of Modified Young Mania, the Irrational Beliefs Questionnaire, the Lipp Inventory of Stress Symptoms for Adults and Quality of Life Inventory. The study criteria for inclusion were patients with BD type I or II, who were clinically described as euthymic or in partial remission of symptoms, aged 60 years or over, in absence of dementia or *delirium* symptoms. Participants were distributed into three groups: (a) the addition of CBT to ST, (b) the addition of PE to ST and (c) only ST. Participants were assessed at baseline and at the end of the intervention. Group interventions occurred in 21 weekly meetings lasting an hour and thirty minutes long each. The participants were elderly bipolar ($n=26$), mean age of 66.6 years, most females (65.4%), married (50%) and living with the spouse (26.9%). The baseline evaluation showed an equivalence of symptoms among the patients. After the intervention, the CBT plus ST group showed a significant reduction of symptoms of mania ($p = 0.034$), a lower pattern of irrational beliefs ($p = 0.046$) and a lower score of punctuated beliefs ($p = 0.019$). There were no significant changes in the groups of the PE and the ST. Also, all participants showed a significant increase in the stress level ($p = 0.014$) and in quality of life concerning health area ($p = 0.046$). As for the clinical outcome, CBT Group remained stable for a longer period of time, when compared with the other groups, but this was not a significant result. Nevertheless, CBT group remained euthymic much longer and showed a better outcome compared to the other ones. Follow-up studies with elderly patients are difficult to be conducted due to the great withdrawal over time, as so, it is suggested controlled longitudinal studies, aimed to develop intervention protocols for the treatment of elderly bipolar, providing an improvement in their quality of life and a healthy aging.

Keywords: 1. Bipolar Disorder. 2. Elderly. 3. Cognitive Behavioral Therapy. 4. Psychoeducation

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama de fluxo da amostra dos participantes	54
Figura 2 – Comparação da pontuação dos sintomas de mania (EAM-m) após a intervenção nos grupos da Psicoeducação, da Terapia Cognitivo Comportamental e do Tratamento Padrão	84
Figura 3 – Comparativo da presença de estresse entre os grupos do Tratamento Padrão, da Psicoeducação, da Terapia Cognitivo Comportamental e Amostra Total nos períodos pré e pós-avaliação	88
Figura 4 – Comparativo de sucesso no quadrante saúde da qualidade de vida entre os grupos do Tratamento padrão, da Psicoeducação, da Terapia Cognitivo Comportamental e Amostra Total nos períodos pré e pós-intervenção	89
Figura 5 – Padrão de Crenças significativas antes e após a intervenção, comparando a Amostra Total e os grupos do Tratamento padrão, da Psicoeducação, da Terapia Cognitivo Comportamental	90
Figura 6 – Pontuação de crenças irracionais pré e pós-intervenção nos grupos da Psicoeducação, da Terapia Cognitivo Comportamental e do Tratamento Padrão	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes na amostra total e por distribuição dos grupos da Psicoeducação, da Terapia Cognitivo Comportamental e do Tratamento Padrão	56
Tabela 2 – Comorbidades clínicas e hábitos de saúde dos participantes	57
Tabela 3 – Características clínicas dos participantes no início do estudo	58
Tabela 4 – Planejamento Experimental	64
Tabela 5 – Planejamento das Sessões do Grupo da Psicoeducação	65
Tabela 6 – Planejamento das Sessões do Grupo da Terapia Cognitivo Comportamental	72
Tabela 7 – Avaliação comparativa das desistências dos Grupos da Psicoeducação, da Terapia Cognitivo Comportamental e do Tratamento Padrão na avaliação final	80
Tabela 8 – Avaliação dos participantes antes da intervenção quanto ao nível de estresse, à qualidade de vida e ao padrão de crenças dos grupos da Psicoeducação, da Terapia Cognitiva Comportamental e do Tratamento Padrão	81
Tabela 9 – Avaliação dos participantes após a intervenção quanto ao nível de estresse, à qualidade de vida e ao padrão de crenças dos grupos da Psicoeducação, da Terapia Cognitiva Comportamental e do Tratamento Padrão	82

Tabela 10 - Comparação dos valores brutos dos sintomas depressivos e dos maníacos e das crenças irracionais nos grupos da Psicoeducação, da Terapia Cognitivo comportamental e do Tratamento Padrão	83
Tabela 11 – Análise comparativa entre as avaliações pré e pós-intervenção no Grupo da Psicoeducação	85
Tabela 12 – Análise comparativa entre as avaliações pré e pós-intervenção no Grupo da Terapia Cognitivo Comportamental	86
Tabela 13 – Análise comparativa entre as avaliações pré e pós-intervenção no Grupo do Tratamento Padrão	87
Tabela 14 – Análise comparativa entre as avaliações pré e pós-intervenção na Amostra Total	87
Tabela 15 – Desfecho clínico quanto as recorrências do grupo da Psicoeducação e da Terapia Cognitivo Comportamental	91

LISTA DE SIGLAS

AMPc	Adenosina Monofosfato Cíclica
APA	American Psychiatric Association
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CANMAT	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments
CPF	Córtex Pré-Frontal
DAG	Diacilglicerol
EAM-m	Escala de Avaliação de Mania de Young Modificada
ECT	Eletroconvulsoterapia
EFH	Episódios Frequentes de Humor
FAST	Functioning Assessment Short Test
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IP ₃	Inositol Trifosfato
IQV	Inventário de Qualidade de Vida
ISSL	Inventário de Sintomas de Stress para adultos Lipp
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Psicoeducação
PIP ₂	Fosfatidilinositol
PKA	Proteína Dependente da AMPc
PKC	Proteína Quinase C
QCI	Questionário de Crenças Irracionais
QV	Qualidade de Vida
SNC	Sistema Nervoso Central

TB	Transtorno Bipolar
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TIP	Terapia Interpessoal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1	Saúde Mental e Envelhecimento	18
2.2	Transtorno Bipolar.....	21
2.2.1	<i>Características clínicas</i>	<i>21</i>
2.2.2	<i>Fisiopatologia do transtorno bipolar</i>	<i>29</i>
2.2.3	<i>Transtorno Bipolar no Idoso.....</i>	<i>35</i>
2.2.4	<i>Tratamento</i>	<i>38</i>
2.3	Psicoeducação.....	41
2.4	Terapia Cognitivo Comportamental	44
3	OBJETIVOS.....	51
3.1	Objetivo Geral	51
3.2	Objetivos Específicos	51
4	MÉTODO E CASUÍSTICA.....	52
4.1	Casuística	52
4.1.1	<i>Critérios de Inclusão</i>	<i>52</i>
4.1.2	<i>Critérios de Exclusão.....</i>	<i>53</i>
4.2	Instrumentos	59
4.3	Procedimentos	62
4.4	Protocolo da Psicoeducação em Grupo	65
4.5	Protocolo da Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo	71
4.6	Aspectos éticos	77
4.7	Método de Análise dos Resultados	78
5	RESULTADOS.....	80
5.1	Equivalência de Amostra.....	80
5.2	Comparação das variáveis entre os períodos pré e pós-intervenção	81

5.3	Análise comparativa pré e pós-intervenção por grupo.....	84
6	DISCUSSÃO	93
7	CONCLUSÕES	112
8	REFERÊNCIAS.....	114
	APÊNDICES	125
	ANEXOS.....	160

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno Bipolar [TB] é caracterizado por episódios agudos, recorrentes e com alteração patológica do humor. Ele traz um grande prejuízo psicossocial e tem um elevado risco de mortalidade (Goodwin & Jamison, 2007).

Com o envelhecimento populacional, há um crescimento na prevalência das doenças relacionadas ao envelhecimento, bem como das doenças mentais (OMS, 2001). Embora o TB tenha uma prevalência menor no idoso, de 0,1-0,2% (Depp & Jeste, 2004), ele tende a se apresentar de forma mais crônica, com um maior número dos episódios de alteração do humor e um maior período de duração (Zung, Cordeiro, Lafer, Nascimento, & Vallada, 2009).

Devido à cronicidade do TB e aos problemas que traz para o indivíduo, como as dificuldades no âmbito profissional e nos relacionamentos interpessoais, considerando que o idoso está com um processo de doença instalado há longa data, isto pode levar a prejuízos psicossociais importantes, a um maior risco de suicídio (Depp & Jeste, 2004; Zung et al., 2009), aos déficits cognitivos e a uma probabilidade aumentada de evoluir para um quadro demencial (Kessing & Nilsson, 2003). Estudos que visem conhecer o curso e a plasticidade do transtorno, e as estratégias terapêuticas que levem à melhoria do funcionamento global, são essenciais (Depp & Jeste, 2004).

Diversas abordagens são utilizadas no tratamento do TB as quais incluem a abordagem farmacológica e as intervenções psicossociais como coadjuvantes no tratamento, entre estas a Terapia Cognitivo Comportamental, a Psicoeducação, a Terapia Interpessoal e a Terapia Focada na Família (Yatham et al., 2009).

A Psicoeducação é uma abordagem que fornece informações ao paciente e à família sobre a doença, o seu curso e a sua forma de tratamento, facilitando a adesão a este (Knapp & Isolan, 2005). De acordo com Colom et al. (2009), a PE foi associada a um maior período sem recorrências e um menor número de episódios em bipolares, resultados estes que se mantiveram em um acompanhamento de cinco anos.

A Terapia Cognitivo Comportamental é uma intervenção que auxilia o paciente a monitorar as suas alterações do humor e a mudar o seu padrão de crenças distorcidas, contribuindo para uma redução do número de recorrências, o aumento do período da eutimia e a redução dos sintomas residuais, além da melhora da qualidade de vida e do funcionamento global (Ball et al., 2006; González-Isasi et al., 2010; Lam, McCrone, Wright, & Kerr, 2005; Williams et al., 2008).

Considerando os poucos estudos existentes com o idoso bipolar, surgiu o interesse em comparar os benefícios da adição da TCC e da PE, em grupo, ao Tratamento Padrão [TP] (tratamento farmacológico convencional) do TB em idosos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Saúde Mental e Envelhecimento

No Brasil o envelhecimento populacional começou a ser observado a partir da década de 1970, devido ao acelerado processo da transição demográfica. No início do século passado, o grupo representado pelos indivíduos com menos de 15 anos era de aproximadamente 45% da população total, ao passo que os idosos representavam apenas 2,5% (Chaimowicz, 1997). Atualmente, o Brasil está na décima sexta posição entre os países com maior número de pessoas idosas, prevendo-se que até 2020, quando se calcula que haverá mais de 25 milhões de brasileiros com idade superior a 60 anos, atingirá a sexta posição (Chaimowicz, 1997; Zanutto, Evangelista, Sanches, & Tamai, 2009).

O último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], em 2010, indicou que a população aumentou 10,98%, chegando aos 190.755.799 habitantes, o que equivale a uma taxa de crescimento anual de 1,17%. Os dados mostraram que houve um aumento da população idosa, a qual representa 10,79% do total, em que 55,53% deste percentual são mulheres. Conforme a distribuição por faixa etária, 3,41% da população total tem dos 60 aos 64 anos, 2,54% dos 65 aos 69 anos, 1,96% dos 70 aos 74 anos, 1,34% dos 75 aos 79 anos e 1,54% com 80 anos ou mais. Também de acordo com o último censo, a cidade de São Paulo conta com 4.771.436 idosos, o que corresponde a 23,17% do total dos idosos do país (IBGE, 2011).

Em 2008, em uma revisão das projeções sobre a população brasileira realizada pelo IBGE, este instituto previu que a pirâmide populacional em 2025 terá uma forma mais retangular, pois se estima que os idosos passarão para cerca de 34 milhões, enquanto que as crianças menores que os 12 anos serão aproximadamente 33 milhões (IBGE, 2008).

Atualmente, além do crescimento da população idosa, observa-se um aumento da expectativa de vida ao nascer. Uma pesquisa realizada pelo IBGE (2010) apontou uma média geral para o Brasil de 73,1 anos. As mulheres têm uma maior expectativa de vida, a qual passou de 73,9 anos em 1999 para 77 anos em 2009, enquanto que a dos homens, no mesmo período, passou de 66,3 para 69,4 anos. Houve um crescimento de 10,6 anos em, aproximadamente, 30 anos. Estima-se que no Brasil, até 2050, a média da expectativa de vida chegue aos 81,2 anos.

Os fatores que mais contribuíram para esta transição demográfica foram a redução nas taxas de fecundidade das mulheres, a diminuição da mortalidade infantil, as melhores condições de saneamento básico e de moradia, e o avanço tecnológico da medicina (Camarano, 2002; Chaimowicz, 1997; Tamai, 1997).

Uma maior expectativa de vida nem sempre implica ter um envelhecimento saudável, pois as patologias crônico-degenerativas podem surgir, levando a incapacidades que dificultam a manutenção da autonomia e da independência do idoso. Em função disto, é necessário que existam não apenas pesquisas e planejamentos para aumentar a expectativa de vida, mas que esta seja de qualidade (Pollo & Assis, 2008).

O processo de envelhecimento acarreta diversas mudanças para o indivíduo, podendo levá-lo a ter dificuldades na sua integração e adaptação ao meio ambiente. Papaléo Netto e Pontes (1996) definiram esta fase do ciclo vital como sendo um

processo dinâmico e progressivo, o qual é acompanhado por mudanças biopsicossociais que repercutem na diminuição da capacidade do indivíduo para se adaptar ao meio ambiente, criando-lhe uma maior vulnerabilidade e uma maior incidência de moléstias crônico-degenerativas, que evoluem na fase final da sua vida até à sua morte.

Na medida em que se observa um crescimento da população idosa, há um aumento na prevalência das doenças relacionadas ao envelhecimento, assim como das doenças mentais. Os problemas de saúde mental compreendem quadros variados e heterogêneos quanto às suas duração e gravidade, pois alguns são episódicos e outros permanecem durante a vida (Falcão & Carvalho, 2010). Segundo a Organização Mundial da Saúde [OMS] (2001), é alta a prevalência de transtornos mentais entre as pessoas idosas, sendo que os mais frequentes são os transtornos de ansiedade, os do humor, os psicóticos e a doença de Alzheimer.

Em um estudo realizado na região sudeste do Brasil, em 1989, com 1602 idosos, constatou-se que um terço destes foi considerado como sendo um possível 'caso' de saúde mental (Ramos, Rosa, Oliveira, Medina, & Santos, 1993).

Entre os transtornos do humor, o Transtorno Bipolar é uma patologia usualmente encontrada, sendo diagnosticada no final da adolescência ou no começo da vida adulta, sendo este um problema crônico e recorrente, que traz muito sofrimento para o indivíduo e à sua família. Se este for idoso, os prejuízos podem ser maiores, os quais são aliados às mudanças inerentes a esta fase da vida, tornando-se importante desenvolver novas práticas e tratamentos efetivos para esses indivíduos, a fim de que eles tenham um envelhecimento saudável.

Estudos que visem conhecer o curso e a plasticidade deste transtorno na terceira idade, bem como, as estratégias terapêuticas cujo objetivo não seja apenas

a melhora da sintomatologia, mas do seu funcionamento global, são essenciais (Depp & Jeste, 2004).

O problema do TB em idosos e os prejuízos que este transtorno traz para as diversas áreas do seu funcionamento, quer no cotidiano, nos seus relacionamentos interpessoais e na sua saúde, além da escassez de pesquisas sobre este assunto, foi o que motivou o interesse em desenvolver o presente estudo.

2.2 Transtorno Bipolar

O Transtorno Bipolar [TB] é caracterizado pela presença de episódios agudos e recorrentes, com alteração patológica do humor e por pelo menos um episódio de mania, de hipomania ou misto (Justo & Calil, 2004). Ele é um transtorno crônico que necessita de acompanhamento e controle ao longo da vida (Lotufo Neto, 2004), e que apresenta altos índices de recaídas e de internações (Knapp & Isolan, 2005).

2.2.1 Características clínicas

De acordo com a *American Psychiatric Association* [APA] o TB caracteriza-se pela presença de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos e por, pelo menos, um Episódio Depressivo Maior. No TB tipo I ocorrem um ou mais Episódios Maníacos ou Mistos, acompanhados por Episódios Depressivos Maiores. Já no TB tipo II ocorre um ou mais Episódios Depressivos Maiores e pelo menos um Episódio Hipomaníaco (APA, 2002).

Nos episódios maníacos há a presença de um humor eufórico ou irritável, em que o indivíduo se envolve em situações prazerosas e com risco potencial para ele e para os outros. Ele tem um aumento da sua atividade motora e dirigida aos objetivos, uma alta distratibilidade, uma diminuição da necessidade de sono, um discurso e um pensamento acelerados, idéias delirantes e, na sua forma mais grave, sintomas psicóticos. Estas alterações psicopatológicas ocorrem por um período mínimo de uma semana, acarretando prejuízos psicossociais ao indivíduo (APA, 2002).

Os episódios hipomaníacos caracterizam-se por ter sintomas menos intensos e uma duração menor do que os maníacos, com uma duração mínima de quatro dias, ocasionando prejuízos significativos ao indivíduo (APA, 2002).

Nos episódios depressivos os sintomas são o humor deprimido, a apatia, a fadiga, a perda da energia e do interesse por atividades que antes eram prazerosas; o sentimento de culpa e a desesperança, a dificuldade para se concentrar e tomar decisões; o aumento ou a diminuição do sono e do apetite, com o consequente aumento ou perda de peso; e as ideações ou as tentativas de suicídio. Algumas destas alterações ocorrem por no mínimo duas semanas, causando prejuízos significativos. Os sintomas característicos de ambos os episódios (maníacos e depressivos), simultaneamente, caracterizam os episódios mistos (APA, 2002).

De acordo com os critérios estabelecidos acima, a prevalência do TB na população geral varia entre 0,4 e 1,6% (APA, 2002). Em um estudo mais recente, ao investigar a carga global dos transtornos mentais, os pesquisadores avaliaram uma amostra representativa em 28 países no mundo, concluindo que o TB era um problema grave, pois prejudicava o funcionamento de 2,6% da amostra estudada (Kessler et al., 2009).

No que diz respeito à prevalência entre os tipos I e II, em uma revisão sistemática, Lima, Tassi, Novo e Mari (2005), observaram a prevalência de 0,8% para o tipo I e de 0,5% para o II. No entanto, em uma pesquisa mais recente realizada com 9282 adultos americanos, a prevalência foi de 1,0% para o tipo I e de 1,1% para o II (Merikangas et al., 2007).

Quanto à variável gênero, embora a APA (2002) indique que não há diferenças significativas entre os sexos, Merikangas et al. (2007) mostraram que havia uma prevalência maior do TB nas mulheres, com 1,1% para o tipo I e 1,3% para o II, enquanto que nos homens os percentuais eram, respectivamente, de 0,8% e 0,9%.

A história familiar tem uma importante relação com o Transtorno Bipolar, pois o risco é aumentado para parentes de primeiro grau, sendo de 4 a 24% para o tipo I e de 1 a 5% para o II (Lima et al., 2005).

A idade para o início da doença foi estimada por volta dos 18,2 anos para o TB tipo I e dos 20,3 anos para o II (Merikangas et al., 2007), embora a procura pelo primeiro tratamento só ocorra, em média, 10 anos após a sua primeira manifestação clínica (Supples et al., 2001). Dados semelhantes foram observados por Nierenberg et al. (2010), que avaliaram 9282 pacientes, tendo-os dividido entre os que possuíam Episódios Frequentes de Humor [EFH] e os que não os possuíam. Os autores notaram que a idade para o início do TB nas pessoas com os EFH era de 17,6 anos, enquanto que para os que não os tinham era de 19,6 anos. Estes dados revelaram que os bipolares com os EFH têm o início da doença mais precocemente do que os que não os possuem.

O TB traz um elevado risco de mortalidade. Aproximadamente 25% dos pacientes realizam alguma tentativa de suicídio ao longo da vida e 11% atingem o

seu intento (Hilty, Brady, & Hales, 1999). A taxa de mortalidade para os bipolares é de duas a duas vezes e meia maior do que na população geral (Goodwin & Jamison, 2007), estando associada a uma maior frequência de tentativas de suicídio do que a maioria dos transtornos psiquiátricos (Oquendo et al., 2000). Os bipolares tipo II usam, significativamente, métodos mais letais e violentos do que os bipolares tipo I (Novick, Swartz, & Frank, 2010).

Supples et al. (2001) conduziram um estudo com 261 bipolares do tipo I e II, cujas conclusões indicaram a gravidade do transtorno, pois dois terços da amostra tinham pelo menos uma vez tentado o suicídio e 30% mencionaram ideação suicida.

Em outra pesquisa realizada com 54 bipolares dos 18 aos 75 anos, os autores concluíram que, aqueles com um histórico prévio de tentativa de suicídio, tinham mais episódios depressivos, com um maior repertório de agressões à própria vida. As tentativas ocorriam pouco antes das internações hospitalares e eram mais prevalentes em homens (Oquendo et al., 2000). Por isso, tornam-se fundamentais estudos que avaliem as características clínicas do comportamento suicida, pois estes podem auxiliar ao reconhecimento dos bipolares em risco de atentarem contra a própria vida.

O alto índice de mortalidade e o impacto lesivo que traz para a vida dos indivíduos têm preocupado os profissionais da saúde, levando-os a considerarem o TB um grave problema para a saúde pública (Andrade, 1999; Justo & Calil, 2004).

Há uma grande heterogeneidade na apresentação clínica dos episódios ao longo da vida. Neves, Malloy-Diniz, Barbosa, Brasil e Corrêa (2009), em um estudo com 168 indivíduos com o TB, identificaram que a polaridade do primeiro episódio não era capaz de prever o comportamento suicida em bipolares, contudo as

histórias de múltiplas tentativas estavam associadas aos bipolares do tipo II e à presença de sintomas psicóticos.

O TB apresenta altos índices de recaídas (Justo & Calil, 2004; Lotufo Neto, 2004), o qual quando não tratado corretamente, faz com que os episódios tendem a tornarem-se cada vez mais frequentes. As pesquisas demonstram que mesmo após a remissão dos episódios, os bipolares podem manter sintomas residuais, o que dificulta ainda mais o tratamento (Judd et al., 2002).

Os bipolares que experimentam sintomas residuais subsindrômicos entre os episódios, têm novas recorrências três vezes mais rápido do que os que permanecem assintomáticos. Deste modo, um grande desafio para o tratamento dos bipolares é procurar a estabilidade e eliminar os sintomas residuais (Judd et al., 2008; Supples et al., 2001).

Em uma pesquisa longitudinal de acompanhamento por cinco anos, avaliando a história natural do TB tipo I em 146 pacientes, Judd et al. (2002) observaram a ocorrência de mais de três episódios completos de ciclagem do humor por ano. O nível da gravidade destas oscilações do humor foi significativamente associado ao pobre funcionamento social nos cinco anos anteriores, à duração dos episódios cada vez mais longa, aos episódios de polaridade apenas depressiva ou mista e ao diagnóstico de dependência de drogas.

As comorbidades podem ser comuns no curso do TB. Em um estudo realizado com aproximadamente 150 bipolares tipo I e II, observou-se uma forte co-variação transversal e longitudinal para a depressão e a ansiedade, com uma moderada associação entre os episódios maníacos e a dependência de substâncias e de episódios depressivos e os transtornos alimentares (Mantere et al., 2010).

Outro aspecto importante quanto ao curso da doença refere-se aos eventos estressores (Basco & Rush, 2007; Machado-Vieira, Santin, & Soares, 2004). Os eventos de vida, quando associados a conflitos familiares, sociais e ocupacionais, principalmente quando há baixa adesão ao tratamento medicamentoso, poderão desencadear novas recorrências (Machado-Vieira et al., 2004). Os acontecimentos de vida podem se relacionar à ocorrência de novos episódios, podendo estes levar a eventos psicossociais estressantes na vida dos bipolares e dos seus familiares, o que agrava ainda mais o quadro clínico e compromete o tratamento em curso (Andrade & Lotufo Neto, 2003).

Os eventos de vida podem predizer o curso do transtorno, independente da gravidade dos eventos e se estes são negativos ou positivos (Johnson, 2005). Há pesquisas que sugerem a hipótese do modelo kindling no TB (Horesch & Iancu, 2010; Post & Leverich, 2006). Este modelo foi pesquisado inicialmente para as recorrências cada vez mais frequentes das convulsões epiléticas. Este é um modelo animal da epilepsia produzido pela estimulação elétrica local no cérebro (McNamara, 1996).

Tal modelo também tem sido relacionado aos transtornos afetivos recorrentes, pois aproximadamente um terço dos indivíduos com convulsões, também sofrem de doenças afetivas, podendo afetar até dois terços quando há a epilepsia refratária. O modelo kindling associa dois princípios da pesquisa neurofisiológica, a vulnerabilidade progressiva e a sensibilização comportamental. Ele propicia uma compreensão dos mecanismos envolvidos nas doenças afetivas e procura explicar os quadros em que não há uma responsividade farmacológica e há muitas recorrências (Tavares & Juruena, 2001).

No TB as pesquisas sugerem que o impacto dos eventos estressores no início do curso da doença estabeleceria um mecanismo que poderia ser mais facilmente ativado diante de outros eventos estressores, mesmo que com menor impacto e/ou duração, resultando em uma maior sensibilidade aos eventos no futuro (Horesch & Iancu, 2010; Kessing, Mortensen, & Bolwig, 1998; Post, 2007; Post & Leverich, 2006). A repetição das crises conduziria a um processo de sensibilização neuronal, o qual leva a uma redução continuada do limiar que é acompanhado por um aumento de novas crises, o que sugere alterações em expressão gênica e segundos mensageiros (Frey, Fonseca, Machado-Vieira, Soares, & Kapczinski, 2004). Estes aspectos são descritos no próximo item, na fisiopatologia do TB.

No entanto, este modelo não é consensual entre os pesquisadores. Hlastala et al. (2000) observaram que o número de episódios não parecia predizer a reatividade dos bipolares aos estressores, tendo apontado para a necessidade da realização de estudos que investigassem, no modelo *kindling*, a relação entre a idade, o estresse e o início do episódio. Os autores sugeriram que o envelhecimento poderia alterar fatores como o suporte social, as estratégias de enfrentamento e de solução de problemas e, conseqüentemente, modificar o modo como os bipolares vivenciam os eventos estressores, o que os levaria a uma maior probabilidade de recaídas e de recorrências, embora não necessariamente devido a uma maior reatividade aos eventos de vida. Os autores apontaram também para a necessidade de estudos longitudinais que permitissem o acompanhamento do curso da doença e um maior controle dessas variáveis.

O TB é uma síndrome que sofre a influência dos estressores, a qual pode trazer sérias consequências psicossociais e interpessoais para o indivíduo, levando

ao comprometimento da sua qualidade de vida (Andrade & Lotufo Neto, 2003; Lotufo Neto, 2004).

Brissos, Dias e Kapczinski (2008) avaliaram a qualidade de vida e o desempenho cognitivo de 55 idosos bipolares, comparando-os com controles saudáveis. As conclusões da pesquisa apontaram para um pior desempenho na qualidade de vida (em todos os domínios) dos bipolares em relação aos controles. Esta piora foi significativamente correlacionada com um pior desempenho cognitivo, o qual atribuído a um déficit nas funções executivas e na abstração verbal. Os autores sugeriram que o tratamento desses pacientes objetive não apenas a estabilidade do humor, reduzindo as recorrências e aumentando o período de eutímia, mas que assegurasse um melhor funcionamento cognitivo e uma melhor qualidade de vida, indicando para neste caso a reabilitação cognitiva durante o tratamento.

O prejuízo psicossocial observado no TB é associado, frequentemente, aos problemas de relacionamento familiar e social, assim como ao ambiente profissional (Vornik & Hirschfeld, 2005). O TB é considerado, pela Organização Mundial da Saúde, como sendo uma das principais causas de incapacitação no mundo, pois prejudica a qualidade de vida dos indivíduos e ocasiona uma grande carga para a família e para a sociedade. Entre os fatores relacionados à carga e os custos associados à doença estão o maior risco de suicídio, a alta prevalência de comorbidades físicas e mentais, o prejuízo social e profissional, além da baixa adesão ao tratamento (Costa, 2008).

Assim, conhecer a fisiopatologia do TB e os possíveis prejuízos que este traz para a saúde do indivíduo pode auxiliar na procura por tratamentos mais eficazes (Brissos et al., 2008).

2.2.2 Fisiopatologia do transtorno bipolar

Diversos estudos têm procurado compreender a fisiopatologia do transtorno bipolar, mas os mecanismos envolvidos ainda são pouco conhecidos.

Entre as alterações neuroanatômicas observadas nos pacientes bipolares estão as reduções bilaterais no córtex pré-frontal ventral e a redução à esquerda no córtex pré-frontal dorsal. Outra alteração constatada foi um aumento no volume da amígdala nos pacientes crônicos com múltiplos episódios (Haldane & Frangou, 2005).

Os estudos *post-mortem* demonstraram que há uma redução significativa das células gliais no córtex pré-frontal e no sistema límbico (Frey et al., 2004; Kapczinski, Frey, & Zannatto, 2004; Machado-Vieira, Souza, & Kapczinski, 2002) e das células neuronais no córtex pré-frontal e no hipocampo (Kapczinski et al., 2004). A redução da densidade das células gliais pode levar a uma diminuição do número de sinapses funcionais no TB (Frey et al., 2004).

As alterações no sistema de neurotransmissão também podem auxiliar para a compreensão das mudanças patológicas do humor. Alguns estudos apontam disfunções nas atividades neuronais dos sistemas serotoninérgico, dopaminérgico, gabaérgico e glutamatérgico (Kapczinski et al., 2004; Stahl, 2010).

O TB está associado a alterações das substâncias intracelulares envolvidas na regulação dos neurotransmissores, da plasticidade sináptica, da expressão gênica, da sobrevivência e da morte neuronal (Kapczinski et al., 2004). Os estudos *post-mortem*, realizados por Frey et al. (2004), sugeriram que associados à fisiopatologia do TB há uma disfunção em mecanismos complexos intracelulares, os

quais incluem os sistemas de segundos mensageiros, a regulação de expressão gênica e a síntese de fatores tróficos (neuroplasticidade). Estes autores, em um estudo de revisão, analisaram os complexos sistemas de sinalização intracelular envolvidos na fisiopatologia do TB, como as Proteínas G, a via Adenosina Monofosfato Cíclica, a via Fosfatidilinositol e o Cálcio⁺⁺ intracelular.

- Proteínas G – estas proteínas modulam os diversos receptores do Sistema Nervoso Central [SNC] como, entre outros, os dopaminérgicos, os serotoninérgicos, os noradrenérgicos, os histaminérgicos, entre outros, os quais podem ter um efeito tanto excitatório quanto inibitório. No TB acredita-se que haja uma disfunção das proteínas G, embora ainda não esteja claro se a fisiopatologia do transtorno tem uma ação direta sobre esta via ou se é uma manifestação secundária de uma disfunção em outras vias (Frey et al., 2004);
- Via Adenosina Monofosfato Cíclica [AMPc] – é um segundo mensageiro importante, estando a sua função relacionada à ativação da proteína dependente da AMPc [PKA] que integra as alterações rápidas da neurotransmissão nas mudanças biológicas de longa duração. No TB observa-se um aumento significativo da atividade da enzima adenilato ciclase quando em estado basal ou ativada, aumento este que pode estar relacionado às alterações em proteínas G, que regulam a atividade da enzima adenilato ciclase, responsável por catalisar a formação de AMPc. Nos estados depressivos ou em eutímia, observa-se uma diminuição da atividade da adenilato ciclase (Frey et al., 2004);

- Via do Fosfatidilinositol (PIP₂) – mediado pela ativação das proteínas G, este fosfolípido de membrana forma dois segundos mensageiros, o inositol trifostato (IP₃) e o diacilglicerol (DAG), este último responsável por ativar a proteína quinase C (PKC). Esta enzima tem uma ação importante na regulação da excitabilidade neuronal, na liberação dos neurotransmissores, na plasticidade sináptica e na expressão gênica. Nos bipolares pode ser comum observar um aumento da atividade da PKC no córtex frontal (Frey et al., 2004; Friedman, Wang, Levinson, Connell, & Singh, 1993; Wang & Friedman, 1996; Wang, Markowitz, Levinson, Undie, & Friedman, 1999);
- Cálcio (Ca⁺⁺) intracelular – Os níveis do Ca⁺⁺ intracelular modulam a plasticidade sináptica, a sobrevivência e a morte celular, interferindo em outras cascatas químicas como a do AMPc e a do PIP₂, assim como de outras proteínas regulatórias. Nas alterações do humor, podem ocorrer alterações nos níveis do Ca⁺⁺ intracelular. Observou-se um aumento significativo nos níveis do Ca⁺⁺ intracelular em bipolares em episódio maníaco e não tratados, quando comparados aos bipolares eutímicos e medicados com estabilizadores do humor (Kusumi, Koyama, & Yamashita, 1992; Okamoto, Kagaya, Shinno, Motohashi, & Yamawaki, 1995). Embora alguns estudos tenham sugerido que quando as crises são remitidas essas alterações podem ser revertidas (Dubovsky, Murphy, Thomas, & Rademacher, 1992), outros não confirmaram estes resultados (El Khoury, Petterson, Kallner, Aberg-Wistedt, & Stain-Malmgren, 2002; Suzuki, Kusumi, Sasaki, & Koyama, 2001).

Na fisiopatologia do TB são observadas evidências da associação dos eventos intracelulares, que frente às alterações neurobiológicas tais como as mudanças na atividade dos segundos mensageiros, com um aumento da atividade das Proteínas G e das vias do PIP_2 e do AMPc que, por meio da regulação da síntese de DNA, modificam as proteínas envolvidas com a plasticidade sináptica e a neurogênese (Frey et al., 2004).

O curso da doença leva os bipolares a um pior desempenho cognitivo. Burt, Prudic, Peyser, Clark e SACHEIM (2000) notaram um pior desempenho em idosos bipolares do que em bipolares mais jovens. Os fatores associados à idade exercem um impacto maior na função neuropsicológica dos bipolares em relação aos unipolares.

Procurando observar o impacto do fator idade em pacientes bipolares, Cacilhas et al. (2009) desenvolveram um estudo com 100 idosos bipolares pareados com idosos saudáveis, no qual avaliaram o impacto da doença no funcionamento do paciente por meio do *Functioning Assessment Short Test* [FAST]. Este instrumento é composto por 24 itens, divididos em seis áreas específicas: autonomia, trabalho, funcionamento cognitivo, problemas financeiros, relações interpessoais e lazer. Os resultados demonstraram que, embora o fator idade indicasse um prejuízo funcional para os idosos de um modo geral, os bipolares tiveram um pior desempenho na avaliação, demonstrando o forte efeito do transtorno sobre o funcionamento, o que caracteriza a cronicidade e o prejuízo progressivo que ele causa.

Os pacientes bipolares, mesmo quando eutímicos, têm problemas psicossociais que são causados não apenas pelos sintomas residuais, mas também pelos déficits no reconhecimento das expressões faciais. Alguns estudos mostraram que os bipolares, mesmo em eutímia, manifestam prejuízo no reconhecimento de

expressões como nojo, medo e tristeza, embora os déficits afetivos e cognitivos nos bipolares sofram variações dependendo do seu estado do humor (Rocca, Van Den Heuvel, Caetano, & Lafer, 2009). Os indivíduos em episódios maníacos ou depressivos podem exibir respostas superativadas para expressões de medo, além de apresentarem expressões faciais incoerentes com o humor, ou seja, responderem socialmente de modo inadequado à situação, de forma desproporcional (Chen et al., 2006). Tais alterações podem afetar a sua qualidade dos relacionamentos interpessoais.

Quanto aos prejuízos cognitivos, as principais mudanças neuropsicológicas observadas em bipolares são nas funções executivas (Kessing, 1998; Malhi, Ivanovski, Szekeres, & Olley, 2004; Rocca & Lafer, 2006).

Mello (2008) mencionou que as funções executivas são aquelas relacionadas às habilidades de planejamento, ao uso de estratégias para a solução de problemas e execução de metas. Entre estas habilidades estão a organização e o planejamento, o comportamento orientado para metas, a memória operacional, o controle emocional, a verificação e a regulação da ação (auto-regulação) e a inibição seletiva do comportamento (controle inibitório). Esta autora aponta o Córtex Pré-Frontal [CPF] como tendo um papel importante no controle do pensamento e na organização do comportamento direcionado a metas, sendo essa região do cérebro mais envolvida nas funções executivas.

Em uma revisão sistemática conduzida por Rocca e Lafer (2006), os autores levantaram as principais alterações neuropsicológicas dos bipolares em episódios maníacos, depressivos e eutímicos. As dificuldades nas funções executivas são apontadas como permanecendo em diversos domínios cognitivos, mesmo após a remissão dos sintomas (Rocca & Lafer, 2006; Thompson, Gray, Crawford, Hughes,

Young, & Ferrier, 2009). Corroborando com estes resultados, Chaves et al. (2011) sugeriram que a disfunção neuropsicológica é relativamente independente da variação dos sintomas afetivos no TB, pois, mesmo eutímicos, os bipolares, quando comparados com controles saudáveis, mostram um déficit de moderado a grave nas medidas relacionadas à velocidade de processamento das informações e na atenção.

A relação entre o prejuízo cognitivo e o número de episódios anteriores foi estabelecida por Kessing (1998). Este autor mostrou que o caráter recorrente da doença, poderia contribuir ainda mais para o prejuízo cognitivo observado em bipolares. Além da evidência de um declínio cognitivo, há mudanças neuroanatômicas progressivas (Berk et al., 2010). Evidências sugerem que alguns marcadores podem diferir entre os estágios iniciais e os tardios do transtorno, pois algumas das bases bioquímicas envolvidas neste processo parecem incluir mudanças no cortisol, no estresse oxidativo, nas citocinas inflamatórias e nas neurotrofinas (Berk et al., 2010).

A correlação entre os déficits cognitivos e o número de episódios ou de internações prévias foi apontada anteriormente, no entanto, deve-se levar em consideração o impacto que as medicações podem gerar na cognição, afetando a atenção, a memória e o desempenho cognitivo (Rocca & Lafer, 2006). As dificuldades psicossociais que afetam a vida social, familiar e ocupacional dos bipolares podem ser em parte explicadas por prejuízos no desempenho cognitivo. Assim, devem-se levar em consideração estes prejuízos durante o tratamento, embora sejam necessários estudos que investiguem a eficácia de abordagens terapêuticas mais abrangentes e intervenções focadas para melhorar e aumentar a cognição (Chaves et al., 2011; Rocca & Lafer, 2006).

Outras alterações neuropsicológicas observadas foram os déficits nas estratégias da memória de trabalho espacial, os quais são mais aparentes nos homens do que nas mulheres bipolares. No entanto, quando comparados com indivíduos saudáveis, os homens bipolares apresentaram um desempenho significativamente melhor nesta função que as mulheres bipolares (Barrett, Kelly, Bell, & King, 2008). Os prejuízos cognitivos também foram identificados em idosos bipolares, mesmo no período de eutímia (Schneider, Candiago, Rosa, Ceresér, & Kapczinski, 2008), assim como foram observados prejuízos leves, mas significativos, nas habilidades de linguagem dos idosos bipolares eutímicos, em relação aos idosos saudáveis (Radanovic, Nunes, Gattaz, & Forlenza, 2008).

Tal realidade suscita que se realizem novas investigações sobre o tratamento a ser aplicado aos indivíduos bipolares, visando não apenas a estabilidade do seu quadro, mas a melhora do seu funcionamento psicossocial, além de estudos que proponham estratégias neuroprotetoras (Berk et al., 2010).

2.2.3 Transtorno Bipolar no Idoso

A maioria dos estudos sobre o TB é direcionada para os adultos com menos de 65 anos, sendo escassos os estudos sobre o TB em idosos.

A prevalência de TB no idoso é de 0,1-0,2% em amostras comunitárias, 6% nos pacientes ambulatoriais e 8-10% nos pacientes internados. Esta prevalência é menor do que a observada entre os adultos jovens, o que sugere que há um declínio da patologia ao longo da vida. As razões para este declínio não estão claramente definidas, podendo ser atribuídas à mortalidade elevada. Mesmo diante

desta diminuição da prevalência, com o envelhecimento populacional o número absoluto dos bipolares nessa fase da vida tende a aumentar (Depp & Jeste, 2004).

O TB no idoso é mais frequente entre as mulheres, numa proporção de dois para um, com antecedentes familiares associados. Há alguma evidência de que os episódios maníacos são menos intensos e uma tendência de maior período de euforia, embora as hospitalizações dos idosos sejam mais longas devido às comorbidades clínicas (Depp & Jeste, 2004).

Conforme revisão sistemática realizada por Depp e Jeste (2004), a média ponderada de idade para o início do TB no idoso era de 48 anos. Este estudo mostrou que a idade para o início do TB em idosos foi superior do que habitualmente se observa. Os autores também notaram que havia um curso de doença por mais de 20 anos e uma média de 10 episódios ao longo da vida. No entanto, há uma heterogeneidade na apresentação e no curso da doença em idosos bipolares, o que dificulta ter clareza quanto à melhor resposta terapêutica para o tratamento. Quanto às comorbidades, o abuso de substâncias é menos comum em idosos do que em bipolares jovens.

Outro dado interessante apontado nessa revisão foi o fato de que o envelhecimento pode ser um fator de proteção para os idosos bipolares, pois há uma diminuição nos conflitos sociais e na reatividade emocional e uma melhora na regularidade dos hábitos de vida (Depp & Jeste, 2004). Contudo, o TB no idoso ainda é uma área inexplorada e carente de estudos.

Zung et al. (2009), em uma amostra de 135 idosos bipolares na capital paulista, realizaram um levantamento pioneiro das características clínicas e sociodemográficas. Nesta amostra a maioria dos idosos estavam casados (43%), possuíam até quatro anos de estudo (39,2%), tinham uma prevalência elevada de

doenças crônicas, como a hipertensão arterial (40%), o hipotireoidismo (34,8%) e o *diabetes mellitus* (20,7%), além de um alto índice de antecedentes psiquiátricos, pois 74,5% possuíam algum familiar de primeiro grau.

Este estudo revelou ainda que a idade média para o início da doença era de 40,1 anos, cujo curso de doença era, em média, de 28 anos, sendo que o primeiro episódio foi predominantemente depressivo (68,3%). Os dados sugeriram que a natureza do primeiro episódio indicou uma maior presença de episódios da mesma polaridade. O número médio de episódios ao longo da vida foi de 21,4, sendo a taxa de episódios por ano de 1,28 para os bipolares de início tardio e 0,79 para os de início precoce. A maioria dos participantes tinha sido internada (75,5%), tinha maiores percentuais de tentativas de suicídio (40%) e apresentado sintomas psicóticos (65,2%), sendo que cerca de 20% da amostra foi tratada com Eletroconvulsoterapia [ECT] (Zung et al., 2009).

Há diferenças importantes observadas no que diz respeito à idade do início da doença, à duração dos episódios e ao número de episódios ao longo da vida. No estudo de Depp e Jeste (2004), a idade de início foi maior, com menor duração e número de episódios, enquanto que no estudo de Zung et al. (2009) os dados foram os inversos. A comparação entre os resultados torna-se difícil, pois tratam-se de amostras diversas e com características específicas e heterogêneas. Outro aspecto relevante é o fato de que, no estudo de Zung et al. (2009), os dados foram obtidos por meio de informações fornecidas pelos próprios idosos ou pelos seus familiares próximos. Este fato pode ter alterado estas, uma vez que os idosos tendem a ter mais esquecimentos do que os adultos jovens e, aliado ao TB, ter um maior prejuízo cognitivo (Kessing, 1998; Malhi et al., 2004; Rocca & Lafer, 2006), o que pode tornar

mais difícil de lembrarem-se de informações devido ao curso da sua doença ser longo.

Na população idosa o risco de suicídio é maior do que na população geral.

O risco de suicídio no indivíduo idoso pode ser mais difícil de prever e, portanto, encontra-se maior dificuldade na prevenção do suicídio nesta população. Este fator é de grande importância, pois nesta população encontra-se maior eficiência nas tentativas (Stoppe Junior & Louzã Neto, 1999, p. 113)

No que se refere aos prejuízos cognitivos, os idosos bipolares quando comparados com outros pacientes com doenças crônicas, têm o risco aumentado em duas vezes de evoluir para um quadro demencial (Kessing & Nilsson, 2003), sendo que o risco de um quadro demencial aumenta proporcionalmente em relação ao número de episódios prévios graves de alteração do humor (Kessing & Andersen, 2004). Em um estudo longitudinal de 21 anos com idosos, realizado na Dinamarca, concluiu-se que uma vez estabelecido um diagnóstico de demência, os indivíduos possuem um risco maior de experimentarem um episódio afetivo no restante das suas vidas (Nilsson, Kessing, Sorensen, Andersen, & Bolwig, 2002).

Considerando a gravidade do TB e os prejuízos que ele traz para os indivíduos, no caso de idosos bipolares em que há um longo curso da doença, levanta-se de necessidade de estudos que visem investigar quais os tratamentos que são os mais eficazes e que proporcionem melhor qualidade de vida e um envelhecimento mais saudável.

2.2.4 Tratamento

O tratamento recomendado para o TB inclui a abordagem farmacológica e as intervenções psicossociais. O *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* [CANMAT] estabeleceu as diretrizes para o tratamento dos pacientes bipolares. Na

sua última revisão em 2009, o manual apresentou algoritmos para o tratamento farmacológico durante a fase ativa (episódios de mania, hipomania, depressivo e misto) e a de manutenção (período de eutimia). As classes das medicações utilizadas são os estabilizadores do humor, os anticonvulsivantes, os antipsicóticos e os antidepressivos. As orientações do CANMAT incluem também intervenções psicossociais como coadjuvantes ao tratamento farmacológico, tais como a Terapia Cognitivo Comportamental, a Terapia Interpessoal, a Terapia Focada na Família e a Psicoeducação (Yatham et al., 2009).

As intervenções psicossociais, em diversos estudos também foram consideradas importantes coadjuvantes no tratamento de bipolares (Fountoulakis & Vieta, 2008; Miklowitz & Scott, 2009; Nierenberg, 2008; Zaretsky, Rizvi, & Parikh, 2007). Estas intervenções, de um modo geral, contribuem para uma maior adesão ao tratamento, para a diminuição dos sintomas depressivos residuais e a prevenção das recaídas. Há evidências de que o curso do transtorno pode ser modificado por meio das abordagens psicoterápicas (Knapp & Isolan, 2005).

Um dos maiores desafios para o tratamento destes indivíduos é a adesão destes ao tratamento farmacológico. As razões para a interrupção do uso do lítio foram investigadas, comparando as percepções dos pacientes com as dos seus respectivos médicos. Os resultados mostraram que os motivos para a interrupção eram devido ao fato de os indivíduos se sentirem incomodados pela idéia de que o humor estivesse sendo controlado pela medicação, por remeter a uma doença crônica e por se sentirem deprimidos. A percepção dos médicos sobre a não adesão foi por acreditarem que os pacientes se sentiam bem e não percebiam a necessidade de tomar a medicação. Os resultados mostraram que as razões dos pacientes poderiam ser influenciadas pela sua preocupação em ter um transtorno

mental, uma doença incurável, e pelo significado que isto representava para eles. Contudo, os médicos parecem desconhecer as principais razões que levaram os seus pacientes a interromper a medicação (Pope & Scott, 2003), o que levanta questionamentos importantes sobre as dificuldades na aceitação da doença e os estigmas a ela associados. Tal cenário corrobora as indicações anteriores sobre as intervenções psicossociais.

Diversas são as abordagens psicossociais utilizadas como coadjuvantes para o tratamento do TB. Ainda não há uma diretriz clara sobre quais os modelos mais adequados para cada fase do transtorno ou subtipo clínico dos pacientes. Embora, de um modo geral, elas tenham por objetivo aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento, prevenir novas recorrências, reduzir o prejuízo associado e ensinar estratégias para lidar com os problemas e com a doença (Gomes, 2010). As principais abordagens descritas em uma revisão realizada por Miklowitz (2008) foram a Psicoeducação [PE] em grupo ou individual, a Psicoeducação focada na Família, a Terapia Cognitivo Comportamental [TCC], a Terapia Interpessoal e a Terapia de Regulação de Ritmos Circadianos.

A Terapia Interpessoal [TIP] parte da premissa que a doença se desenvolve no contexto das relações interpessoais, pelo que busca estabelecer um vínculo entre o início dos sintomas e os problemas do momento, tendo por objetivo resolvê-los (Miklowitz, 2008).

O mesmo autor concluiu, no seu artigo de revisão, que a Terapia Familiar e a Terapia Interpessoal têm melhores benefícios para a prevenção de recaídas, quando iniciadas após um episódio agudo. Já a TCC e a PE são mais efetivas quando iniciadas ainda durante o período de recuperação. Miklowitz (2008) menciona também que a PE individual é mais efetiva para os sintomas maníacos do que para

os depressivos, e a Terapia Familiar e a TCC mais para os sintomas depressivos do que para os maníacos.

No presente estudo optou-se por investigar mais especificamente as intervenções da PE e da TCC no idoso bipolar, tendo em vista serem duas abordagens de tratamento que têm bons resultados na prática clínica do tratamento de bipolares, embora os estudos com estas modalidades de intervenção no idoso sejam escassos. Pelo fato do presente estudo ter por objetivo avaliar os benefícios da adição da TCC e da ao tratamento padrão do transtorno bipolar em idosos, estas intervenções serão melhor descritas a seguir, bem como os resultados de alguns estudos conduzidos com bipolares.

2.3 Psicoeducação

A Psicoeducação (PE) fornece informações ao paciente e à sua família quanto à patologia, ao curso e ao tratamento, com o intuito de melhorar a sua adesão a este (Knapp & Isolan, 2005). Acredita-se que quanto maior for o conhecimento que o paciente possua do seu problema, melhor ele pode se responsabilizar por si mesmo, ou seja, pelo seu tratamento. Esta abordagem visa também reduzir o preconceito associado à doença, gerando hábitos de vida saudáveis que levem a uma estabilização do quadro clínico (Gomes, 2010). A PE é utilizada no tratamento de diversas patologias, sendo uma boa coadjuvante no tratamento dos bipolares, tanto pelas intervenções focadas na família, como com as no próprio paciente (Bernhard et al., 2006; Colom et al., 2009; Miklowitz, George, Richards, Simoneau, & Suddath, 2003; Reinares et al., 2008).

A abordagem psicoeducacional pode ser uma boa alternativa para o tratamento dos bipolares, pois detém a vantagem de requerer menos treinamento formal por parte dos terapeutas e por poder ser uma opção útil para os sistemas públicos de saúde (Gomes, 2010).

Entre as implicações da PE realizada em grupo para bipolares observadas por Menezes (2009), em um programa de curta duração com cerca de seis encontros, está a aquisição de conhecimento, a possibilidade de ajuda a outros portadores, as estratégias de enfrentamento e a troca de experiências, as mudanças positivas de vida e a maior adesão ao tratamento devido a uma maior conscientização sobre a doença e à descoberta de outras pessoas com problemas semelhantes.

Colom e Vieta (2006) desenvolveram um programa de PE em grupo, de longa duração, para pacientes bipolares. Este programa, com 21 sessões semanais, com uma hora e trinta minutos de duração cada, apresenta um protocolo estruturado com recomendações de como desenvolver cada encontro, o qual continha os objetivos, os procedimentos, as sugestões de materiais e as tarefas de casa.

Entre as vantagens de uma abordagem psicoeducacional de longa duração apresentadas pelos autores, estava o fato dos pacientes se sentirem bem assistidos, o que proporcionava uma maior aliança terapêutica e de adesão ao tratamento farmacológico, além do que os indivíduos desenvolviam melhores habilidades para solicitar ajuda diante das situações de crise. Outras vantagens apontadas neste acompanhamento contínuo foram a possibilidade do paciente se manter mais tempo estável, obter maior compreensão sobre si mesmo e de como o processo da doença interferia na sua vida, uma melhora no bem-estar geral e na qualidade de vida, a aprendizagem de novos modelos e o aumento da rede social de apoio. Entre as

desvantagens levantadas estariam a possibilidade de uma maior desistência do tratamento e dos custos elevados por ser uma intervenção longa, o que foi refutado por Colom e Vieta (2006), uma vez que o índice de abandono dos grupos foi o mesmo que o observado em outros estudos, cerca de 25%, e os custos foram reduzidos tendo em vista a diminuição das recorrências e das internações.

Colom et al. (2003) conduziram um ensaio clínico controlado, com distribuição aleatória e duplo cego, com 120 bipolares tipo I e II, dos 18 aos 65 anos, que foram distribuídos por dois grupos. Um recebeu a intervenção psicoeducacional de 21 sessões (descritas acima), já o outro, o grupo controle, participou de encontros grupais não estruturados, onde os pacientes puderam falar livremente sobre as suas preocupações. Tal estratégia foi utilizada porque os pesquisadores procuravam controlar o papel deste possível viés nos efeitos do tratamento, os quais poderiam surgir pelo simples encontro de pessoas com as mesmas dificuldades. Os resultados revelaram que no grupo da PE houve um maior período sem recorrências e um menor número de episódios, resultados que foram mantidos após acompanhamento por dois anos. Em uma nova avaliação de acompanhamento após cinco anos da intervenção, os resultados observados foram semelhantes (Colom et al., 2009). Assim, pode-se concluir que a PE de longa duração é eficaz para o tratamento dos pacientes bipolares.

Em outro estudo controlado e com distribuição aleatória da amostra, conduzido por Pellegrinelli (2010) com 51 bipolares tipo I e tipo II em remissão, ao longo de 16 encontros e o acompanhamento por 12 meses após a intervenção, a autora observou que o grupo da PE foi eficaz para proporcionar bem-estar aos pacientes no seu meio ambiente, na melhora clínica global e nas recaídas dos

sintomas maníacos, mas não se mostrou efetiva para proteger os pacientes das recidivas dos sintomas depressivos e da piora dos prejuízos psicossociais.

A PE focada na família para o TB também tem mostrado resultados promissores (Bernhard et al., 2006; Miklowitz et al., 2003; Reinares et al., 2008). Os estudos apontaram para os importantes benefícios proporcionados para os pacientes com o TB, como menores recorrências dos episódios maníacos (Reinares et al., 2008) e depressivos (Bernhard et al., 2006; Reinares et al., 2008), embora não houvesse diminuição no número e no intervalo de tempo das recorrências (Miklowitz et al., 2003). Os dados também se mostraram satisfatórios na maior adesão à medicação, na redução dos sintomas de alteração do humor (Miklowitz et al., 2003), no maior conhecimento sobre o transtorno e na melhora das estratégias de enfrentamento à doença (Bernhard et al., 2006). A PE focada na família mostra resultados favoráveis no longo prazo, proporcionando benefícios adicionais como a redução na sobrecarga dos familiares e na emoção expressa por estes.

2.4 Terapia Cognitivo Comportamental

A Terapia Cognitiva é uma abordagem psicológica de intervenção breve, diretiva, focada no momento presente, voltada para a solução de problemas específicos. Ela enfatiza a participação ativa do paciente, requerendo uma aliança terapêutica colaborativa e uma alta motivação para a mudança. Tem um enfoque educacional por ensinar as habilidades necessárias para o indivíduo enfrentar os seus problemas, atribuindo-lhe a responsabilidade pelo cuidado com a sua saúde e consigo. Na Terapia Cognitiva o pressuposto central está nas cognições, logo, no modo como o indivíduo percebe e interpreta as situações, levando-o a reagir

conforme as suas interpretações, gerando uma interação recíproca entre as cognições, as emoções, o comportamento, as reações físicas e o ambiente (Rangé & Souza, 2008).

Albert Ellis, na década de 1960, durante o estudo e a formulação da sua teoria – Terapia Racional Emotiva Comportamental [TREC] –, ele aponta que um padrão de crenças irracionais pode estar na base da irracionalidade humana (Ellis, 1962). Segundo este autor, o homem tem uma tendência natural para a irracionalidade, observada por meio de um padrão de crenças irracionais, fortemente inflexíveis, que levam o indivíduo ao desenvolvimento de distúrbios emocionais.

Deste modo, observa-se que na TCC, na prática clínica, muitos terapeutas cognitivos utilizam-se de métodos e de técnicas comportamentais e cognitivas. Segundo Saffi, Savoia e Lotufo Neto (2008) na TCC o indivíduo aprende a identificar e a corrigir os repertórios inadequados e seu padrão distorcido de pensamento. Estes autores apontam para a eficácia da TCC nos diversos problemas humanos e transtornos mentais, sendo muito útil na prática ambulatorial por ser uma abordagem clara e objetiva.

A maior contribuição da terapia cognitivo comportamental foi, sem dúvida, trazer a psicoterapia para o âmbito dos estudos científicos (Saffi et al., 2008, p. 297).

No tratamento do TB ensina-se ao paciente a identificar os sintomas precocemente e a monitorá-los, a identificar e a reestruturar as cognições distorcidas que podem contribuir para as recorrências, a aumentar o seu repertório de habilidades sociais, a lidar melhor com os agentes estressores e a solucionar os problemas, evitando recaídas.

Os processos psicológicos dos bipolares diferem dos indivíduos saudáveis no que diz respeito ao estilo cognitivo negativo e ao processamento de recompensa.

Em um estudo realizado com 107 bipolares, encontrou-se uma correlação entre o estilo cognitivo negativo e os sintomas depressivos, e o processamento de recompensa e os sintomas maníacos. No entanto, observou-se que a vulnerabilidade cognitiva em relação à depressão estava presente em bipolares eutímicos (Gucht, Morriss, Lancaster, Kinderman, & Bentall, 2009). Este estudo sugeriu que é importante avaliar as crenças dos pacientes bipolares e, quando estas estiverem distorcidas, intervir de modo efetivo.

Alguns dos principais procedimentos utilizados no TB são o gráfico de mapeamento da vida (*life chart*), o quadro de resumo dos sintomas, o afetivograma, o treino de habilidades sociais, a técnica de solução de problemas, a reestruturação cognitiva e o planejamento de tarefas (Basco & Rush, 2007; Juruena, 2001; Knapp & Isolan, 2005; Lotufo Neto, 2004).

Os estudos envolvendo a TCC para o tratamento do TB têm aumentado nos últimos anos. Diversos estudos controlados e de distribuição aleatória, visam averiguar quais os benefícios que a TCC, como coadjuvante no tratamento, pode trazer para o paciente bipolar (Ball et al., 2006; Gomes, 2010; González-Isasi et al., 2010; Lam et al., 2005; Lam et al., 2003; Williams et al., 2008; Zaretsky, Segal, & Gemar, 1999).

Um dos estudos mais antigos foi desenvolvido por Zaretsky et al. (1999) com 22 participantes, em uma faixa etária variando entre os 18 e os 65 anos, divididos em dois grupos, o dos depressivos bipolares e dos depressivos unipolares, em que ambos tiveram como tratamento a TCC por 20 semanas. Os autores perceberam que os sintomas depressivos no grupo bipolar reduziram-se em aproximadamente 50%. No entanto, embora este grupo tivesse mostrado uma redução significativa nos pensamentos negativos, os resultados mostraram-se menores no acompanhamento

longitudinal, ao contrário do que ocorreu com o grupo unipolar. O estudo sugeriu que os pacientes bipolares talvez precisassem de um tratamento mais intensivo entre os episódios, ou melhor, demonstrou a necessidade do tratamento da TCC não apenas durante os episódios depressivos, mas também quando eutímicos. Um limitador deste estudo foi o fato de não haver comparação com outro grupo de bipolares sem a intervenção (controle).

A Terapia Cognitiva foi utilizada, em um estudo controlado, na prevenção de recaída de 103 bipolares tipo I, com idade entre os 18 e os 70 anos. O grupo controle permaneceu apenas com o tratamento farmacológico, enquanto que ao grupo experimental foram acrescentadas 14 sessões de Terapia Cognitiva. Os resultados mostraram que houve uma melhora nos episódios de alteração do humor, na redução do número de dias por episódio e no número de internações, e na melhora do funcionamento social (Lam et al., 2003). Também no acompanhamento longitudinal de 30 meses deste estudo os resultados verificados anteriormente foram mantidos (Lam et al., 2005). Os autores afirmaram que a Terapia Cognitiva poderia ser uma importante ferramenta para a prevenção de recaída, quando planejada especialmente para este fim.

Ball et al. (2006), em um estudo controlado com 52 bipolares tipo I e II a partir dos 18 anos e sem limitação de idade, avaliaram a Terapia Cognitiva. Os participantes foram distribuídos por dois grupos. Um recebeu sessões adaptadas da Terapia Cognitiva com técnicas emotivas, enquanto que o outro grupo não teve qualquer intervenção adicional. Ambos permaneceram com o tratamento farmacológico padrão. Os autores observaram que, no pós-tratamento, os participantes que permaneceram no grupo da Terapia Cognitiva tiveram menos abandono do estudo do que os do grupo controle, assim como melhoraram nas

atitudes disfuncionais e na redução dos sintomas depressivos com um maior período de eutímia.

Williams et al. (2008) desenvolveram um estudo experimental da TCC baseado em *Mindfulness*, comparando uma intervenção em bipolares e unipolares com a fila de espera. Eles incluíram 68 participantes, com idade entre os 18 e os 65 anos, histórico de ideação ou comportamento suicida, com um período de intervenção de oito semanas no grupo experimental (bipolares e unipolares). Os resultados mostraram que houve uma melhora no grupo experimental entre os episódios depressivos e nos sintomas de ansiedade, com efeito imediato na redução dos sintomas residuais depressivos.

Para avaliar a eficácia no longo prazo da TCC em bipolares recorrentes, González-Isasi et al. (2010) conduziram uma pesquisa controlada com 20 participantes bipolares recorrentes, entre os 18 e os 50 anos, que foram aleatoriamente distribuídos no grupo controle (tratamento farmacológico) e no grupo experimental. Este último teve a adição de 13 sessões da TCC, tendo sido avaliado em um seguimento de seis e de doze meses. Os dados demonstraram que o grupo com a TCC teve uma melhora no funcionamento global, a qual aumentou com o tempo (seis meses). No entanto, os resultados não foram significativos ao final dos 12 meses de acompanhamento, pois não tiveram uma redução nas taxas de recaída no longo prazo. Os autores sugeriram que esta poderia ser uma boa opção para os bipolares eutímicos, uma vez que houve melhora na qualidade de vida.

Recentemente, no Brasil, uma pesquisa de intervenção com um grupo de bipolares adultos, Gomes (2010) realizou um estudo controlado, de distribuição aleatória, duplo cego, com 50 participantes entre os 18 a os 60 anos, com TB tipo I e II. O autor comparou os resultados de uma intervenção com a TCC por 18 sessões

com o grupo controle, que permaneceu apenas com a medicação. Os dados apontaram que a TCC não reduziu a presença dos episódios de alteração do humor e não aumentou o intervalo da remissão da doença, considerando as polaridades de mania e de depressão isoladamente. O autor sugeriu a necessidade de estudos adicionais para avaliar o papel da TCC no tratamento dos bipolares.

Até o momento, um único estudo comparando as duas intervenções descritas – a PE e a TCC – foi encontrado. Zaretsky, Lancee, Miller, Harris, & Parikh (2008) realizaram um estudo controlado, distribuindo aleatoriamente 79 bipolares tipo I e II, dos 18 aos 60 anos por dois grupos. Um foi submetido a sete sessões individuais da PE. O outro combinou sete sessões da PE individuais, seguidas de 13 sessões da TCC em grupo. Os autores observaram que o grupo que passou apenas pela PE teve um aumento no uso de antidepressivos, enquanto que no grupo em que se combinou a PE com a TCC houve uma redução de 50% nos dias com o humor deprimido ao longo do ano. O estudo não apontou diferenças significativas quanto às taxas de hospitalização, à adesão à medicação e quanto ao funcionamento psicossocial, concluindo que ambas as abordagens trouxeram benefícios adicionais para o tratamento de manutenção.

Estes resultados da literatura apontam que, de um modo geral, a TCC traz benefícios adicionais para o tratamento dos bipolares, principalmente no período de remissão e em eutímia, propiciando uma redução no número das recorrências, um aumento no período de intervalo entre os episódios e uma redução dos sintomas residuais, além de melhorar a qualidade de vida e o funcionamento global dos mesmos.

Alguns autores salientam a importância do terapeuta estar atento aos prejuízos que o transtorno pode trazer para a vida do indivíduo. Este pode ter

difficuldade para fazer as tarefas de casa devido ao prejuízo cognitivo, seja por um déficit na capacidade de concentração ou de planejamento, seja por uma baixa motivação para a mudança. Acrescentam ainda que há a necessidade de avaliar a vulnerabilidade cognitiva dos pacientes antes da intervenção, para se adequar o tratamento às demandas observadas (Miklowitz, 2008; Zaretsky et al., 1999).

Vale salientar que os estudos descritos até o momento, sejam com a TCC ou com a PE, não foram realizados especificamente com idosos. As investigações são direcionadas a adultos ou adultos mais velhos, o que dificulta a generalização dos resultados para esta população específica.

Tendo em vista que a gravidade do TB já discutida anteriormente, que tende a se agravar quando não tratada corretamente, há a necessidade de novos estudos que incluam as abordagens psicossociais da TCC e da PE com o idoso. Tais estudos poderiam suscitar questionamentos sobre o uso destas abordagens na população idosa, assim como sobre as possíveis dificuldades que possam surgir no manejo desta população, visto que aliado ao prejuízo cognitivo que a doença traz, como já descrito anteriormente, há uma deterioração neuronal natural decorrente do processo de envelhecimento, a qual pode agravar os déficits cognitivos.

Portanto, a presente pesquisa pretendeu comparar os benefícios da adição da TCC e da PE ao Tratamento Padrão (TP) do Transtorno Bipolar em idosos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Comparar os benefícios da adição da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e da Psicoeducação (PE) em grupo, ao Tratamento Padrão (TP) – terapêutica farmacológica convencional – do Transtorno Bipolar em idosos.

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar se a inclusão da TCC em grupo ou da PE em grupo, quando comparadas ao Tratamento Padrão, contribui para a estabilidade do TB em idosos;
- Avaliar se a inclusão da TCC em grupo ou da PE em grupo, comparadas ao Tratamento Padrão, contribui para a melhora do nível de estresse, da qualidade de vida e do padrão de crenças irracionais;
- Comparar qual é a intervenção que traz melhores benefícios para os idosos bipolares, se a TCC ou a PE em grupo.

4 MÉTODO E CASUÍSTICA

4.1 Casuística

Os participantes foram selecionados por meio da consulta aos prontuários médicos em uma unidade para o atendimento de idosos, em um ambulatório de saúde mental de uma instituição privada filantrópica, a qual faz atendimentos aos pacientes do SUS, na cidade de São Paulo. A coleta de dados foi realizada entre janeiro de 2008 e junho de 2011, compreendendo desde a seleção inicial da amostra, passando pelo desenvolvimento do estudo, até o período de seguimento. O curso da pesquisa com a inserção dos participantes pode ser observado no Diagrama de fluxo da amostra dos participantes (Fig. 1).

Para a seleção dos mesmos foram estabelecidos alguns critérios.

4.1.1 Critérios de Inclusão

- Diagnóstico de Transtorno Bipolar tipo I ou II de acordo com o DSM IV^{TR} (APA, 2002), confirmados por meio de prontuário médico;
- Possuir idade igual ou superior aos 60 anos;
- Pacientes eutímicos ou em remissão parcial, observados pela pontuação igual ou menor que doze na Escala de Depressão Geriátrica [GDS], e menor ou igual a oito na Escala de Avaliação de Mania de Young Modificada [EAM-m].

4.1.2 Critérios de Exclusão

- Diagnóstico de Demência conforme critérios diagnósticos estabelecidos no DSM-IV^{TR} (APA, 2002), confirmados pelo prontuário médico.
- Diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral [AVC] com perda cognitiva importante, conforme avaliação médica;
- Pacientes com comprometimento orgânico, *delirium* ou sintomas psicóticos.

Foram verificados os prontuários de 644 idosos inseridos em um ambulatório de saúde mental, dos quais 551 foram excluídos por não estarem diagnosticados com o TB.

Desta busca inicial, 93 idosos em potencial foram selecionados, em uma primeira etapa, para participar da escolha de elegibilidade da amostra, tendo 67 (72,04%) sido excluídos e 26 (27,96%) incluídos.

As principais razões que levaram a exclusão dos participantes do estudo foram não atender aos critérios de inclusão, como ter um diagnóstico de quadro demencial ou estar em episódio maníaco; não ter disponibilidade para participar, seja por estar em instituições de longa permanência, não ter disponibilidade de horário, ter mudado de cidade ou não ter sido encontrado; não ter fechado a hipótese diagnóstica do TB, permanecendo ainda uma dúvida diagnóstica; ter se recusado a fazer parte do estudo, seja pela dificuldade em ir para o ambulatório, não ter um acompanhante disponível, problemas clínicos de saúde, não ter interesse em fazer psicoterapia ou não querer participar do estudo propriamente dito. Estes dados são apresentados de forma minuciosa no diagrama de fluxo da amostra dos participantes (Fig. 1).

Figura 1 – Diagrama de fluxo da amostra dos participantes

TB = Transtorno Bipolar; PE = Psicoeducação; TCC = Terapia Cognitivo Comportamental; TP = Tratamento Padrão.

Os 26 participantes incluídos no estudo foram alocados no Grupo da Psicoeducação (PE), no Grupo da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e no Grupo do Tratamento Padrão (TP). A amostra foi distribuída por conveniência, pois conforme eram avaliados os participantes, formava-se o primeiro grupo para o início da intervenção. Por serem indivíduos idosos e com maior vulnerabilidade clínica, optou-se pela amostra por conveniência para reduzir a possibilidade de perdas futuras.

A amostra foi composta por participantes com o TB tipo I e II, sendo distribuídos nove para o grupo da PE, nove para o grupo da TCC e oito para o grupo do TP. A maioria dos participantes era do sexo feminino (65,4%), casada (50%), morando com o cônjuge (26,9%) ou sozinhos (23,1%), e tinham baixa escolaridade, pois apenas 53,8% cursou até o ensino fundamental completo. A média etária foi de 66,6 anos. Quanto aos antecedentes familiares, 53,8% dos idosos bipolares relataram ter um parente de primeiro grau com uma doença mental, e 23,1% um de segundo grau (Tab. 1). As características sociodemográficas dos participantes eram semelhantes, não tendo sido observadas diferenças significativas entre os grupos.

No que diz respeito às comorbidades clínicas, observou-se que cerca de metade dos participantes possuía hipertensão arterial, 30,8% doenças osteomusculares, 23,1% hipotireoidismo e 26,9% *diabetes mellitus*. Os hábitos de saúde mostraram que 46,1% dos bipolares fumavam, 11,5% faziam uso de bebidas alcoólicas, 50% realizavam algum tipo de atividade física e 30,8% participavam de atividades sociais (Tab. 2). As comorbidades clínicas e os hábitos de saúde foram semelhantes para todos os grupos, exceto no que diz respeito ao hábito de fumar que teve uma diferença significativa entre os grupos ($p=0,004$).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes na amostra total e por distribuição dos grupos da Psicoeducação, da Terapia Cognitivo Comportamental e do Tratamento Padrão

	PE		TCC		TP		Total		Estatística
	N	%	N	%	N	%	N	%	p-valor ¹
Gênero									p=0,684
Masculino	4	44,4%	2	22,2%	3	37,5%	9	34,6%	
Feminino	5	55,6%	7	77,8%	5	62,5%	17	65,4%	
Idade									p=0,211
60-69 anos	8	89,9%	7	77,8%	4	50%	19	73,1%	
>=70 anos	1	11,1%	2	22,2%	4	50%	7	26,9%	
Estado Civil									p=0,860
Casado	4	44,4%	5	55,6%	4	50%	13	50%	
Separado	4	44,4%	2	22,2%	2	25%	8	30,8%	
Viúvo	1	11,2%	2	22,2%	1	12,5%	4	15,4%	
Solteiro	-	-	-	-	1	12,5%	1	3,8%	
Reside com									p=0,464
Cônjuge	1	11,1%	4	44,4%	2	25%	7	26,9%	
Filhos	3	33,3%	1	11,1%	-	-	4	15,4%	
Cônjuge e Filhos	2	22,2%	1	11,1%	2	25%	5	19,2%	
Sozinho	2	22,2%	2	22,2%	2	25%	6	23,1%	
Outros	1	11,1%	1	11,1%	2	25%	4	15,4%	
Escolaridade									p=0,786
Fund. I incompleto	1	11,1%	3	33,3%	1	12,5%	5	19,3%	
Fund. I completo	2	22,2%	-	-	2	25%	4	15,4%	
Fund. II incompleto	1	11,1%	-	-	-	-	1	3,8%	
Fund. II completo	1	11,1%	3	33,3%	-	-	4	15,4%	
Médio incompleto	-	-	-	-	1	12,5%	1	3,8%	
Médio completo	2	22,2%	2	22,2%	2	25%	6	23,1%	
Superior incompleto	1	11,1%	-	-	-	-	1	3,8%	
Superior completo	1	11,1%	1	11,1%	2	25%	4	15,4%	
Antec. Psiquiátricos									
Primeiro grau	6	66,7%	6	66,7%	2	25%	14	53,8%	p=0,139
Segundo grau	3	33,3%	3	33,3%	-	-	6	23,1%	p=0,212
	PE		TCC		TP		Total		Estatística
	Mediana		Mediana		Mediana		Média	DP	p-valor ²
Idade atual	65		66		69,5		66,6	4,55	p=0,092

¹ Teste exato de Fisher; ² Teste de Kruskal-Wallis

PE = Psicoeducação; TCC = Terapia Cognitivo Comportamental; TP = Tratamento Padrão; DP = desvio padrão

Tabela 2 – Comorbidades clínicas e hábitos de saúde dos participantes

	PE		TCC		TP		Total		Estatística
	N	%	N	%	N	%	N	%	p-valor ¹
Hipertensão	3	33,3%	6	66,7%	5	62,5%	14	53,8%	p=0,379
Diabetes	1	11,1%	3	33,3%	3	37,5%	7	26,9%	p=0,546
Hipotireoidismo	2	22,2%	3	33,3%	1	12,5%	6	23,1%	p=0,842
D. Osteomusculares	1	11,1%	5	55,6%	2	25%	8	30,8%	p=0,132
Fumo	8	88,9%	1	11,1%	3	37,5%	12	46,1%	p=0,004*
Álcool	2	22,2%	1	11,1%	-	-	3	11,5%	p=0,751
Atividade Física	4	44,4%	4	44,4%	5	62,5%	13	50%	p=0,786
Atividade Social	2	22,2%	3	33,3%	3	37,5%	8	30,8%	p=0,874

¹ Teste exato de Fisher; *Diferença estatística significativa entre o Grupo PE, TCC e TP
 PE = Psicoeducação; TCC = Terapia Cognitivo Comportamental; TP = Tratamento Padrão.

As características clínicas quanto ao TB na amostra estão na tabela 3. Para a maioria dos participantes o primeiro episódio de alteração do humor foi de mania (57,7%) e o último também (53,9%). A idade média do início da doença foi de 44,5 anos, com um curso aproximado de 22 anos e cerca de 10 episódios ao longo da vida. A maior parte dos idosos bipolares já fora internada pelo menos uma vez (88,5%), com a média de quatro internações por um período aproximado de 50 dias, ao longo da vida. Não se observaram diferenças significativas quanto à duração do primeiro episódio (55,7 dias) e do último episódio (55,1 dias). Cerca de 50% dos participantes já tinha passado por atendimento psicológico anterior (Tab. 3). Também se pode observar que não houve diferenças significativas entre os grupos exceto no que se refere ao tratamento psicológico anterior (p=0,023), pois comparado ao grupo da PE e da TCC, o grupo do TP foi o que menos passou por psicoterapia antes desta pesquisa.

Tabela 3 – Características clínicas dos participantes no início do estudo

	PE		TCC		TP		Total		Estatística
	N	%	N	%	N	%	N	%	p-valor ¹
Primeiro Episódio									p=1,000
Depressão	3	33,3%	2	22,2%	3	37,5%	8	30,8%	
Mania	5	55,6%	5	55,6%	5	62,5%	15	57,7%	
Misto	1	11,1%	-	-	-	-	1	3,8%	
Desconhece	-	-	2	22,2%	-	-	2	7,7%	
Último Episódio									p=0,444
Depressão	4	44,4%	3	33,3%	1	12,5%	8	30,8%	
Mania	4	44,4%	4	44,4%	6	75%	14	53,9%	
Misto	1	11,2%	-	-	-	-	1	3,8%	
Desconhece	-	-	2	22,2%	1	12,5%	3	11,5%	
Internação-Episódio									p=0,864
Depressão	1	11,1%	2	22,2%	1	12,5%	4	15,4%	
Mania	4	44,5%	5	55,6%	6	75%	15	57,7%	
Misto	1	11,1%	-	-	-	-	1	3,8%	
Desconhece	3	33,3%	2	22,2%	1	12,5%	6	23,1%	
Internação anterior	6	66,7%	9	100%	8	100%	23	88,5%	p=0,086
Tratamento psicológico anterior	7	77,8%	5	62,5%	1	12,5%	13	50%	p=0,023*
	PE		TCC		TP		Total		Estatística
	Média		Média		Média		Média	DP	p-valor ²
Idade de Início TB (anos)	45		44,8		43,2		44,5 (n=22)	10,6	p=0,856
Tempo de Doença (anos)	19,7		21,6		26,8		22 (n=22)	10,9	p=0,714
Duração – primeiro episódio (dias)	70,6		40,0		36,7		55,7 (n=13)	50,1	p=0,672
Duração – último episódio (dias)	73,3		38,7		53		55,1 (n=17)	53,6	p=0,558
Nº Episódios	10,8		-		8,8		9,9 (n=9)	5,3	p=0,803
Nº Internações	6,1		3,0		1,8		4 (n=22)	5	p=0,634
Tempo Internado (dias)	56,7		43,4		50		49,3 (n=19)	40,7	p=0,901

¹ Teste exato de Fisher; ² Teste de Kruskal-Wallis; *Diferença estatística significativa entre o Grupo PE, TCC e TP

PE = Psicoeducação; TCC = Terapia Cognitivo Comportamental; TP = Tratamento Padrão; DP = desvio padrão.

4.2 Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados os instrumentos abaixo referidos.

- *Protocolo de Pesquisa (Apêndice A)*

Este formulário, que foi elaborado pela pesquisadora deste estudo, contém questões fechadas sobre os dados da caracterização sociodemográfica, informações sobre os aspectos clínicos, histórico de doença mental e de tratamentos anteriores dos participantes.

- *Escala de Depressão Geriátrica – GDS-15 (Anexo A)*

Esta escala avalia a presença de sintomas depressivos. Na sua versão simplificada, é composta por 15 questões que abordam, entre outros, aspectos como a satisfação com a vida, o humor e as atividades. O participante deve responder sim ou não a cada item. É um instrumento de fácil utilização, auto-aplicável e com uma boa sensibilidade rastrear transtornos do humor. Sua pontuação varia de 1 a 15, tendo como ponto de corte 5/6. Sua versão reduzida é considerada de relativa confiabilidade na prática clínica em idosos (Almeida & Almeida, 1999; Paradelo, Lourenço, & Veras, 2005). No presente estudo considerou-se o ponto de corte até 12, pois foram incluídos na pesquisa os idosos eutímicos ou em estavam em remissão parcial. Buscou-se considerar também que os idosos, quando não estão nos episódios maníacos ou hipomaníacos, referem ter a sensação de estarem deprimidos, pois não sentem a ‘energia’ de antes.

- *Escala de Avaliação de Mania de Young Modificada – EAM-m (Anexo B)*

Este instrumento tem o objetivo de avaliar os sintomas maníacos, estimando sua gravidade. Ele é o primeiro instrumento validado no Brasil e possui bons níveis de confiabilidade e de validade (Vilela & Loureiro, 2000).

A escala, a qual é composta por 11 itens baseados nos principais sintomas de mania, que são o humor elevado, a energia e atividade motora elevada, o interesse sexual, o sono, a irritabilidade, a velocidade da fala, a linguagem, o conteúdo do pensamento, o comportamento disruptivo agressivo, a aparência e o insight, é pontuada a partir de uma entrevista estruturada, sendo que os itens estão em uma escala de zero a quatro, sendo que zero indica a ausência do sintoma e quatro representa a presença deste em sua forma mais grave. Esta pontuação só não é utilizada para quatro itens – irritabilidade, velocidade da fala, conteúdo do pensamento e comportamento disruptivo agressivo – em que ela é dobrada. O resultado total é obtido com a soma dos pontos em cada item, variando entre zero e sessenta pontos. Vilela e Loureiro (2000) não mencionem um ponto de corte, no entanto, em consenso estabelecido pelo *The International Society for Bipolar Disorders*, recomenda-se uma pontuação maior que oito para se considerar episódios de mania / hipomania (Tohen et al., 2009).

- *Questionário de Crenças Irracionais – QCI (Anexo C)*

Este questionário foi constituído a partir dos estudos de Ellis (1962), em que ele elenca um conjunto de crenças que estariam na base da irracionalidade humana. O questionário é formado por 11 crenças que são mostradas sob a forma de afirmações, as quais o indivíduo deve responder se concorda ou não com elas. A pontuação bruta é obtida pela contagem de afirmações, sendo que quanto maior o

número das crenças pontuadas, mais irracional será o seu funcionamento emocional, o qual o pode levar a um comprometimento da sua adaptação ao ambiente (Yoshida & Colugnati, 2002). Estas crenças irracionais foram avaliadas em pacientes psiquiátricos e com transtornos de personalidade, em que se demonstrou que havia uma relativa correlação entre o número de crenças e distúrbios emocionais como a depressão e a ansiedade (Newmark, Frerking, Cook, & Newmark, 1973). A versão em português deste questionário tem valor alfa de Cronbach de 0,71 (Yoshida & Colugnati, 2002).

- *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos Lipp – ISSL*

O Inventário é um teste psicológico que foi validado por Lipp e Guevara em 1994, tendo sido publicado em 2000 com a aprovação do Conselho Federal de Psicologia (Lipp, 2000). O instrumento é autoaplicado e composto por 53 itens, em que 34 avaliam os sintomas físicos e 19 os psicológicos, divididos em três quadrantes. O participante pontua a presença dos sintomas experimentados nas últimas 24 horas, na última semana e no último mês. O objetivo é avaliar a existência de um quadro de estresse, o seu nível (fase de alerta, resistência, quase-exaustão ou exaustão), e se a predominância de sintomatologia é física ou psicológica. O tipo da sintomatologia predominante indica qual a área em que a pessoa é está mais vulnerável. Para mensurar o instrumento é necessário seguir a orientação e as tabelas do manual de aplicação.

- *Inventário de Qualidade de Vida – IQV (Anexo D)*

O inventário permite avaliar o nível da qualidade de vida do participante, considerando o sucesso que ele pode alcançar em quatro áreas da sua vida,

denominadas ‘quadrantes da vida’, que são a social, a afetiva, a profissional e a da saúde. Considera-se que o indivíduo atingiu uma boa qualidade de vida se obtiver sucesso em todas as áreas. O instrumento possui 45 questões fechadas, em que o participante deve responder sim ou não a cada item. O total das respostas em cada quadrante indica o sucesso ou o fracasso na respectiva área (Lipp & Rocha, 1996). Embora este instrumento não tenha um estudo de validação, ele é utilizado em diversos trabalhos (Lima, 2004; Lipp, 2009b; Sadir, Bignotto, & Lipp, 2007) inclusive com idosos (Alves, 2008; Areias & Lipp, 2008). A descrição completa dos diversos estudos que avaliaram a qualidade de vida, fazendo uso deste instrumento, está no Apêndice B.

4.3 Procedimentos

Nesta pesquisa foi realizado um ensaio clínico controlado, por amostra de conveniência, com avaliação cega das medidas de desfecho. Três psicólogos, auxiliares de pesquisa, foram treinados para realizar as avaliações. O treinamento ensinou a aplicar adequadamente os instrumentos a serem utilizados, bem como envolveu uma experiência prática, a qual era conduzida para a aplicação destes em alguns voluntários idosos. Ao receberem os participantes na avaliação inicial, os auxiliares de pesquisa desconheciam em qual grupo seriam alocados, bem como, na avaliação final não sabiam qual era o grupo de origem.

Os participantes foram selecionados inicialmente, por meio da consulta dos prontuários médicos em uma unidade para o atendimento de idosos, em um ambulatório de saúde mental de uma instituição privada filantrópica, na cidade de

São Paulo. Também, mediante a consulta aos registros médicos, foram excluídos os idosos que tinham comorbidade com um quadro demencial.

Durante a entrevista inicial os participantes foram esclarecidos pelos avaliadores sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa e, caso tivessem interesse em participar desta, davam o seu consentimento por escrito, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Após a aprovação em participar da pesquisa, a anamnese inicial foi realizada, preenchendo o Protocolo de Pesquisa. Em seguida, os demais instrumentos foram aplicados (GDS-15, EAM-m, QCI, ISSL e o IQV). A avaliação inicial foi realizada em um encontro de aproximadamente uma hora e trinta minutos.

A partir desta avaliação, os idosos que preencheram os critérios estabelecidos, foram incluídos no estudo, sendo então distribuídos pelos grupos. Devido à dificuldade em reunir participantes para compor os grupos de intervenção, e considerando serem pessoas mais propensas a terem complicações clínicas que poderiam implicar na sua exclusão do estudo, optou-se por distribuir os participantes pela ordem de chegada, compondo cada grupo integralmente.

Foram constituídos três grupos para o estudo.

- *Grupo da Psicoeducação (PE)* – neste grupo foram inseridas 21 sessões semanais da psicoeducação em grupo, de uma hora e trinta minutos de duração cada, como coadjuvantes ao tratamento farmacológico, conforme o protocolo de Barcelona para a psicoeducação, estabelecido por Colom e Vieta (2006);
- *Grupo da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)* – este grupo recebeu 21 sessões estruturadas semanais da Terapia Cognitivo Comportamental, em grupo, de uma hora e trinta minutos de duração cada, como coadjuvante ao

tratamento farmacológico padrão, conforme o protocolo descrito para o tratamento do TB na TCC por Basco e Rush (2007);

- *Grupo do Tratamento Padrão (TP)* – este grupo foi composto por participantes que se mantiveram com o tratamento farmacológico padrão e nenhuma intervenção adicional, tendo sido avaliado apenas no início e no final de um período de 21 semanas.

O desenho do estudo está na tabela 4.

Tabela 4 – Planejamento Experimental

Grupos/ Categorias	PE	TCC	TP
<i>Participantes</i>	09	09	09
<i>Intervenção experimental</i>	Medicação Psicoeducação	Medicação TCC	Medicação
<i>Tempo do Procedimento</i>	21 sessões semanais	21 sessões semanais	21 semanas

PE = Psicoeducação; TCC – Terapia Cognitivo Comportamental; TP = Tratamento Padrão

O primeiro grupo constituído foi o da PE. A escolha para este grupo foi aleatória. Em seguida, formou-se o da TCC e o último grupo a ser constituído foi o grupo do TP. A partir da formação completa de cada grupo a intervenção era iniciada. Os protocolos de intervenção para o grupo da PE e da TCC são descritos adiante. As intervenções em ambos os grupos foram realizadas pela mesma pesquisadora.

Após as intervenções, os participantes foram convidados a realizar a avaliação final, momento em que os mesmos instrumentos eram reaplicados (GDS-

15, EAM-m, QCI, ISSL e IQV). Outros dados obtidos após a avaliação final foram as medidas de desfecho clínico quanto à estabilidade do quadro, como novas recorrências, duração dos episódios e tempo de intervalo entre os episódios, observadas por meio da evolução dos prontuários médicos.

4.4 Protocolo da Psicoeducação em Grupo

A elaboração do protocolo de intervenção com a PE foi baseada nos estudos de Colom e Vieta (2006), com algumas adaptações. Neste caso, a sessão sobre a gravidez foi retirada e foi inserida uma sessão sobre a ingestão correta da medicação e o risco da iatrogenia no idoso. As orientações dos autores para o desenvolvimento das sessões foram seguidas na medida do possível. Quando necessárias, pequenas adaptações foram realizadas, como a elaboração de materiais escritos com letras maiores e leitura em conjunto do material, tendo em vista dificuldades relacionadas à visão ou até mesmo a compreensão. Um breve resumo do planejamento das sessões é apresentado na tabela 5. A descrição completa pode ser observada no Apêndice D.

Tabela 5 – Planejamento das Sessões do Grupo da Psicoeducação

Sessões	Objetivos	Procedimentos
01	Apresentar o grupo e propiciar um clima que permita a participação de todos	- Apresentação do programa, a sua duração, os objetivos e os métodos a serem utilizados

Sessões	Objetivos	Procedimentos
		<ul style="list-style-type: none"> - Discutir as regras de funcionamento do grupo, como a confidencialidade, a pontualidade e o respeito
02	Introduzir o conceito do TB e a natureza biológica deste	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o conceito de TB, explicar a natureza biológica deste transtorno e introduzir o conceito de recorrência - Levantar os prejuízos e os estigmas decorrentes da doença
03	Compreender a natureza da doença e distinguir entre etiológico e desencadeante	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir e diferenciar os fatores etiológicos (causais) dos desencadeantes, trabalhando os pensamentos de culpa e de responsabilidade
04	Apresentar os sintomas dos episódios de mania e de hipomania	<ul style="list-style-type: none"> - Levantar junto aos participantes os sintomas característicos dos episódios maníacos e hipomaníacos, distinguindo-os de depressão
05	Desenvolver a noção de que a depressão é uma doença	<ul style="list-style-type: none"> - Levantar junto aos participantes os sintomas característicos dos episódios depressivos e mistos

Sessões	Objetivos	Procedimentos
06	Salientar o aspecto crônico e recorrente da doença e a sua característica cíclica	- Retomar o tema dos sintomas específicos de cada episódio e ajudar os participantes a construir o gráfico do humor na vida, gerando uma ampla visão do curso do transtorno
07-09	Aumentar o conhecimento sobre as medicações em uso e estratégias para lidar com os efeitos colaterais, aumentando a adesão à medicação	- Mencionar as medicações mais utilizadas no TB nos episódios hipomaníacos, maníacos, depressivos ou mistos – os tipos, qual a indicação e os seus efeitos colaterais
10	Reforçar a importância da determinação periódica dos níveis plasmáticos	- Identificar quais os idosos que utilizam os estabilizadores do humor e realizaram os exames de níveis séricos nos últimos seis meses. Para os que não realizaram, identificar as suas dificuldades para gerenciá-las
11	Reforçar a importância da adesão e do uso correto da medicação	- Orientar quanto à ingestão correta da medicação e ao risco da iatrogenia no idoso, identificar as dificuldades nas tomadas (como os esquecimentos) e criar estratégias para aumentar a adesão

Sessões	Objetivos	Procedimentos
12	Explicar as diferenças entre os tratamentos científicos (médicos) e os alternativos	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer sobre a eficácia dos métodos científicos e os resultados duvidosos dos métodos alternativos - Reforçar a adesão aos tratamentos eficazes (da saúde) e ao uso das práticas alternativas como coadjuvantes, mas não de forma excludente
13	Retomar o caráter recorrente do transtorno, reforçando a importância da adesão ao tratamento farmacológico	<ul style="list-style-type: none"> - Apontar os riscos associados à interrupção do tratamento. Por meio dos gráficos do humor, identificar a associação entre a interrupção da medicação e o início de novos episódios - Levantar razões que levam à interrupção e propor estratégias para as gerenciar
14	Levantar o risco do uso de drogas de hábito diário	<ul style="list-style-type: none"> - Listar todos os tipos de substâncias, solicitando que os participantes identifiquem quais as que podem ser prejudiciais - Esclarecer que algumas substâncias de uso diário (refrigerantes a base de cola, cafeína, álcool) podem deflagrar novos episódios

Sessões	Objetivos	Procedimentos
15-16	Ensinar aos participantes a reconhecer precocemente as recorrências maníacas, mistas, hipomaníacas e depressivas	<ul style="list-style-type: none"> - Listar os sintomas característicos de cada um dos episódios - Identificar quais os sintomas que podem servir de sinais alarme, identificando os comportamentos indicadores de recorrência - Elaborar uma lista com os sinais de alerta operacionais (de si próprio) e precoces (que estão presentes no início de cada episódio)
17	Elaborar um plano de emergência, com técnicas que auxiliem nas recaídas	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir como agir diante das descompensações - Fazer uma lista de estratégias de como agir diante de cada tipo de episódio - Orientar quanto à prática adequada do exercício físico e quando reduzi-lo
18	Orientar quanto à importância da regularidade de hábitos para a estabilidade da doença	<ul style="list-style-type: none"> - Por meio de histórias fictícias de pessoas com o TB, trabalha-se a identificação dos fatores de risco para as recaídas - Debatem-se os cuidados individuais que cada

Sessões	Objetivos	Procedimentos
		participante deve ter com a saúde e os hábitos de sono
19	Apresentar o estresse como possível desencadeante de novos episódios, ensinando estratégias para o seu controle	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer o que são o estresse e os estímulos estressores (positivo e negativo) e a sua relação com as recaídas - Retomar os gráficos do humor na vida pode ser útil para identificar o estresse como sendo o desencadeante para novos episódios
20	Ensinar o método para a Solução de Problemas	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta-se o modelo teórico para a Solução de Problemas - Com base em um problema apontado por um participante, desenvolver a técnica para a Solução de Problemas em conjunto, levantando as possibilidades de solução que levam à solução do problema - Planejar uma viagem e identificar comportamentos preventivos durante o planejamento
21	Encerrar o grupo, identificar os benefícios subjetivos e avaliar o	<ul style="list-style-type: none"> - Sanar as dúvidas ainda existentes

Sessões	Objetivos	Procedimentos
	programa	<ul style="list-style-type: none"> - Questionar como a experiência do grupo mudou o comportamento dos participantes em alguma área – como o conhecimento da doença e a necessidade de tratamento - Propor que os participantes avaliem o programa da PE

4.5 Protocolo da Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo

A elaboração deste protocolo de intervenção com a TCC foi baseada nos estudos de Basco e Rush (2007), assim como na literatura especializada que aborda as intervenções psicológicas com o idoso na abordagem cognitivo comportamental (Evans, 2007; Gallagher-Thompson, Steffen, & Thompson, 2008). Tendo em vista as peculiaridades do público atendido, algumas adaptações foram realizadas. Os materiais escritos foram lidos em conjunto para minimizar os problemas visuais ou os de compreensão. Durante os encontros, os recursos audiovisuais eram utilizados para maximizar o aprendizado de novos repertórios comportamentais e cognitivos.

A seguir, um breve resumo do planejamento das sessões do grupo (Tab. 6). A descrição completa está no Apêndice E.

Tabela 6 – Planejamento das Sessões do Grupo da Terapia Cognitivo Comportamental

Sessões	Objetivos	Procedimentos
01	Dar uma visão do tratamento, discutindo as responsabilidades do participante, dos familiares e do terapeuta	- Educar o participante quanto ao modelo da TCC e rever plano de tratamento
02	Conceituar o TB e os seus episódios, elucidando os aspectos biológicos e a relação do TB com os fatores psicossociais	- Conversar sobre a definição do TB com exemplos dos participantes - Avaliar o conhecimento deles sobre o TB
03-04	Discutir sobre as medicações utilizadas no tratamento do TB e sobre o abuso de substâncias Identificar e corrigir as crenças distorcidas sobre as medicações e os problemas associados a estas	- Avaliação da adesão ao tratamento e discussão sobre as medicações utilizadas no TB - Exercício para identificar as emoções e as cognições - Identificar e corrigir crenças distorcidas quanto ao tratamento medicamentoso
05	Identificar as experiências cotidianas e a sua relação com os sintomas da doença Diferenciar os estados de humor normais dos sintomas dos episódios de alteração do humor	- Discutir com os participantes o quanto o TB afeta as suas vidas - Identificar, durante os episódios, as alterações cognitivas, emocionais e comportamentais

Sessões	Objetivos	Procedimentos
06	Ensinar ao paciente a automonitorar o humor	<ul style="list-style-type: none"> - Introduzir o uso do afetivograma, treinar o seu preenchimento - Fazer a planilha dos sintomas por episódio
07	Trabalhar a adesão ao tratamento, avaliando os obstáculos atuais e desenvolvendo um plano de ação	<ul style="list-style-type: none"> - Introduzir o gráfico do mapeamento da vida - Avaliar a suscetibilidade dos participantes na adesão, identificando as suas atitudes e as suas crenças - Reestruturar as crenças distorcidas - Avaliar e resolver os possíveis obstáculos por meio do modelo de solução de problemas
08	Introduzir a relação entre os pensamentos e a interpretação dos eventos, associando-os com as mudanças no humor	<ul style="list-style-type: none"> - Introduzir o conceito de pensamento negativo e/ou distorcido e a sua relação com as alterações do humor - Revisar a associação entre os eventos, as alterações do humor e os pensamentos automáticos
09	Ensinar os participantes a identificar os pensamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar o Registro de Pensamento para identificar os

Sessões	Objetivos	Procedimentos
	automáticos negativos e as distorções cognitivas e corrigí-los	<p>pensamentos automáticos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir “erro de pensamento” e fornecer exemplos - Discutir os pensamentos presentes durante os episódios de mania ou de depressão
10	Ensinar os participantes a procurar por evidências para os pensamentos distorcidos e criar interpretações alternativas para os eventos	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar a associação entre os eventos, as cognições e os sentimentos - Desenvolver uma análise lógica dos pensamentos automáticos, levantando as evidências a favor / contra e as explicações alternativas - Reavaliar a intensidade da emoção e das crenças associadas ao pensamento negativo original
11	<p>Rever os tipos de pensamentos que podem servir como indicadores do início da mania, treinando os participantes a identificá-los e a reestruturá-los</p> <p>Ensinar métodos para avaliar os planos antes de praticá-los</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar os pensamentos distorcidos associados com o início da mania ou da hipomania - Utilizar o registro dos pensamentos para identificar as distorções e reestruturá-las - Ensinar as técnicas das vantagens e das desvantagens

Sessões	Objetivos	Procedimentos
		e o estabelecimento de metas
12	Examinar os problemas comportamentais comuns associados à depressão e ensinar as estratégias para a resolução destes problemas - tarefas graduadas e de aumento de domínio e de prazer	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir sobre a sobrecarga e identificar as experiências anteriores - Descrever o procedimento das tarefas graduadas - Introduzir a importância de experimentar o senso de domínio e de prazer - Desenvolver as tarefas para aumentar as atividades prazerosas - Descrever o ciclo da letargia e propor uma agenda de tarefas para interrompê-lo
13	<p>Treinar os participantes a monitorar o seu nível de atividades</p> <p>Aprender a usar o <i>feedback</i> de outras pessoas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar o participante a monitorar as variações no nível de atividades, e a estabelecer metas como um meio de impor limites no nível de atividade - Rever as experiências anteriores de <i>feedback</i> externo sobre as mudanças comportamentais, e discutir os benefícios que isto pode lhes acarretar

Sessões	Objetivos	Procedimentos
		<ul style="list-style-type: none"> - Comparar as experiências dos pacientes de domínio e prazer nos estados normal, deprimido e maníaco, e fazer exercícios de reestruturação cognitiva
14	<p>Discutir os problemas psicossociais enfrentados pelos bipolares</p> <p>Facilitar uma discussão sobre os problemas presentes ou passados relacionados ao transtorno</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer a influência dos problemas psicossociais na piora dos sintomas - Identificar quais os potenciais problemas psicossociais atuais ou passados
15	<p>Avaliar os problemas psicossociais que perturbam os participantes e qual o seu repertório para o enfrentamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a qualidade dos relacionamentos interpessoais, a presença de estressor psicossocial e identificar as habilidades para o enfrentamento - Identificar as fontes de apoio disponíveis e estabelecer metas a serem alcançadas
16	<p>Ensinar o procedimento para a Solução de Problemas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Por meio do material de apoio, ensinar a estratégia para a Solução de Problemas - Selecionar um problema identificado anteriormente e

Sessões	Objetivos	Procedimentos
		exercitar a técnica para a Solução de Problemas
17-20	Tratar uma área de problema identificada pelo participante, utilizando a Solução de Problemas	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver o procedimento para a Solução de Problemas em um problema específico - Relacionar o método com a possibilidade de prevenir a ocorrência de problemas futuros
21	Discutir acerca das dificuldades após o término do tratamento, elaborando plano de ação	<ul style="list-style-type: none"> - Levantar quais as dificuldades com o término do tratamento - Elaborar um plano para a recaída - Encerramento do grupo

4.6 Aspectos éticos

O presente estudo está de acordo com a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido devidamente avaliado e julgado pelo seu mérito científico, metodológico e ético pela Comissão Científica do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM), e pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – protocolo número 015/2008.

Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos do estudo durante a entrevista inicial, momento em que foram convidados a participar do mesmo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.7 Método de Análise dos Resultados

Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo, foram preparadas tabelas com a frequência das variáveis categóricas, com os valores de frequência absoluta e percentual e estatística descritiva das variáveis contínuas, com os valores de média, o desvio padrão e a mediana. A análise comparativa entre os grupos PE, TCC e TP foi realizada por meio de testes não-paramétricos. Para a comparação das variáveis categóricas como as de sexo, de grau de instrução, de nível de estresse, de crenças irracionais significativas e de qualidade de vida, foi utilizado o teste exato de Fisher (Fleiss, 1981). O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para a análise comparativa das variáveis contínuas como a idade, o tempo de doença, as pontuações brutas do GDS, da EAM-m e doQCI, nos momentos antes e após a intervenção, devido à ausência de distribuição normal das variáveis (Conover, 1971; Siegel & Castellan, 2006).

Para a análise comparativa das variáveis categóricas antes e após a intervenção por grupo, utilizou-se o teste de McNemar, para as variáveis dicotômicas e o teste de simetria de Bowker para as variáveis com três ou mais categorias (Conover, 1971; Siegel & Castellan, 2006). Para comparar as variáveis numéricas entre as duas avaliações e os três grupos, foi utilizada a análise de variância para

medidas repetidas (*Repeated Measures* ANOVA) (Montgomery, 1991), com as variáveis transformadas em postos (ranks) devido à ausência de distribuição normal (Conover & Iman, 1981).

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$. Para análise estatística foi utilizado o programa computacional The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 8.02. SAS Institute Inc, 1999-2001, Cary, NC, USA.

5 RESULTADOS

5.1 Equivalência de Amostra

Conforme se observou na descrição da amostra, os grupos (PE, TCC e TP), de modo geral, são equivalentes, pois não mostraram diferenças significativas quanto às características sociodemográficas, às comorbidades clínicas, aos hábitos de vida e às características clínicas do TB, como se pode observar nas tabelas 1, 2 e 3. Houve equivalência na amostra, exceto para as variáveis fumo ($p=0,004$) e tratamento psicológico anterior ($p=0,023$), as quais tiveram diferenças significativas entre os grupos.

Entre a avaliação inicial e a final, após o acompanhamento de 21 semanas, 34,62% dos participantes desistiram do estudo, como se pode observar na Figura 1 – Diagrama de fluxo da amostra dos participantes. Contudo, a tabela 7 mostra que essa desistência dos participantes entre os grupos foi similar, mantendo-se a equivalência das amostras entre os grupos. Alguns deixaram de participar do estudo por problemas de saúde como, por exemplo, a necessidade de realizar uma cirurgia de câncer ou devido a um glaucoma. Outros desistiram por problemas de locomoção ou por não terem um acompanhante que os levasse para o hospital.

Tabela 7 – Avaliação comparativa das desistências dos Grupos da Psicoeducação, da Terapia Cognitivo Comportamental e do Tratamento Padrão na avaliação final

	PE		TCC		TP		Total		Estatística
	N	%	N	%	N	%	N	%	p-valor ¹
Excluído	4	44,4%	3	33,3%	2	25%	9	34,6%	p=0,874
Permanece	5	55,6%	6	66,7%	6	75%	17	65,4%	

¹ Teste exato de Fisher

PE = Psicoeducação; TCC = Terapia Cognitivo Comportamental; TP = Tratamento Padrão

5.2 Comparação das variáveis entre os períodos pré e pós-intervenção

Na avaliação inicial dos participantes, pode-se observar que 65,4% não tinha estresse (Tab. 8). A qualidade de vida estava prejudicada em alguns quadrantes, principalmente na área da saúde, em que o índice de sucesso na amostra do grupo da PE foi muito baixo (3,9%), sendo que nos grupos da TCC e do TP não houve sucesso nesta área para nenhum participante. Nenhum participante atingiu sucesso em todas as áreas da qualidade de vida.

Tabela 8 – Avaliação dos participantes antes da intervenção quanto ao nível de estresse, à qualidade de vida e ao padrão de crenças dos grupos da Psicoeducação, da Terapia Cognitiva Comportamental e do Tratamento Padrão

	PE		TCC		TP		Total		Estatística
	N	%	N	%	N	%	N	%	p-valor ¹
ISSL									
Sem stress	4	44,4%	7	77,8%	6	75%	17	65,4%	p=0,386
Resistência	3	33,3%	2	22,2%	2	25%	7	26,9%	p=0,499
Quase-Exaustão	2	22,2%	-	-	-	-	2	7,7%	
Sintoma Físico	3	33,3%	2	22,2%	2	25%	7	26,9%	p=0,499
Sintoma Fis/Psic.	2	22,2%	-	-	-	-	2	7,7%	
IQV - Sucesso									
Social	7	77,8%	7	77,8%	4	50%	18	69,2%	p=0,494
Afetivo	5	55,6%	6	66,7%	4	50%	15	57,7%	p=0,885
Profissional	6	66,7%	3	33,3%	1	12,5%	10	38,5%	p=0,076
Saúde	1	11,1%	-	-	-	-	1	3,9%	p=1,000
Crenças – Significativo	7	77,8%	9	100%	5	62,5%	21	80,8%	p=0,150

¹ Teste exato de Fisher

PE = Psicoeducação; TCC = Terapia Cognitivo Comportamental; TP = Tratamento Padrão; ISSL = Inventário de Sintomas de Stress para Adultos Lipp; IQV – Inventário de Qualidade de Vida

Também na tabela 8 pode-se notar que grande maioria, 80,8% teve um padrão de crenças irracionais significativo, sendo que no grupo da TCC este percentual atingiu os 100%. A equivalência da amostra também foi observada na avaliação inicial dos participantes em relação ao nível de estresse, à qualidade de vida e ao padrão de crenças irracionais, apontando não houve diferenças significativas entre os grupos da PE, da TCC e do TP.

O nível de estresse, da qualidade de vida e das crenças irracionais da avaliação final pode ser observado na tabela 9. Os resultados mostram que não houve diferenças significativas nem na amostra geral nem entre os grupos da PE, da TCC e do TP.

Tabela 9 – Avaliação dos participantes após a intervenção quanto ao nível de estresse, à qualidade de vida e ao padrão de crenças dos grupos da Psicoeducação, da Terapia Cognitiva Comportamental e do Tratamento Padrão

	PE		TCC		TP		Total		Estatística
	N	%	N	%	N	%	N	%	p-valor ¹
ISSL									
Sem stress	1	20%	4	66,7%	3	50%	8	47,1%	p=0,404
Alerta	-	-	1	16,7%	-	-	1	5,9%	p=0,297
Resistência	3	60%	1	16,7%	3	50%	7	41,2%	
Quase-Exaustão	1	20%	-	-	-	-	1	5,9%	
Sintoma Físico	2	40%	2	33,3%	3	50%	7	41,2%	p=0,565
Sintoma Psicol.	1	20%	-	-	-	-	1	5,9%	
Sintoma Fis/Psic.	1	20%	-	-	-	-	1	5,9%	
IQV - Sucesso									
Social	3	60%	6	100%	3	50%	12	70,6%	p=0,178
Afetivo	3	60%	5	83,3%	2	33,3%	10	58,8%	p=0,234
Profissional	3	60%	1	25%	1	16,7%	5	33,3%	p=0,397
Saúde	-	-	3	50%	1	16,7%	4	23,53%	p=0,250
Crenças – Significativo	3	60%	2	33,3%	5	83,3%	10	58,8%	p=0,234

^a Teste exato de Fisher

PE = Psicoeducação; TCC = Terapia Cognitivo Comportamental; TP = Tratamento Padrão; ISSL = Inventário de Sintomas de Stress para Adultos Lipp; IQV = Inventário de Qualidade de Vida

A comparação entre as pontuações dos sintomas de depressão, de mania e das crenças irracionais, está tabela 10. As médias desses resultados não tiveram diferenças significativas entre os grupos na avaliação inicial. Na avaliação final, após a intervenção, observou-se uma discreta redução nos valores dos sintomas de mania e das crenças irracionais e um discreto aumento dos sintomas de depressão no grupo da PE. A redução de todas as pontuações foi mais acentuada no grupo da TCC, sendo que se nota uma redução significativa ($p=0,034$) dos sintomas de mania em relação ao grupo controle. No grupo do TP houve um discreto aumento de todos os valores, como se observa na tabela 10, embora este não tenha sido significativo.

Tabela 10 - Comparação dos valores brutos dos sintomas depressivos e dos maníacos e das crenças irracionais nos grupos da Psicoeducação, da Terapia Cognitivo comportamental e do Tratamento Padrão

	PE			TCC			TP			Total			Estat.
	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	p-valor ²
Pré-Interv.													
GDS	5,2	3,9	7,0	5,1	4,3	5,0	6,0	4,3	5,5	5,4	4,0	5,5	$p=0,868$
EAM-m	2,3	2,0	2,0	2,1	2,5	2,0	3,4	2,3	3,5	2,6	2,3	2,0	$p=0,397$
Crenças	5,2	3,4	6,0	6,6	2,4	7,0	5,5	3,6	7,0	5,8	3,1	6,5	$p=0,699$
Pós-Interv.													
GDS	6,2	3,4	7,0	3,0	2,0	3,0	6,7	4,6	6,0	5,2	3,7	5,0	$p=0,189$
EAM-m	1,8	1,3	2,0	0,3	0,8	0	3,7	2,9	3,5	1,9	2,3	1,0	$p=0,034^*$
Crenças	4,8	4,0	7,0	2,5	1,6	2,0	6,3	3,6	7,0	4,5	3,4	4,0	$p=0,211$

² Kuskal-Wallis para comparação dos valores entre os três grupos; * Diferença significativa entre o grupo do TP e o da TCC

PE = Psicoeducação; TCC = Terapia Cognitivo Comportamental; TP = Tratamento Padrão; GDS = Escala de Depressão Geriátrica; EAM-m = Escala de Avaliação dos sintomas de Mania de Young.

A diferença significativa na média da pontuação dos sintomas de mania no período pós-intervenção pode ser melhor observada na figura 2, em que são comparadas as pontuações dos sintomas de mania após a intervenção nos grupos de PE, TCC e TP.

Figura 2 – Comparação da pontuação dos sintomas de mania (EAM-m), após a intervenção, nos Grupos da Psicoeducação, da Terapia Cognitivo Comportamental e do Tratamento Padrão.

5.3 Análise comparativa pré e pós-intervenção por grupo

Torna-se importante mencionar que, após a intervenção, houve a desistência de alguns participantes do estudo, tendo ao final deste ficado apenas dezessete deles (N=17). A análise comparativa do período de intervenção em cada grupo foi apenas dos casos completos, em que se comparou o mesmo participante no início e no fim da intervenção.

No grupo da PE, os resultados analisados comparativamente mostraram um aumento do número de pessoas com estresse, tendo a qualidade de vida permanecido insatisfatória na avaliação final. Quanto ao padrão das crenças

irracionais, este se manteve inalterado. Estes resultados não foram significativos (Tab. 11).

Tabela 11 – Análise comparativa entre as avaliações pré e pós-intervenção no Grupo da Psicoeducação

	Antes		Depois		Estatística	
	N	%	N	%	Teste	p-valor
ISSL						
Sem stress	2	40%	1	20%	S=1,0; GL=3; p=0,801 ³	
Alerta	-	-	-	-		
Resistência	2	40%	3	60%	S=2,0; GL=3; p=0,572 ³	
Quase-Exaustão	1	20%	1	20%		
Sintoma Físico	3	100%	1	33,3%		
Sintoma Psicol.	-	-	1	33,3%		
Sintoma Fis/Psic.	-	-	1	33,3%		
IQV – Sucesso						
Social	4	80%	3	60%	S=0,0; GL=1; p=0,317 ⁴	
Afetivo	2	40%	3	60%	S=1,0; GL=1; p=0,317 ⁴	
Profissional	3	60%	3	60%	S=0,33; GL=1; p=1,000 ⁴	
Saúde	-	-	-	-	S=0,00; GL=1; p=1,000 ⁴	
Crenças – Significativo	3	60%	3	60%	S=0,00; GL=1; p=1,000 ⁴	

³ Teste de simetria de Bowker; ⁴ Teste de McNemar.

PE = Psicoeducação; TCC = Terapia Cognitivo Comportamental; TP = Tratamento Padrão; ISSL = Inventário de Sintomas de Stress para Adultos Lipp; IQV = Inventário de Qualidade de Vida

Na análise comparativa entre as avaliações pré e pós-intervenção no grupo da TCC, houve um aumento do número de pessoas com estresse e com uma sensível melhora na qualidade de vida na área da saúde, mas estas mudanças não foram significativas (Tab. 12). No entanto, no que diz respeito ao padrão de crenças irracionais, nota-se que houve uma redução significativa ($p=0,046$) no número de participantes com um padrão irracional de pensamento.

Tabela 12 – Análise comparativa entre as avaliações pré e pós-intervenção no Grupo da Terapia Cognitivo Comportamental

	Antes		Depois		Estatística	
	N	%	N	%	Teste	p-valor
ISSL						
Sem stress	6	100%	4	66,6%	S=2,0; GL=3; p=0,572 ³	
Alerta	-	-	1	16,7%		
Resistência	-	-	1	16,7%	S=2,0; GL=3; p=0,157 ³	
Sintoma Físico	-	-	2	33,3%		
Sintoma Psicol.	-	-	-	-		
Sintoma Fis/Psic.	-	-	-	-		
IQV – Sucesso						
Social	6	100%	6	100%	S=0,0; GL=1; p=1,000 ⁴	
Afetivo	5	83,3%	5	83,3%	S=0,0; GL=1; p=1,000 ⁴	
Profissional	2	50%	1	25%	S=1,0; GL=1; p=0,317 ⁴	
Saúde	-	-	3	50%	S=3,00; GL=1; p=0,083 ⁴	
Crenças – Significativo	6	100%	2	33,33%	S=4,00; GL=1; p=0,046 ^{4/ *}	

³ Teste de simetria de Bowker; ⁴ Teste de McNemar; * Diferença significativa entre as avaliações pré e pós.

PE = Psicoeducação; TCC = Terapia Cognitivo Comportamental; TP = Tratamento Padrão; ISSL = Inventário de Sintomas de Stress para Adultos Lipp; IQV = Inventário de Qualidade de Vida

A análise comparativa entre as avaliações pré e pós-intervenção no grupo do TP mostra que houve um aumento importante, embora não significativo, do número de pessoas com estresse. Também houve uma discreta melhora da qualidade de vida na área profissional e da saúde e uma piora no padrão de crenças irracionais (Tab. 13). Embora estas mudanças possam ser relevantes para o quadro clínico, não foram estatisticamente significativas.

Tabela 13 – Análise comparativa entre as avaliações pré e pós-intervenção no Grupo do Tratamento Padrão

	Antes		Depois		Estatística	
	N	%	N	%	Teste	p-valor
ISSL						
Sem stress	6	100%	3	50%	S=3,0; GL=1; p=0,083 ³	
Resistência	-	-	3	50%	S=3,0; GL=1; p=0,083 ³	
Sintoma Físico	-	-	3	50%	S=3,0; GL=1; p=0,083 ³	
IQV – Sucesso						
Social	3	50%	3	50%	S=0,0; GL=1; p=1,000 ⁴	
Afetivo	3	50%	2	33,3%	S=1,00; GL=1; p=0,317 ⁴	
Profissional	-	-	1	16,7%	S=1,0; GL=1; p=0,317 ⁴	
Saúde	-	-	1	16,7%	S=1,00; GL=1; p=0,317 ⁴	
Crenças – Significativo	3	50%	5	83,3%	S=1,00; GL=1; p=0,317 ⁴	

³ Teste de simetria de Bowker; ⁴ Teste de McNemar

PE = Psicoeducação; TCC = Terapia Cognitivo Comportamental; TP = Tratamento Padrão; ISSL = Inventário de Sintomas de Stress para Adultos Lipp; IQV = Inventário de Qualidade de Vida

Tabela 14 – Análise comparativa entre as avaliações pré e pós-intervenção na Amostra Total

	Antes		Depois		Estatística	
	N	%	N	%	Teste	p-valor
ISSL						
Sem stress	14	82,4%	8	47,1%	S=6,0; GL=1; p=0,014 ⁴ / *	
Alerta	-	-	1	5,9%	S=6,0; GL=6; p=0,423 ³	
Resistência	2	11,8%	7	41,2%		
Quase-exaustão	1	5,9%	1	5,9%		
Sintoma Físico	3	17,7%	7	41,2%	S=8,0; GL=6; p=0,238 ³	
Sintoma Psicol.	-	-	1	5,9%		
Sintoma Fis/Psic.	-	-	1	5,9%		
IQV – Sucesso						
Social	13	76,5%	12	70,6%	S=0,33; GL=1; p=0,564 ³	
Afetivo	10	58,8%	10	58,8%	S=0,0; GL=1; p=1,000 ³	
Profissional	5	33,3%	5	33,3%	S=0,00; GL=1; p=1,000 ³	
Saúde	-	-	4	23,5%	S=4,00; GL=1; p=0,046 ³ /*	
Crenças – Significativo	12	70,6%	10	58,9%	S=0,67; GL=1; p=0,414 ³	

³ Teste de Simetria de Bowker; ⁴ Teste de McNemar * Diferença significativa entre as avaliações pré e pós.

PE = Psicoeducação; TCC = Terapia Cognitivo Comportamental; TP = Tratamento Padrão; ISSL = Inventário de Sintomas de Stress para Adultos Lipp; IQV = Inventário de Qualidade de Vida

A análise comparativa das avaliações pré e pós-intervenção na amostra total de participantes do estudo está na tabela 14. Nesta pode-se perceber que houve um aumento estatisticamente significativo do número de pessoas com estresse ($p=0,014$). Outro dado relevante foi que, embora o nível de estresse fosse maior entre os participantes de modo geral, houve uma melhora significativa na qualidade de vida na área da saúde ($p=0,046$). O padrão de crenças irracionais teve uma pequena redução na amostra total, embora esta não tenha sido significativa. Estes resultados podem ser melhor visualizados na figura 3 – Comparativo da presença de estresse entre os grupos do TP, da PE, da TCC e da amostra total – e na figura 4 – Comparativo de sucesso no quadrante saúde da qualidade de vida entre os grupos do TP, da PE, da TCC e da amostra total nos períodos pré e pós-intervenção.

Figura 3 – Comparativo da presença de estresse entre os grupos do Tratamento Padrão, da Psicoeducação, da Terapia Cognitivo Comportamental e Amostra Total nos períodos pré e pós-intervenção.

PE = Psicoeducação; TCC = Terapia Cognitivo Comportamental; TP = Tratamento Padrão

Figura 4 – Comparativo de sucesso no quadrante saúde da qualidade de vida entre os grupos do Tratamento Padrão, da Psicoeducação e da Terapia Cognitivo Comportamental e Amostra Total nos períodos pré e pós-intervenção.

PE = Psicoeducação; TCC = Terapia Cognitivo Comportamental; TP = Tratamento Padrão

Procurando comparar as medidas repetidas das variáveis numéricas entre os grupos (PE, TCC e TP) e entre as avaliações (pré e pós-intervenção), foi realizada a análise de variância (ANOVA), a qual se utiliza para determinar se há diferenças significativas entre os grupos. Para tanto, as variáveis foram transformadas em postos (ranks) nas análises devido à ausência da distribuição normal. Os dados mostraram que, entre os grupos e as avaliações, não houve diferença significativa nos sintomas de depressão e de mania. Contudo, a análise apontou que havia uma diferença importante entre o período de pré e pós-intervenção (teste de perfil por contraste) para o grupo da TCC ($p=0,019$) no que se referia as pontuações das crenças irracionais, apontando uma redução significativa. Estes resultados podem ser melhor observados graficamente nas figuras 5 e 6.

Figura 5 – Padrão de Crenças significativas antes e após a intervenção, comparando a amostra total e os grupos de Tratamento Padrão, da Psicoeducação e da Terapia Cognitivo Comportamental e Amostra Total

Figura 6 – Pontuação de crenças irracionais pré e pós-intervenção dos grupos da Psicoeducação, da Terapia Cognitivo Comportamental e do Tratamento Padrão

No que diz respeito ao desfecho clínico, procurou-se avaliar se durante o período entre as avaliações houve recaída por parte dos participantes, tanto no número de episódios, na sua duração, no tipo de episódio e no intervalo de tempo entre as recaídas.

Por meio da consulta dos prontuários médicos, verificou-se que no período da avaliação final, após 21 semanas, houve uma recaída de 12,50% no grupo do TP, sendo que nos grupos da PE e da TCC os participantes se mantiveram estáveis. No grupo do TP a ciclagem ocorreu para o episódio maníaco, com duração de 75 dias, mas esta diferença, por meio do teste exato de Fisher, não foi estatisticamente significativa em relação aos grupos da PE e da TCC (0,874).

Devido ao término do tempo para a apresentação do presente estudo, não foi possível continuar o acompanhamento longitudinal do grupo do TP. No entanto, este acompanhamento pode ser observado nos grupos da PE e da TCC nos períodos de pós-intervenção, três meses, seis meses e 12 meses. (Tab. 15).

Tabela 15 – Desfecho clínico quanto as recorrências do grupo da Psicoeducação e da Terapia Cognitivo Comportamental

	PE		TCC		Estatística
	N	%	N	%	p-valor ¹
Recorrência					
Pós-intervenção	-	-	-	-	p=1,000
Após 3 meses	-	-	-	-	p=1,000
Após 6 meses	2	40%	-	-	p=0,182
Após 12 meses	2	40%	1	16,7%	p=0,546

¹ Teste exato de Fisher

Na observação dos dados clínicos dos participantes por meio do prontuário médico, após três meses de acompanhamento do estudo pode-se observar que não

houve recaída de nenhum participante do grupo da PE e nem da TCC, tendo-se todos mantido estáveis.

De acordo com os prontuários médicos, na medida de desfecho aos seis meses houve uma recaída de 40% dos participantes do grupo da PE, sendo que no grupo da TCC todos se mantiveram estáveis. Os episódios apresentados foram os de mania e de depressão, com 50% cada um, com uma média de 62 dias de duração.

Na medida de desfecho aos 12 meses observou-se que houve uma recaída em ambos os grupos, com 40% no grupo da PE e de 16,7% no grupo da TCC. As recorrências foram para os episódios de mania (66,67%) e de depressão (33,33%), com uma média de 55 dias.

Observa-se que no grupo da PE houve mais recaídas do que no da TCC, e que este grupo se manteve estável por um maior período de tempo, no entanto, as diferenças não foram significativas.

6 DISCUSSÃO

As pesquisas com idosos são menos frequentes, por um lado devido às complicações clínicas que, em muitas ocasiões, tornam-se critérios de exclusão para os estudos, por outro, devido às dificuldades inerentes ao processo de envelhecimento. A fase inicial de busca dos participantes para a realização do presente estudo foi desafiadora, uma vez que se deparou com as dificuldades referidas.

Inicialmente identificou-se um bom número potencial de idosos bipolares para a pesquisa, mas muitos foram excluídos. Ao longo do período de seleção da amostra, surgiram muitos obstáculos para que os idosos aderissem ao estudo. Eles referiam dificuldade para se locomoverem sozinhos para o local do estudo, quer fosse por dependerem de um familiar, quer fosse por distúrbios osteomusculares que restringiam as suas saídas de casa ou, também, outros problemas clínicos que impediam a sua adesão ao estudo, como as idas sucessivas para as consultas com outros especialistas. Estes e outros problemas de saúde podem interferir significativamente na capacidade de autonomia e de independência do idoso, dificultando o seu consentimento em participar da pesquisa.

Outros aspectos relacionados à baixa adesão dos idosos ao estudo foram eles estarem passando por problemas familiares e não terem interesse ou disponibilidade. Além disto, também havia os que estavam residindo em instituições de longa permanência, o que inviabilizava sua ida para a participação dos grupos de intervenção semanalmente, caso fossem alocados para estes.

Entre os obstáculos que surgiram ainda na seleção da amostra, estava a dificuldade para localizar alguns idosos. Como o contato inicial era feito pelas

informações que constavam no prontuário médico, notou-se que muitos deles haviam mudado o telefone de contato, de residência e/ou de cidade, impossibilitando que fossem encontrados.

No que se refere ao tamanho da amostra, é importante mencionar que apesar da amostra dos idosos bipolares que aceitou participar da pesquisa ter sido reduzida, um número substancial destes foi contatado. Segundo Depp e Jeste (2004), há uma prevalência de 6% de idosos com o TB nas amostras ambulatoriais. No presente estudo, procurou-se, em um ambulatório de saúde mental para idosos, identificar os idosos bipolares em potencial. Nesse local verificou-se que havia uma prevalência do TB em 14,4% deles, e os que foram localizados foram convidados a participar do estudo.

No que diz respeito à caracterização da amostra, um dado relevante foi evidenciar que as amostras dos três grupos (PE, TCC e TP) foram equivalentes, não havendo diferenças significativas entre eles, exceto para as variáveis fumo e tratamento psicológico anterior. A equivalência da amostra foi um fator importante, pois permitiu inferir que os resultados observados estavam relacionados às variáveis do estudo e não devido a divergências entre os grupos estudados.

Na caracterização da amostra os dados observados foram similares aos mencionados na literatura sobre o assunto. Em um estudo de levantamento sobre as características sociodemográficas e clínicas dos idosos bipolares, Zung et al. (2009) os autores notaram resultados semelhantes aos do presente estudo, pois em ambas as pesquisas houve uma alta predominância de doenças crônicas como a hipertensão arterial, o hipotireoidismo e o *diabetes mellitus*. Quanto aos antecedentes psiquiátricos, verificou-se uma alta prevalência, cerca de 80%, entre os parentes de primeiro e de segundo grau, corroborando os resultados de Zung et

al. (2009), o que demonstra que há uma forte associação entre o padrão familiar e o TB.

No que diz respeito aos hábitos de saúde, observou-se que quase metade dos idosos bipolares realizava algum tipo de atividade física e um menor percentual (30,8%) participava de atividades sociais. Estes aspectos talvez possam ser um reflexo dos prejuízos psicossociais decorrentes do progresso da doença (Vornik & Hirschfeld, 2005), e pelos aspectos relacionados ao próprio processo de envelhecimento. Quase metade da amostra mantinha o hábito de fumar, no entanto, esta variável teve uma diferença significativa ($p=0,004$) na comparação entre os grupos estudados (PE, TCC e TP). Embora a ausência de equivalência da amostra fosse observada quanto a esta variável, não se descobriu na literatura sobre o assunto dados relacionando o hábito de fumar com o TB, pelo que se acredita que esta variável não trouxe informações adicionais para o presente estudo.

Quanto aos hábitos de saúde, os dados mostraram que alguns participantes faziam uso de bebidas alcoólicas (11,5%), o que pode se tornar um fator de risco para as recaídas (Basco & Rush, 2007; Colom & Vieta, 2006). A associação da medicação psicotrópica com o álcool pode interferir no efeito terapêutico da mesma e, em certo grau, favorecer o início de um novo ciclo do humor. Os estudos indicam que há uma alta comorbidade de dependência de drogas nos indivíduos bipolares, embora seja menos comum em idosos do que em jovens (Depp & Jeste, 2004).

As características clínicas dos participantes mostraram uma realidade comum entre os bipolares, a existência de um alto padrão de recorrências e de internações. No presente estudo, a média de idade para o início do TB nos idosos foi de 44 anos, com aproximadamente 22 anos de curso da doença, tendo 88,5% já passado por alguma internação ao longo da vida, com uma média de quatro internações e 10

episódios. Os dados observados neste estudo diferiram um pouco dos que constam na literatura sobre o assunto, pois no estudo de Zung et al. (2009), os resultados apontaram uma maior gravidade dos casos, uma vez que a idade para o início da doença foi menor, cerca de 40 anos, com um curso do transtorno mais longo, uma média de 28 anos, com um menor índice de idosos internados anteriormente (75,%), mas com uma média de episódios maior ao longo da vida, aproximadamente 21 episódios de alteração do humor.

Acredita-se que parte da divergência observada no presente estudo quando se compara com a literatura pode ter sido devido ao método como os dados foram coletados na pesquisa. A entrevista inicial para coleta dos dados foi realizada, geralmente, com o próprio idoso, o qual em muitas ocasiões, não sabia dar informações sobre o curso da doença. Estes esquecimentos podem estar relacionados ao processo de envelhecimento e devido ao curso crônico da doença. Muitas informações não puderam ser confirmadas junto aos prontuários médicos.

Prejuízos cognitivos foram encontrados. Os estudos que avaliaram as alterações neuropsicológicas nos indivíduos bipolares mostraram que havia prejuízo cognitivo, mais especificamente nas funções executivas (Kessing, 1998; Malhi et al., 2004; Rocca & Lafer, 2006). Há uma forte correlação entre os déficits cognitivos e o número de episódios ou de internações prévias (Rocca & Lafer, 2006), o que pode contribuir para uma piora no funcionamento do indivíduo.

Quanto à natureza do primeiro episódio, os resultados obtidos estiveram de acordo com o que foi percebido por Zung et al. (2009). Os autores propuseram que a natureza do primeiro episódio poderia indicar uma maior prevalência de episódios da mesma polaridade (Zung et al., 2009). O presente estudo mostrou que para a

maioria dos participantes o primeiro episódio foi maníaco e que, subsequentemente, houve uma maior prevalência deste mesmo episódio.

As características clínicas dos idosos bipolares foram equivalentes entre os grupos estudados, uma vez que não foram observadas diferenças significativas. Contudo, na variável relativa ao tratamento psicológico anterior houve uma diferença significativa entre os grupos ($p=0,023$), embora fosse menos frequente no grupo do TP. Possivelmente este é um dado relevante quando se estudam os benefícios das intervenções psicossociais, como foi o caso na presente pesquisa. No entanto, não foram notadas diferenças significativas entre os grupos na avaliação inicial, o que sugere que as amostras eram equivalentes no início do estudo.

Pode-se perceber que os idosos bipolares nesta pesquisa, de um modo geral, não diferiram muito do que tem sido observado em outros estudos quanto as características sociodemográficas e histórico clínico.

No início do estudo, os idosos foram avaliados para se obter a linha de base dos mesmos. Na amostra total pode-se observar que o índice de estresse estava em torno de 34%. Em uma pesquisa que visou comparar a incidência de estresse e a QV em três grupos de idosos diversos, percebeu-se uma incidência de 45% de estresse na amostra total, 40% em idosos da Universidade Aberta à Terceira Idade, 55% em Instituições de Longa Permanência e 25% em um Grupo de Religiosos Católicos (Alves, 2008). Embora a amostra deste estudo fosse diferente dos idosos bipolares devido à presença de uma doença crônica e recorrente, a incidência de estresse observada foi, de modo geral, inferior ao estudo de Alves (2008).

O elevado índice de estresse nos indivíduos bipolares é um dado importante, uma vez que ele está relacionado com a presença dos eventos estressores que, quando associados aos conflitos familiares, sociais e ocupacionais, principalmente

quando há baixa adesão à medicação, pode levar à ocorrência de novos episódios (Machado-Vieira et al., 2004). Por outro lado, os novos episódios de alteração do humor podem levar o indivíduo a eventos psicossociais estressantes, agravando ainda mais o seu quadro clínico (Andrade & Lotufo Neto, 2003). Portanto, o estresse tem uma influência importante no curso do TB.

Alguns estudos referem que a recorrência dos episódios conduziria o bipolar a um processo de sensibilização neuronal, a qual leva a uma redução continuada do limiar e ao desencadeamento de novas crises, sugerindo alterações de expressão gênica e de segundos mensageiros (Frey et al., 2004). Estudos como o de Hlastala et al. (2000) sugerem a necessidade de novos estudos que investiguem o modelo *Kindling* e a relação entre o estresse, a idade e o início do episódio. Para estes autores o próprio envelhecimento pode alterar fatores como o suporte social, as estratégias de enfrentamento e de solução de problemas e, conseqüentemente, o modo como os idosos vivenciam os eventos estressores, levando a uma maior probabilidade de recaídas e de recorrências, mas não necessariamente devido à maior reatividade neurobiológica aos eventos estressores.

No que diz respeito à QV dos participantes, observou-se que, de um modo geral, houve um alto percentual de fracasso em todos os quadrantes. As áreas mais afetadas foram profissional, com um fracasso de 61,5%, e a da saúde com 96,1%.

Torna-se importante mencionar que a área profissional foi difícil de ser avaliada, uma vez que a maior parte dos participantes estava aposentada (87%) e não desenvolvia qualquer atividade. Embora esta área pudesse ser avaliada, de um modo geral, por meio das tarefas do seu cotidiano – como no caso das mulheres, com o trabalho de cuidar da casa – muitos referiram não se sentirem dispostos a realizar um mínimo de atividades. Os participantes mencionaram que não se

sentiam bem com o fato de terem perdido o seu emprego em diversos momentos ao longo da vida, por terem sido aposentados precocemente por não conseguirem mais desenvolver as atividades ou ainda, devido à dificuldade para conseguirem novas colocações profissionais devido à sua doença. Em um estudo recente, ao se investigar a carga global dos transtornos mentais em 28 países, concluiu-se que o TB era uma doença grave que podia trazer sérios prejuízos para o funcionamento dos indivíduos (Kessler et al., 2009).

O alto nível de fracasso na área da saúde da QV, talvez possa estar relacionado ao fato dos participantes possuírem um transtorno mental há um longo tempo e, associado a isto, as doenças crônicas decorrentes do processo de envelhecimento, como se observou na caracterização da amostra.

Resultados semelhantes foram percebidos na amostra total do estudo realizado por Alves (2008), em que a QV na área profissional atingiu fracassou para 100% dos idosos e para 90% na área da saúde.

Em uma pesquisa que procurou investigar o desempenho cognitivo e a QV nos bipolares em comparação com controles saudáveis, os autores observaram que houve uma pontuação menor na QV em todos os domínios nos bipolares. Este prejuízo na QV foi correlacionado a um pior desempenho cognitivo (Brissos et al., 2008). Embora esta pesquisa não tenha sido realizada com idosos, percebeu-se que o desempenho cognitivo podia influenciar na qualidade de vida dos bipolares, pelo que os autores sugeriram intervenções dirigidas à reabilitação cognitiva destes, para auxiliar na melhora da QV.

Também na avaliação inicial, a maioria dos participantes teve um padrão de crenças irracionais significativo, pois três ou mais crenças foram pontuadas. Isto indicou que os participantes, de modo geral, possuíam uma tendência para

interpretar as situações e responder a elas de uma forma distorcida, o que poderia contribuir para o agravamento do seu quadro clínico e para uma maior probabilidade de recaída (Basco & Rush, 2007). De acordo com Ellis (1962), este padrão de crenças irracionais, fortemente inflexível, leva o indivíduo ao desenvolvimento de distúrbios emocionais.

Quanto ao número de crenças pontuadas, notou-se uma média alta na amostra total (5,8%). Assim, quanto maior o número de crenças pontuadas, mais irracional o seu funcionamento emocional, levando a um comprometimento na sua adaptação (Yoshida & Colugnati, 2002).

A média das pontuações dos sintomas de depressão (5,4) e de mania (2,6) esteve dentro do esperado para a inclusão no estudo. Contudo, é importante mencionar que as amostras dos três grupos (PE, TCC e TP) foram equivalentes em todas as medidas clínicas avaliadas (estresse, QV, crenças irracionais, sintomas de depressão e sintomas de mania), ainda que na caracterização da amostra se observasse que o grupo do TP tinha um percentual significativamente menor de tratamento psicológico anterior, as amostras no início do presente estudo foram clinicamente similares. Acredita-se, portanto, que esta foi uma variável relevante, mas não se sabe de qual forma, e nem como, ela possa ter interferido nos resultados da linha de base dos participantes nesta pesquisa.

Entre a avaliação inicial e a final houve uma perda de 34,62% dos participantes, a maioria (67%) por ter vivenciado problemas de saúde entre a avaliação inicial e a intervenção propriamente dita. Apenas um participante (11%) desistiu na metade da intervenção no grupo da PE. No grupo da TCC não houve nenhuma desistência após o início da intervenção. Já no grupo do TP houve 22,2% de desistências entre a avaliação inicial e a final. O índice de abandono foi superior

ao referido na literatura, a qual menciona que a média de desistências para as intervenções grupais é de 25% (Colom & Vieta, 2006). Este maior índice no presente estudo talvez esteja relacionado ao fato de este ter sido relativamente longo e, como foi realizado com idosos, aumenta a probabilidade de haver uma maior dificuldade de locomoção para participar dos grupos, assim como um possível aumento dos problemas de saúde. De um modo geral, observou-se que houve uma boa adesão dos participantes às intervenções grupais, uma vez que após o início das mesmas a desistência foi mínima.

Na avaliação dos participantes no período pós-intervenção foram observados alguns dados interessantes. Nas variáveis categóricas (estresse, QV e padrão significativo de crenças irracionais) ao se comparar os grupos, não foram notadas diferenças significativas. Ao se observarem as pontuações relacionadas aos sintomas de depressão, aos sintomas de mania e as crenças irracionais, percebeu-se que, na amostra total, houve uma redução significativa ($p=0,034$) nos sintomas de mania para o grupo da TCC. Já no grupo da PE houve uma redução menor e no grupo do TP um aumento na média da pontuação dos sintomas de mania. Isto demonstrou que a intervenção da TCC auxiliou os participantes a adquirirem um maior controle sobre os sintomas da doença, quer pelo reconhecimento precoce dos sintomas quer pela maior adesão ao tratamento (Basco & Rush, 2007). Este fato proporcionou uma diminuição significativa nos sintomas de mania dos idosos bipolares em relação aos demais grupos do estudo. Embora este dado seja importante, quando se comparam os valores entre os grupos, nota-se que esta diferença significativa em relação aos sintomas de mania do período pré e pós-intervenção no grupo da TCC não aparece. Talvez isto tenha ocorrido devido à amostra ter sido reduzida, o que dificultou perceber mudanças significativas.

Na análise comparativa entre as avaliações pré e pós-intervenção do grupo da PE, não se observaram diferenças significativas entre as variáveis de estresse, QV e padrão de crenças irracionais, assim como nas pontuações dos sintomas de mania, de depressão e de crenças. Na avaliação final do grupo da PE, observou-se uma discreta piora no nível de estresse, com prejuízo para quase todas as áreas da qualidade de vida. O padrão de crenças irracionais permaneceu inalterado ao final desta intervenção. Quanto aos sintomas maníacos houve uma discreta diminuição, enquanto que os depressivos tiveram um aumento.

Como os participantes estavam eutímicos ou em remissão parcial, acreditava-se não ocorressem mudanças significativas nos sintomas maníacos ou depressivos, uma vez que estes não estavam com pontuações elevadas. Quanto ao padrão de crenças, também não era esperada uma alteração importante no grupo da PE, uma vez que o programa psicoeducacional não prevê trabalhar com as crenças irracionais do paciente, mas dar informações sobre o transtorno e ensiná-lo a adquirir um maior controle sobre as alterações do humor.

A intervenção na TCC realizou-se em 21 semanas, diferente da média de 15 sessões referida em alguns estudos (Gomes, 2010; González-Isasi, 2010; Lam et al., 2003). Esta mudança no período de tempo foi baseada na recomendação para o protocolo de tratamento para os bipolares de Basco e Rush (2007), bem como por se perceber que esta é uma população que necessita de um período maior para absorver as informações e estabelecer novas aprendizagens. Tendo em vista esta necessidade do idoso, o período de intervenção da TCC foi ampliado para 21 sessões, mantendo o mesmo período de intervenção que o grupo da PE (Colom & Vieta, 2006).

No grupo da TCC, ao se realizar a análise comparativa entre as avaliações pré e pós-intervenção, percebeu-se uma sensível piora no nível de estresse e na QV na área profissional, embora, esta diferença não tenha sido significativa. A QV nas áreas social e afetiva permaneceu inalterada. Já na área da saúde houve uma melhora dos participantes, com um índice de sucesso de 50%, apesar desta mudança não ter sido estatisticamente significativa. Um dado significativo observado foi a redução no padrão de crenças irracionais dos participantes ($p=0,046$). O que indica, possivelmente, que eles aprenderam a identificar e a corrigir o seu padrão irracional de pensamento e, com isto, eles tenham um menor padrão de crenças que os levem a reagir proporcionalmente às situações, assim como a manterem repertórios mais adequados.

O foco da intervenção na TCC direciona-se a trabalhar não apenas o reconhecimento dos sintomas da doença e os sinais pré-prodrômicos, mas principalmente a controlá-los. Além disto, tem-se um trabalho extensivo para as distorções cognitivas, fator que pode influenciar o modo como o indivíduo lida com os eventos estressores, o que o pode levar às recaídas. Mesmo diante da redução no padrão de crenças irracionais, não foi observado melhora no nível de estresse.

No grupo do TP, observando-se a análise comparativa entre as avaliações pré e pós-intervenção, não houve diferenças significativas entre as variáveis do estresse, da QV e do padrão das crenças irracionais. No entanto, os resultados mostraram que houve um aumento no índice de estresse e uma piora no padrão de crenças irracionais, nos sintomas de depressão, de mania e na pontuação das crenças. A QV na área profissional e da saúde teve uma pequena melhora. Estes dados apontam que, de modo geral, houve uma piora no grupo do TP, mesmo mantendo-se o tratamento farmacológico convencional recomendado. Com isto,

salienta-se a importância dos bipolares aprenderem a reconhecer precocemente as alterações do humor e a gerenciá-las, diminuindo o risco das recorrências.

Na análise comparativa entre as avaliações pré e pós-intervenção da amostra total, observaram-se algumas diferenças significativas no que diz respeito à variável estresse e à QV. O índice de estresse teve um aumento significativo ($p=0,014$), assim como a QV na área da saúde melhorou ($p=0,046$), em que atingiram o sucesso 23,5% dos participantes. O padrão de crenças diminuiu, mas esta mudança não foi significativa. O comprometimento no nível de estresse e na QV mostra a necessidade da realização de novos estudos que investiguem a incidência do estresse e dos eventos estressores em idosos bipolares e a sua relação com o processo da doença, antes e após a intervenção, pois por meio desses estudos, seria possível identificar se a melhora no padrão de crenças irracionais contribui para a redução dos eventos estressores.

Ao se observar o aumento no índice de estresse nos grupos da PE e da TCC, acreditou-se que isto poderia estar relacionado a um maior número de situações com que os participantes estavam se deparando e aprendendo a gerenciar, como a aceitarem a doença com um padrão crônico e recorrente, aprenderem a reconhecer as alterações do humor e os sinais pré-prodrômicos, além de se defrontarem com os prejuízos decorrentes do processo da doença ao longo da vida. No entanto, esta hipótese inicial foi refutada, uma vez que no grupo do TP também foi evidenciado um aumento no índice de estresse. Estes resultados levaram a uma segunda hipótese, a de que o fator intervenção não interferiu na piora do nível de estresse dos participantes. Possivelmente, estas hipóteses sugerem a necessidade de se incluir nos protocolos de tratamento estratégias mais direcionadas para o gerenciamento do estresse.

No protocolo de tratamento da PE, há apenas uma sessão em que o estresse é mencionado. Na tabela 5 pode-se ver o planejamento resumido desta intervenção. Na sessão 19, o objetivo foi apresentar aos participantes o conceito de estresse e de estímulos estressores, fossem eles positivos ou negativos, discutindo a presença de possíveis dificuldades e ou fatores que pudessem interferir no seu funcionamento. Sugere-se como estratégia específica o exercício da respiração diafragmática, a qual é muito útil no controle da ansiedade e das situações estressoras e que consiste em modificações cardiorrespiratórias que propiciam um maior controle parassimpático (Vera & Vila, 1996).

Também no tratamento do grupo com a PE foi ensinado o modelo teórico da técnica de Solução de Problemas em um único encontro. No entanto, como o enfoque desse grupo era o de educar os participantes, não estava previsto desenvolver a habilidade para solucionar os problemas. Esta técnica visa descobrir uma solução eficaz para uma situação-problema específica. Sua aplicabilidade também é indicada para os indivíduos com transtornos psiquiátricos (Nezu & Nezu, 1996).

No protocolo do tratamento com a TCC, descrito resumidamente na tabela 6, nas sessões 14 e 15 procurou-se esclarecer acerca da influência dos problemas psicossociais nas recorrências do TB, sensibilizando-os quanto à importância de se aperceberem e de identificarem os eventos estressores, para que sejam modificados. Também nestes encontros foi possível avaliar as habilidades de enfrentamento que os participantes possuíam, propiciando estabelecer uma rede de suporte e de cuidados com que eles pudessem contar, além de identificar quais os déficits de repertório que poderiam existir, como, por exemplo, a dificuldade para ser assertivo com um familiar ou com um amigo. Desenvolveu-se, em conjunto, o

Relaxamento Progressivo de Jacobson (Vera & Vila, 1996) e trabalhou-se com a técnica para a Solução de Problemas (Nezu & Nezu, 1996), sendo que até o fim do programa propiciou-se a possibilidade dos participantes relatarem, nos encontros grupais, quais os problemas específicos que vivenciavam, sendo que a técnica foi desenvolvida em conjunto com eles. Com isto, eles não apenas foram informados sobre o procedimento, mas também passaram a desenvolver a habilidade para descobrir soluções eficazes diante das situações-problema.

O Relaxamento Progressivo de Jacobson, por meio de exercícios de tensão e distensão, proporciona a aprendizagem da discriminação perceptiva dos estímulos de tensão e de relaxamento (Vera & Vila, 1996).

Ambos os protocolos de intervenção se referem aos eventos estressores e, de algum modo, trabalham estratégias específicas para o gerenciamento do estresse, embora se note que na intervenção com a TCC haja um enfoque maior nesta questão. Contudo, diante do aumento do nível de estresse dos participantes, levanta-se a necessidade de aprimorar o protocolo da TCC, uma vez que este mostrou alguns resultados significativos de melhora, quando comparado com o grupo da PE.

No protocolo da TCC podem-se incluir mais algumas sessões direcionadas especificamente para o controle do estresse. Conforme mencionado na literatura, o gerenciamento do estresse deve incluir não apenas a redução dos eventos estressores, mas o fortalecimento dos pilares para o gerenciamento do estresse, como um maior enfoque ao relaxamento, o incentivo à prática de atividades físicas regulares e uma dieta saudável e rica em nutrientes, que contribuam para o controle do estresse (Lipp, Malagris & Novais, 2007).

Outro pilar importante é a modificação dos aspectos emocionais e cognitivos, como as fontes internas de estresse. Estas podem ser caracterizadas por, entre outras, um padrão de comportamento baseado na premência do tempo e da alta competitividade (Silva & Oliveira, 2009), um baixo nível de assertividade, um alto perfeccionismo, com um padrão de crenças irracionais, rígidas e difíceis de serem alcançadas, sintomas de ansiedade e de depressão e a raiva (Lipp, 2004; Lipp, 2005; Lipp, 2009a).

O relaxamento tem sido muito recomendado para o controle do estresse, pois ele é uma resposta antagônica a este, que pode vir a ser aprendida, tornando-se um importante recurso pessoal para os efeitos negativos do estresse (Vera & Vila, 1996).

No que diz respeito à melhora da QV na área da saúde, esta foi maior no grupo da TCC do que no grupo do TP. No grupo da PE não houve melhora. Estes resultados mostraram que a intervenção com a TCC contribuiu para a melhora da QV na área da saúde. Talvez isto tenha ocorrido, porque no protocolo de tratamento foram desenvolvidos alguns tópicos relacionados à regularidade de hábitos como a melhora do padrão de sono e da alimentação, os cuidados com a saúde e a adesão ao tratamento. Embora o enfoque na regularidade de hábitos seja apenas uma hipótese, tendo em vista que não houve uma diferença significativa na análise comparativa do grupo da TCC entre os períodos pré e pós-intervenção, essa melhora na qualidade de vida na área da saúde foi mencionada no estudo de González-Isasi et al. (2010) após a intervenção com a TCC.

Outro aspecto fundamental no presente estudo foram as medidas do desfecho clínico, que se caracterizaram pela estabilidade da doença mantida ao longo do tempo. As intervenções psicossociais são terapêuticas coadjuvantes ao

tratamento farmacológico padrão, cujo objetivo é aumentar a adesão dos bipolares ao tratamento, prevenir as novas recorrências, reduzir o prejuízo associado à doença e ensinar estratégias para que eles enfrentem os problemas e a doença (Gomes, 2010).

Os resultados mostraram que, ao final das 21 semanas, os grupos da PE e da TCC não tiveram recaída, mas no grupo do TP esta foi de 12,5%, embora esta diferença não tenha sido significativa. Devido ao término do presente estudo, não foi possível acompanhar as medidas do desfecho clínico para o grupo do TP ao longo do tempo, sendo apenas possível o acompanhamento longitudinal do grupo da PE e da TCC por um período de 12 meses.

No acompanhamento longitudinal após três meses, os grupos da PE e da TCC não haviam sofrido recaída. No entanto, aos seis e aos 12 meses, 40% da amostra do grupo da PE recaíram, enquanto que o grupo da TCC teve a sua primeira recaída aos 12 meses para apenas 16,7% da amostra.

Embora se tenha observado que no grupo da PE houve mais recaídas do que no grupo da TCC, este manteve-se estável por um período de tempo maior, entretanto, estas diferenças não tenham sido significativas.

Os resultados observados no grupo da PE corroboraram com os mencionados na literatura sobre o assunto, nas quais se procura ensinar ao indivíduo a como identificar, monitorar e controlar os sintomas, evitando as recaídas. Em um estudo conduzido com indivíduos bipolares no qual se aplicou a intervenção psicoeducacional pelo mesmo período (21 semanas), observou-se que esta abordagem psicossocial em grupo proporcionou maior período sem recorrências e um menor número de episódios, resultados que foram mantidos por um seguimento de cinco anos (Colom et al., 2003; Colom et al., 2009). Contudo, no presente

estudo, os participantes permaneceram eutímicos durante o período de intervenção e três meses após. Embora se considere que, comparando com o grupo do TP o período para a recorrência foi maior, os dados não foram estatisticamente significativos.

Acredita-se que a intervenção com a PE, embora tivesse resultados importantes no que dizia respeito à maior conscientização da doença, proporcionando uma maior adesão ao tratamento (inicialmente), não reduziu o período de recorrência em relação ao grupo da TCC. Qualitativamente, notou-se que, na avaliação dos sintomas de mania, no momento pós-intervenção, o item *insigh* – que se avalia a crítica que o indivíduo possui sobre a doença – deixou de ser pontuado por qualquer participante, demonstrando que parte dos objetivos propostos com a PE fora atingida, como o educar o paciente quanto à doença e ao curso do transtorno.

Também no que se refere ao desfecho clínico, percebeu-se que o grupo da TCC foi o último que teve recaídas, o que sugere que o período para a recorrência seja maior em relação demais, embora, sem significância estatística. Acredita-se que, em futuros estudos, devam ser inseridas amostras maiores, pois um número mais representativo de participantes possibilitaria serem observados resultados mais conclusivos.

Os resultados do presente estudo corroboram as pesquisas experimentais já realizadas com a adição da TCC para o tratamento dos adultos bipolares (Gonzalez-Isasi et al., 2010; Lam et al, 2003), em que a TCC contribuiu para a redução da duração de cada episódio e nas taxas de recaída, propiciando uma melhora no funcionamento global do indivíduo.

Ao se observar os dados mostrados e discutidos até o momento, deve-se levar em consideração o caráter crônico e recorrente do TB, assim como a população estudada, os idosos bipolares, com mais de 20 anos de curso da doença, com episódios de alteração do humor cada vez mais frequentes e com prejuízo no funcionamento global (Judd et al., 2002).

A comparação entre as intervenções da PE com a TCC foi realizada por Zaretsky et al. (2008), em que se comparou um grupo de indivíduos bipolares que receberam apenas sessões com a PE, com outro grupo que recebeu sessões da TCC após a intervenção com a PE. Os autores observaram que, o grupo que se beneficiou das duas intervenções em conjunto, obteve melhores resultados no que se refere à redução das recaídas. Como não foram localizados estudos que tenham comparado os resultados da PE e da TCC, por um mesmo período de tempo, em um mesmo experimento, os resultados do presente estudo propiciou achados importantes, os quais trazem a necessidade de novas pesquisas, com desenho longitudinal e com amostras mais representativas, para que se consiga uma maior generalização dos resultados.

Os resultados mostraram a necessidade de reavaliar a possibilidade de adaptação do protocolo de tratamento com a TCC, com um maior período de tempo dedicado ao controle do estresse e com a introdução de técnicas específicas de gerenciamento do estresse, além de buscar padronizar a sua replicação com os idosos. Também é necessária a realização de novas pesquisas para avaliar a contribuição da TCC como coadjuvante no tratamento dos idosos bipolares, em estudos longitudinais e com amostras mais representativas. No momento desta pesquisa foi realizada, não foram encontrados outros estudos experimentais com idosos bipolares, o que dificultou a comparação dos resultados.

Entre as limitações do presente estudo pode-se considerar o fato da amostra ter sido reduzida, pois houve uma grande dificuldade para se conseguir participantes idosos bipolares, mesmo em uma instituição de Saúde Mental. Uma outra limitação importante foi o curto período de seguimento do grupo do TP, apenas 21 semanas, o que dificultou a correlação adequada das medidas de desfecho clínico entre os grupos estudados (PE, TCC e TP), não possibilitando a generalização dos dados encontrados. Um último aspecto limitador importante foi a distribuição da amostra no estudo por conveniência, procurando reduzir perdas ocasionais.

Em face das limitações discutidas é importante e necessária a realização de estudos controlados e de distribuição aleatória, incluindo a intervenção da TCC como coadjuvante no tratamento de idosos bipolares. Estes estudos são essenciais para que se possa refletir sobre as estratégias de intervenção que são mais eficazes e duradouras, reduzindo os riscos aos quais muitos idosos se submetem diante das alterações do humor, bem como o prejuízo do seu funcionamento global. Pensa-se que estudos envolvendo os idosos, mais especificamente os bipolares, possam contribuir para reduzir as internações, os custos hospitalares públicos e criar condições para um envelhecimento mais saudável.

7 CONCLUSÕES

Os resultados demonstraram que a adição da TCC e da PE, quando comparado com o Tratamento Padrão, contribuíram para uma maior estabilidade da doença, proporcionando aos idosos bipolares um maior período em eutímia. No entanto, no estudo comparativo entre as avaliações, notou-se que a TCC foi a intervenção em que os bipolares permaneceram um maior período em eutímia no seguimento longitudinal.

Entre as duas intervenções que foram comparadas ao TP dos bipolares, a TCC foi a que mostrou os melhores resultados, pois reduziu os sintomas de depressão e melhorou a qualidade de vida na área da saúde. Também quando comparado ao grupo da PE e da TP, a TCC apresentou resultados mais consistentes e estatisticamente significativos no que diz respeito à redução dos sintomas de mania e no padrão de crenças irracionais. Estes dados sugeriram para resultados superiores na intervenção com a TCC.

No presente estudo sobressaiu o aumento no nível de estresse ao longo do tempo, tanto nos grupos de intervenção (TCC e PE), quanto no grupo do TP, o que sugere que as adições das intervenções não contribuíram para o gerenciamento do estresse. Isto suscita novas preocupações no que diz respeito ao curso da doença, pois um nível de estresse elevado pode indicar uma dificuldade dos participantes em lidar com os eventos estressores, podendo levar a novas recaídas e recorrências.

Este fato traz à luz a importância de se repensar o protocolo para o tratamento dos idosos bipolares, levantando-se a necessidade de incluir na intervenção da TCC algumas sessões mais direcionadas ao controle do estresse. Talvez esta adaptação no protocolo de tratamento da TCC possa auxiliar os idosos a

conseguirem gerenciar melhor as situações estressoras e, deste modo, reduzir o risco de novas recaídas.

De um modo geral, notou-se que a TCC trouxe mais benefícios para o tratamento dos idosos bipolares, quando comparada à PE e ao TP.

Deve-se considerar com cuidado os resultados obtidos, pois devido ao tamanho da amostra e à falta de distribuição aleatória dos participantes no estudo, os mesmos não permitem maiores generalizações. De acordo com o que foi observado, os resultados apontam para a necessidade de novas pesquisas que contemplem estudos controlados, longitudinais, com um número mais representativo de participantes e de distribuição aleatória, o que possibilitaria uma maior generalização dos resultados.

8 REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association [APA]. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM IVTR*. 4 ed., Washington, DC, American Psychiatric Press.
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57(2-B), 421-426.
- Alves, V. C. P. (2008). *Stress e qualidade de vida em grupo de idosos: análise e comparação*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, Campinas-SP.
- Andrade, A. C. F. (1999). A abordagem psicoeducacional no tratamento do transtorno afetivo bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(6), 303-308.
- Andrade, A. C. F., & Lotufo Neto, F. (2003). Stress e transtorno bipolar. In M. E. N. Lipp (Org.). *Mecanismos neurofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas* (pp. 155-160). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Areias, G. L., & Lipp, M. E. N. (2008). Comparação do nível de stress entre idosos que moram com a família e aqueles que vivem em casa de repouso. *Anais do XIII Encontro de Iniciação Científica da PUC-Campinas* (21 e 22 /dez.). Campinas: PUC.
- Ball, J. R., Mitchell, P. B., Corry, J. C., Skillecorn, A., Smith, M., & Malhi, G. S. (2006). A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder: Focus on long-term change. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(2), 277-286.
- Barrett, S. L., Kelly, C., Bell, R., & King, D. J. (2008). Gender influences the detection of spatial working memory deficits in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 10(5), 647-654.
- Basco, M. R., & Rush, A. J. (2007). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder* (2nd ed.). New York/London: The Guilford Press.
- Berk, M., Conus, P., Kapczinski, F., Andreazza, A. C., Yücel, M., Wood, S. J., Pantelis, C., Malhi, G. S., Dodd, S., Bechdolf, A., Amminger, G. P., Hickie, I. B., & McGorry, P. D. (2010). From neuroprogression to neuroprotection: implications for clinical care. *The Medical Journal of Australia*, 193(4), S36–S40.
- Bernhard, B., Schaub, A., Kümmler, P., Dittmann, S., Severus, E., Seemüller, F., Born, C., Forsthoef, A., Licht, R., & Grunze, H. (2006). Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *European Psychiatry*, 21(2), 81–86.

- Brissos, S., Dias V. V., & Kapczinski, F. (2008). Cognitive performance and quality of life in bipolar disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(8), 517–524.
- Burt, T., Prudic, J., Peyser, S., Clark, J., & Sachem, H. A. (2000). Learning and memory in bipolar and unipolar major depression: effects of aging. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology*, 13(4), 246-253.
- Cacilhas, A. A., Magalhães, P. V. S., Ceresér, K. M., Walz, J. C., Weyne, F., Rosa, A. R., Vieta, E., & Kapczinski, F. (2009). Bipolar disorder and age-related functional impairment. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(4), 354-357.
- Camarano, A. A. (2002). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Néri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni, & S. M. Rocha. (Orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 58-71). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Chaimowicz, F. (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, 31(2), 184-200.
- Chaves, O. C., Lombardo, L. E., Bearden, C. E., Woolsey, M. D., Martinez, D. A., Barrett, J. A., Miller, A. L., Velligan, D. I., & Glahn, D. C. (2011). Association of clinical symptoms and neurocognitive performance in bipolar disorder: a longitudinal study. *Bipolar Disorders*, 13(1), 118–123.
- Chen, C. H., Lennox, B., Jacob, R., Calder, A., Lupson, V., Bisbrown-Chippendale, R., Suckling, J., & Bullmore, E. (2006). Explicit and Implicit Facial Affect Recognition in Manic and Depressed States of Bipolar Disorder: A Functional Magnetic Resonance Imaging Study. *Biological Psychiatry*, 59(1), 31–39.
- Colom, F., & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. New York-USA, Cambridge University Press.
- Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., Torrent, C., Gomes, M., Corbella, B., Parramon, G., & Corominas, J. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60(4), 402-407.
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., & Martínez-Arán, A. (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 260-265.
- Conover, W. J. (1971). *Practical nonparametric statistics*. New York: John Wiley & Sons.
- Conover, W. J., & Iman, R. L. (1981). Rank transformations as a bridge between parametric and nonparametric statistics. *The American Statistician*, 35(3), 124-129.

- Costa, A. M. N. (2008). Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(3), 104-110.
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2004). Bipolar disorder in older adults: a critical review. *Bipolar Disorders*, 6(5), 343-367.
- Dubovsky, S. L., Murphy, J., Thomas, M., & Rademacher, J. (1992). Abnormal intracellular calcium ion concentration in platelets and lymphocytes of bipolar patients. *American Journal of Psychiatry*, 149(1), 118-120.
- El Khoury, A. E., Petterson, U., Kallner, G., Aberg-Wistedt, A., & Stain-Malmgren, R. (2002). Calcium homeostasis in long-term lithium-treated women with bipolar affective disorder. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 26(6), 1063-1069.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart/Citadel.
- Evans, C. (2007). Cognitive-behavioural therapy with older people. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(2), 111-118.
- Falcão, D. V. S., & Carvalho, I. S. (2010). Idosos e saúde mental: demandas e desafios. In D. V. S. Falcão, & L. F. Araújo. *Idosos e Saúde Mental* (pp. 11-31). Campinas: Papirus.
- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons.
- Fountoulakis, K. N., & Vieta, E. (2008). Treatment of bipolar disorder: a systematic review of available data and clinical perspectives. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 11(7), 999-1029.
- Frey, B. N., Fonseca, M. M. R., Machado-Vieira, R., Soares, J. C., & Kapczinski, F. (2004). Anormalidades neuropatológicas e neuroquímicas no transtorno afetivo bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 180-188.
- Friedman, E., Wang, H. Y., Levinson, D., Connell, T. A., & Singh, H. (1993). Altered platelet protein kinase C activity in bipolar affective disorder, manic episode. *Biological Psychiatry*, 33(7), 520-525.
- Gallagher-Thompson, D.; Steffen, A.M., & Thompson, L.W. (2008). *Behavioral and cognitive therapies with older adults*. New York: Springer.
- Gomes, B. C. (2010). *Estudo controlado de terapia comportamental em grupo no tratamento de pacientes com transtorno bipolar*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – Programa de Psiquiatria. São Paulo.
- González-Isasi, A., Echeburúa, E., Mosquera, F., Ibáñez, B., Aizpuru, F., & González-Pinto, A. (2010). Long-term efficacy of a psychological intervention

- program for patients with refractory bipolar disorder: A pilot study. *Psychiatry Research*, 176(2-3), 161–165.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). *Maniac-Depressive Illness: Bipolar disorders and recurrent depression* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Gucht, E. V., Morriss, R., Lancaster, G., Kinderman, P., & Bentall, R. P. (2009). Psychological processes in bipolar affective disorder: negative cognitive style and reward processing. *The British Journal of Psychiatry*, 194(2), 146–151.
- Haldane, M., & Frangou, S. (2005). Maudsley Bipolar Disorder Project: insights sobre o papel do córtex pré-frontal em pacientes com transtorno de humor bipolar tipo I. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(3), 241-250.
- Hilty, D. M., Brady, K. T., & Hales, R. E. (1999). A review of bipolar disorder among adults. *Psychiatric Services*, 50(2), 201-213.
- Hlastala, S. A., Frank, E., Kowalski, J., Sherrill, J. T., Tu, X. M., Anderson, B., & Kupfer, D. J. (2000). Stressful life events, bipolar disorder, and the “kindling model”. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 777-786.
- Horesh, N., & Iancu, I. (2010). A comparison of life events in patients with unipolar disorder or bipolar disorder and controls. *Comprehensive Psychiatry*, 51(2), 157-164.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2008). *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050 – revisão de 2008*. Recuperado em 15 dezembro, 2010, de http://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes/Populacao/Revisao_2008_Projecoes_1980_2050/.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). Em 2009, esperança de vida ao nascer era de 73,17 anos. Sala de imprensa – Tábuas completas de mortalidade de 2009. Recuperado em 15 dezembro, 2010, de http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1767&id_pagina=1.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011). Sinopse do Censo Demográfico 2010. Recuperado em 23 junho, 2011, de <http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>.
- Johnson, S. L. (2005). Life events in bipolar disorder: Towards more specific models. *Clinical Psychology Review*, 25(8), 1008-1027.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D. A., Leon, A. C., Rice, J. A., & Keller, M. B. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(6), 530-537.
- Judd, L. L., Schettler, P. J., Akiskal, H. S., Coryell, W., Leon, A. C., Maser, J. D., & Solomon, D. A. (2008). Residual symptom recovery from major affective Episodes

- in bipolar disorders and rapid episode relapse/recurrence. *Archives of General Psychiatry*, 65(4), 386-394.
- Juruena, M. F. (2001). Terapia cognitiva: Abordagem para o transtorno afetivo bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(6), 322-330.
- Justo, L. P., & Calil, H. M. (2004). Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(2), 91-99.
- Kapczinski, F., Frey, B. N., & Zannatto, V. (2004). Fisiopatologia do transtorno afetivo bipolar: o que mudou nos últimos 10 anos? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(Supl III), 17-21.
- Kessing, L. V. (1998). Cognitive impairment in the euthymic phase of affective disorder. *Psychological Medicine*, 28(5), 1027-1038.
- Kessing, L. V., & Andersen, P. K. (2004). Does the risk of developing dementia increase with the number of episodes in patients with depressive disorder and in patients with bipolar disorder? *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 75(12), 1662-1666.
- Kessing, L. V., Mortensen, P. B., & Bolwig, T. G. (1998). Clinical consequences of sensitization in affective disorder: a case register study. *Journal of Affective Disorders*, 47(1), 41-47.
- Kessing, L. V., & Nilsson FM. (2003). Increased risk of developing dementia in patients with major affective disorders compared to patients with other medical illnesses. *Journal of Affective Disorders*, 73(3), 261-269.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Üstün, T. B., & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiologia e Psiquiatria Sociale*, 18(1), 23-33.
- Knapp, P., & Isolan, L. (2005). Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(suppl. 1), 98-104.
- Kusumi, I., Koyama, T., & Yamashita, I. (1992). Trombin-induced platelet calcium mobilization is enhanced in bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 32(8), 731-734.
- Lam, D. H., McCrone, P., Wright, K., & Kerr, N. (2005). Cost-effectiveness of relapse-prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study. *British Journal of Psychiatry*, 186(6), 500-506.
- Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., Parr-Davis, G., & Sham, P. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 145-152.

- Lima, F. B. (2004). *Stress, qualidade de vida, prazer e sofrimento no trabalho de Call Center*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, Campinas-SP.
- Lima, M. S., Tassi, J., Novo, I. P., & Mari, J. J. (2005). Epidemiologia do Transtorno Bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(suppl 1), 15-20.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (Org.). (2004). *O Stress está dentro de você* (6 ed.). São Paulo: Contexto.
- Lipp, M. E. N. (2005). *Stress e o turbilhão da raiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (Org.). (2009a). *Sentimentos que causam stress: como lidar com eles*. Campinas, SP: Papirus.
- Lipp, M. E. N. (2009b). Stress and quality of life of senior Brazilian Police Officers. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 593-603.
- Lipp, M. E. N., Malagris, L. E. N., & Novais, L. E. (2007). *Stress ao longo da vida*. São Paulo: Ícone.
- Lipp, M. E. N., & Rocha, J. C. (1996). *Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida* (2 ed.). Campinas: Papirus.
- Lotufo Neto, F. (2004). Terapia comportamental cognitiva para pessoas com transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(suppl. 3), 44-46.
- Machado-Vieira, R., Santin, A., & Soares, J. C. (2004). O papel da equipe multidisciplinar no manejo do paciente bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(suppl 3), 51-53.
- Machado-Vieira, R., Souza, D. O., & Kapczinski, F. (2002). Neuropatologia de células gliais em modelo de integração neurônio-glia no transtorno de humor bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29(4), 197-203.
- McNamara, J. O. (1986). Kindling model of epilepsy. *Advances of Neurology*, 44, 303-318.
- Malhi, G. S., Ivanovski, B., Szekeres, V., & Olley, A. (2004). Bipolar disorder: It's all in your mind? The neuropsychological profile of a biological disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(12), 813-819.
- Mantere, O., Isometsä, E., Ketokivi, M., Kiviruusu, O., Suominen, K., Valtonen, H. M., Arvilommi, P., & Leppämäki, S. (2010). A prospective latent analyses study of psychiatric comorbidity o DSM-IV bipolar I and II disorders. *Bipolar Disorders*, 12(3), 271-284.

- Mello, C. B. (2008). Pensamento e funções executivas. In M. Muskat, & Mello, C. B. *Neuropsicologia do desenvolvimento e suas interfaces* (140-156). V.1 – conceitos, São Paulo: All Print.
- Menezes, S. L. (2009). *Grupos de Psicoeducação e suas implicações no cotidiano de portadores de TAB*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – área de Enfermagem Psiquiátrica, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP.
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M. A., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 543-552.
- Miklowitz, D. J. (2008). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: State of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1408–1419.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(9), 904-912.
- Miklowitz, D. J., & Scott, J. (2009). Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disorders*, 11(Suppl. 2), 110–122.
- Montgomery, D. C. (1991). *Design and Analysis of Experiments*. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons.
- Neves, F. S., Malloy-Diniz, L. F., Barbosa, I. G., Brasil, P. M., & Corrêa, H. (2009). Bipolar disorder first episode and suicidal behavior: are there differences according to type of suicide attempt? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 114-118.
- Newmark, C. S., Frerking, R. A., Cook, L., & Newmark, L. (1973). Endorsement of Ellis Irrational Beliefs as a function of psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 29(3), 300-302.
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (1996). Treinamento em Solução de Problemas. In V. E. Caballo. *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento* (pp. 471-493). São Paulo: Santos.
- Nierenberg, A. A. (2008). An analysis of the efficacy of treatments for bipolar depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(Suppl.5), 4-8.
- Nierenberg, A. A., Akiskal, H. S., Angst, J., Hirschfeld, R. M., Merikangas, K. R., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2010). Bipolar disorder with frequent mood episodes in the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Molecular Psychiatry*, 15(11), 1075–1087.

- Nilsson, F. M., Kessing, L. V., Sorensen, T. M., Andersen, P. K., & Bolwig, T. G. (2002). Enduring increased risk of developing depression and mania with dementia. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 73(1), 40-44.
- Novick, D. M., Swartz, H. A., & Frank, E. (2010). Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and the meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disorders*, 12(1), 1-9.
- Okamoto, Y., Kagaya, A., Shinno, H., Motohashi, N., & Yamawaki, S. (1995). Serotonin induced platelet calcium mobilization is enhanced in mania. *Life Sciences*, 56(5), 327-332.
- Oquendo, M. A., Waternaux, C., Brodsky, B., Parsons, B., Haas, G. L., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2000). Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *Journal of Affective Disorders*, 59(2), 107-117.
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório mundial da saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde. Recuperado em 15 dezembro, 2010, de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf.
- Papaléo Netto, M., & Pontes, J. R. (1996). Envelhecimento: desafio na transição do século. In M. Papaléo Netto (ed.). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 3-12). São Paulo: Atheneu.
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 918-923.
- Pellegrinelli, K. B. (2010). *Impacto da Psicoeducação na recuperação sintomática e funcional dos pacientes bipolares*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP.
- Pollo, S. H. L., & Assis, M. (2008). Instituições de longa permanência para idosos – ILPS, desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 11(1). Recuperado em 28 de agosto de 2008, de <http://www.unati.uerj.br>.
- Pope, M., & Scott, J. (2003). Do clinicians understand why individuals stop taking lithium? *Journal of Affective Disorders*, 74(3), 287-291.
- Post, R. M. (2007). Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 31(6), 858-873.
- Post, R. M., & Leverich, G. S. (2006). The role of psychosocial stress in the onset and progression of bipolar disorder and its comorbidities: the need for earlier and alternative modes of therapeutic intervention. *Development and Psychopathology*, 18(4), 1181-1211.

- Radanovic, M., Nunes, P. V., Gattaz, W. F., & Forlenza, O. V. (2008). Language impairment in euthymic, elderly patients with bipolar disorder but no dementia. *International Psychogeriatrics*, 20(4), 687-696.
- Ramos, L. R., Rosa, T. E. C., Oliveira, Z. M., Medina, M. C. G., & Santos, F. R. (1993). Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 27(2), 87-94.
- Rangé, B., & Sousa, C. R. (2008). Terapia Cognitiva. In: A. V. Cordioli & Col. *Psicoterapia: abordagens atuais* (3a ed., pp. 263-284.). Porto Alegre: Artmed.
- Reinares, M., Colom, F., Sánchez-Moreno, J., Torrent, C., Martínez-Arán, A., Comes, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., Salamero, M., & Vieta, E. (2008). Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled Trial. *Bipolar Disorders*, 10(4), 511-519.
- Rocca, C. C. A., & Lafer, B. (2006). Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 226-237.
- Rocca, C. C. A., Van Den Heuvel, E., Caetano, S. C., & Lafer, B. (2009). Facial emotion recognition in bipolar disorder: a critical review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 171-80.
- Sadir, M. A., Bignotto, M. M., & Lipp, M. E. N. (2007). Relação entre níveis de stress, qualidade de vida e cargos numa amostra clínica (pp. 200-201). *Anais do III Congresso Brasileiro de Stress* (20 a 27/out.), São Paulo: ABS/CPCS.
- Saffi, F., Savoia, M., & Lotufo Neto, F. (2008). Terapia comportamental e cognitivo-comportamental. In: A. V. Cordioli & Col. *Psicoterapia: abordagens atuais* (3a ed., pp. 285-298.). Porto Alegre: Artmed.
- Schneider, J. J., Candiago, R. H., Rosa, A. R., Ceresér, K. M., & Kapczinski, F. (2008). Cognitive impairment in a Brazilian sample of patients with bipolar disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(3), 209-214.
- Siegel, S., & Castellan, N. J., Jr. (2006). Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. 2 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Silva, E. T., & Oliveira, R. L. (2009). Pressa e excesso de responsabilidade. In M. E. N. Lipp (Org.). *Sentimentos que causam stress: como lidar com eles* (pp. 67-78). Campinas, SP: Papyrus.
- Stahl, S. M. (2010). *Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas*. (3a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Stoppe Jr., A., & Louzã Neto, M. R. (1999). *Depressão na terceira idade: apresentação clínica e abordagem terapêutica* (2a ed.). São Paulo: Lemos.

- Suppes, T., Leverich, G. S., Keck, P. E., Jr, Nolen, W. A., Denicoff, K. D., Altshuler, L. L., McElroy, S. L., Rush, A. J., Kupka, R., Fryea, M. A., Bickel, M., & Post, R. M. (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network II: Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of Affective Disorders*, 67(1-3), 45–59.
- Suzuki, K., Kusumi, I., Sasaki, Y., & Koyama, T. (2001) Serotonin-induced platelet intracellular calcium mobilization in various psychiatric disorders: is it specific to bipolar disorder? *Journal of Affective Disorders*, 64(2-3), 291-296.
- Tamai, S. (1997). Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In O. V. Forlenza, & O. P. Almeida (Orgs.). *Depressão e demência no idoso* (pp. 11-24). São Paulo: Lemos.
- Tavares, R. V., & Juruena, M. F. (2001). Depressão dupla refratária: um exemplo de transtorno afetivo recorrente. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(3).
- Thompson, J. M., Gray, J. M., Crawford, J. R., Hughes, J. H., Young, A. H., & Ferrier, I. N. (2009). Differential Deficit in Executive Control in Euthymic Bipolar Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(1), 146-160.
- Tohen, M., Frank, E., Bowden, C. L., Colom, F., Ghaemi, S. N., Yatham, L. N., Malhi, G. S., Calabrese, J. R., Nolen, W. A., Vieta, E., Kapczinski, F., Goodwin, G. M., Suppes, T., Sachs, G. S., Chengappa, K. R., Grunze, H., Mithell, P. B., Kanba, S., Berk, M. (2009). The Internacional Society for Bipolar Disorders (ISBD) Task Force report on the nomenclature of course and outcome in bipolar disorders. *Bipolar Disorders*, 11(5), 453-73.
- Vera, M. N., & Vila, J. (1996). Técnicas de Relaxamento. In V. E. Caballo. *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento* (pp. 147-165). São Paulo: Santos.
- Vilela, J. A. A., & Loureiro, S. R. (2000). Escala de Avaliação de Mania de Young – estudo das qualidades psicométricas da versão brasileira. In C. Gorenstein, L. H. S. G. Andrade, & A. W. Zuardi. *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia* (pp. 113-123). São Paulo: Lemos.
- Vornik, L. A., & Hirschfeld, R. M. A. (2005). Bipolar disorder: Quality of life and the impact of atypical antipsychotics. *The American Journal of Managed Care*, 11(9-Suppl.), S275-S280.
- Wang, H. Y., & Friedman, E. (1996). Enhanced protein kinase C activity and translocation in bipolar affective disorders brains. *Biological Psychiatry*, 40(7), 568-575.
- Wang, H. Y., Markowitz, P., Levinson, D., Undie, A. S., & Friedman, E. (1999). Increased membrane-associated protein kinase C activity and translocation in blood platelets from bipolar affective disorder patients. *Journal of Psychiatric Research*, 33(2), 171-179.

- Williams, J. M. G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J. V., Duggan, D. S., Hepburn, S., & Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 275–279.
- Zanutto, E., Evangelista, R. A., Sanches, M., & Tamai, S. (2009). Manejo do idoso portador de transtorno mental grave. In M. Sanches, R. R. Uchida, & S. Tamai. *Manejo do paciente psiquiátrico grave* (pp. 71-90). São Paulo: Roca.
- Zaretsky, A. E., Lancee, W., Miller, C., Harris, A., & Parikh, S. (2008). Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(7), 441–448.
- Zaretsky, A. E.; Rizvi, S., & Parikh, S. V. (2007). How well do psychosocial interventions work in bipolar disorder? *Canadian of Journal Psychiatry*, 52(1), 14-21.
- Zaretsky, A. E., Segal, Z. V., & Gemar, M. (1999). Cognitive therapy for bipolar depression: a pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(5), 491-494.
- Zung, S., Cordeiro, Q., Lafer, B., Nascimento, A. F., & Vallada, H. (2009). Bipolar disorder in the elderly: clinical and socio-demographic characteristics. *Scientia Medica*, 19(4), 162-169.
- Yatham, L. N.; Kennedy, S. H., Schaffer, A., Parikh, S. V., Beaulieu, S., O'Donovan, C., MacQueen, G., McIntyre, R. S., Sharma, V., Ravindran, A., Young, L. T., Young, A. H., Alda, M., Milev, R., Vieta, E., Calabrese, J. R., Berk, M., Ha, K., & Kapczinski, F. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disorders*, 11(3), 225–255.
- Yoshida, E. M. P., & Colugnati, F. A. B. (2002). Questionário de Crenças Irracionais e Escala de Crenças Irracionais: propriedades psicométricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 437-445.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Protocolo de Pesquisa

APÊNDICE B – Estudos que utilizaram como instrumento de avaliação o Inventário
de Qualidade de Vida (Lipp & Rocha, 1996)

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE D – Protocolo da Psicoeducação em Grupo

APÊNDICE E – Protocolo da Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo

APÊNDICE A

Protocolo de Pesquisa

Dados Pessoais:

Nº _____

Nome: _____ Registro: _____

End.: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ Fone: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: F () M ()

Procedência: _____ Tempo que reside em SP: _____

Estado Civil: Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Separado(a) () Tempo: _____

Filhos: Não () Sim () Quantos: _____ Religião: Não () Sim () Qual? _____

Reside com: Filhos () Cônjuge () Sozinho(a) () Outros: _____

Escolaridade: Fund. I: Completo () Incompleto () // Fund. II: Completo () Incompleto ()

Médio: Completo () Incompleto () // Superior: Completo () Incompleto ()

Profissão: _____ Situação Atual: _____

Hábitos: Fumo () Sim () Não Álcool () Sim () Não

Realiza atividades físicas? () Sim () Não Qual? _____

Participa de atividades sociais? Não () Sim () Qual? _____

Encaminhamento: _____ Local: Ambulatório () HD ()

Dados Clínicos

Primeiro Episódio

Quando: _____ Qual: _____ Tempo de Duração: _____

Episódios ao Longo da Vida

Número: _____ Predominância: _____ Média de Tempo de Duração: _____

Último Episódio

Quando: _____ Qual: _____ Tempo de Duração: _____

Principais Sintomas e/ou Comportamentos de Risco: _____

Problemas de Saúde

HAS Não () Sim () Quando: _____ Em tratamento: () Não () Sim

DM Não () Sim () Quando: _____ Em tratamento: () Não () Sim

Hiper / Hipotireoidismo Não () Sim () Quando: _____ Em tratamento: () Não () Sim

Prob. Osteomusculares Não () Sim () Quando: _____ Em tratamento: () Não () Sim

Outros: _____

Medicação em Uso

Psiquiátrica: _____

Clínica: _____

Padrão Familiar

Primeiro Grau de Parentesco: () Sim () Não

_____ Patologia: _____

Internações: _____

_____ Patologia: _____

Internações: _____

Segundo Grau de Parentesco: () Sim () Não

_____ Patologia: _____

Internações: _____

_____ Patologia: _____

Internações: _____

Tratamentos Anteriores

Médico: () Sim () Não Quando? _____ Duração: _____

Psicoterápico: () Sim () Não Quando? _____ Duração: _____

Internações: () Sim () Não Vezes: _____

1ª Intern.: Local: _____ Quando: _____ Duração: _____ Episódio: _____

2ª Intern.: Local: _____ Quando: _____ Duração: _____ Episódio: _____

Penúltima: Local: _____ Quando: _____ Duração: _____ Episódio: _____

Última: Local: _____ Quando: _____ Duração: _____ Episódio: _____

Avaliação Inicial**Data:** ____/____/____**GDS:** _____ **EAM-m:** _____ **Crenças:** _____ **Stress:** _____**IQV:** Social: _____ Afetivo: _____ Profissional: _____

Saúde: _____

Avaliação Final (após 21 semanas)Data: ____/____/____**GDS:** _____ **EAM-m:** _____ **Crenças:** _____ **Stress:** _____**IQV:** Social: _____ Afetivo: _____ Profissional: _____

Saúde: _____

APÊNDICE B

**Estudos que utilizaram como instrumento de avaliação
o Inventário de Qualidade de Vida (Lipp & Rocha, 1996)**

Autor	Tipo de pesquisa/ delineamento	Objetivo	Método			Resultados	Conclusões
			Sujeitos	Instrumentos	Procedimento		
Lipp (2009)	Descritivo Levantamento	Avaliar o nível de estresse ocupacional, a qualidade de vida (QV), os estressores relacionados ao trabalho e as estratégias de coping, em oficiais superiores da polícia no Brasil	418 - policiais do alto escalão, 80% M, 20% F / idade dos 24 aos 59 / maioria casados 65%	ISSL, IQV, Percepção Estresse Ocup. - escala de 0-10/ Inv. Fontes Estresse Policiais - elab. pesquis. / Escala de Est. Manejo Estresse	Após a autoriz. do Chefe do Dep. de Polícia - feito palestra sobre gerenciamento de estresse com alto escalão da polícia - 1h antes da palestra foram convidados a participar do estudo - aplicação coletiva	43% c/ estresse - 54% F, 40% M / 3% alerta, 35% resist., 4% QE, 1% Exau. / Nível de estresse percebido - 7,8 / Estressores - interação com outros departamentos QV - F - 54% saú., 59% prof., 15% afet., 14% soc.	Necessidade de ações preventivas para motivar mudanças no estilo de vida, melhorar as habilidades de gerenciamento de estresse e promover uma melhor QV dos policiais do alto escalão
Lima (2004)	Descritivo Levantamento	Verificar a relação entre estresse, a QV, prazer e o sofrimento no trabalho de um Call Center em Uberlândia - MG	162 pessoas - 65,4% F, 34% M - média de 23 anos, 80% solt. T. Kolmogorov Smirnov	ISSL, IQV, Esc. Sofr. Praz. no trabalho	aplicação individual ou em grupo de até 6 pessoas	31% c/ estresse - 29,6% res., 1,2% QE, 0,6% alerta 13,6% físic., 16,7% psicol., 1,2% físic. + psic. QV F.- 83% saú., 47% prof., 25% afet., 29% soc. Não há sofrimento ou desprazer no trabalho	Estresse prazer e sofrimento no trabalho estão diretamente relacionados às várias dimensões da QV / futuras pesquisas sobre estresse e satisfação no trabalho, sofrimento e burnout, estratégias de enfrentamento aos estressados / Empresa - sugere-se Treino Contr. Est. aos atendentes
Sadir et al. (2007)	Descritivo Levantamento	Verificar, em uma população clínica, a relação entre os cargos ocupacionais, a QV e o estresse	107 - 60M / 47F Prof.: Geren. e superv. / não chefia - escrito., oper., estud., dona de casa, prof. lib.	ISSL IQV	Não mencionado	Stress x gênero - Teste Qui quadrado - $p=0,0026$ mulheres com maiores níveis de estresse / Correlação estresse X estado civil - casados maiores níveis de estresse $p=0,04$ / sem correlação entre o estresse e os cargos / QV - saúde mais prejudicada em todos os cargos, social e afetiva maior sucesso para os liberais, sendo maior prejuízo para ger. e superv.	Cargo ocupado não foi determinante do nível de estresse apresentado. / Novos estudos que visem avaliar outras fontes de estresse não relacionadas ao trabalho

Autor	Tipo de pesquisa/ delimitamento	Objetivo	Método			Resultados	Conclusões
			Sujeitos	Instrumentos	Procedimento		
Alves (2008)	Descritivo Levantamento	Avaliar e correlacionar os níveis de estresse, a QV, a vulnerabilidade ao estresse no trabalho e a percepção de suporte familiar em porteiros	100 - homens	ISSL, IQV, Esc. Vulnerabilidade ao Estr. Trabalho, Inv. Percep. Sup. Familiar	13 sessões coletivas de 90 min. para avaliação - correlação de Pearson	28% c/ estresse - 25% resist., 3% QE. QV F - 44% saú., 53% prof., 18% afet., 40% soc. Event - foram apontados poucos estressores - 25,9 Boa parte dos participantes tem uma boa percepção do seu suporte familiar - 65,52	Nível de estresse em poucos porteiros. Grupo pouco vulnerável ao estresse, QV adequada na maioria dos quadantes, baixa vulnerabilidade ao estresse no trabalho e percepção de bom suporte familiar.
Giusto et al. (2007)	Descritivo Levantamento	Identificar a presença e nível de estresse hábitos e QV em funcionários de uma distribuidora de energia elétrica do Interior do Estado de São Paulo	79 funcionários	ISSL IQV	Não mencionado	73% sem estresse e 27% com estresse (20,5% Resistência, 2,6% Alerta e Quase-Exaustão, 1,3% Exaustão) // QV fracasso - 73% saú., 36% prof., 23% afet., 26% soc. // Hab. - 89,7% não fuma / 21,8% AF 1x, 20,5% AF 2+x, 11,5% siAF / 38,5% bebem 2-3x.	Habitos inadequados ou patogênicos, que podem favorecer o desenvolvimento de doenças e estresse - prejudicando mais o quadrante saúde.
Duarte et al. (2007)	Descritivo Levantamento	Verificar o nível de estresse e a QV na popul. da cidade de Campo Grande-MS	75 pessoas, ambos os sexos	ISSL IQV	Não mencionado	52% sem estresse / 48% na fase de Resistência // QV fracasso - 96% saú., 29% prof., 29% afet., 27% soc.	Nível de estresse médio com comprometimento importante da QV/ Necessidade de programas de prevenção e de tratamento para esta população.
Pinheiro (2008)	Descritivo Levantamento	Averiguar o nível de estresse, a QV e os estressores ocupacionais em clérigos (as) da Igreja Metodista e associação de variáveis	74 pessoas - 49 M, 25 F - dos 20 aos 70 anos	ISSL, IQV, Esc. Anal. Visual, Levant. fontes estresse clérigos	Aplicação em um grupo dos instrumentos	50% c/ estresse - 91,9% resist., 5,4% QE, 2,7% ale. - 48,35% psicol., 37,84% físic., 13,51% fis + psic. QV F - 29% saú., 19% prof., 12% afet., 22% soc. Correlação negativa entre o estresse e aQV saúde.	Alto nível de estresse com QV e a saúde comprometida / Necessidade de novos estudos que visem investigar a questão da espiritualidade na promoção da QV / Sugere-se uma consultoria de estresse ocupacional e Treino de Controle do Estresse

Autor	Tipo de pesquisa/ delineamento	Objetivo	Método			Resultados	Conclusões
			Sujeitos	Instrumentos	Procedimento		
Lipp & Tanganielli (2002)	Descritivo Levantamento	Averiguar o nível de estresse ocupacional de Magistrados da Justiça do Trabalho, a QV, as fontes de estresse e as estratégias de enfrentamento	75 juizes - 51% F, 49% M / 49% entre 30 e 39 a. / maioria casados	ISSL, IQV, Percepção Estresse Ocup. - escala de 0-10/ Inv. Fontes Estresse Juizes - elab. pesquis. / Inv. Est. Manejo Estresse Magistr.	Questionados enviados pelo correio - 140. Do total, o retorno obteve foi de 53%, envelopes lacrados e só os pesquisadores tiveram acesso	Cerca de 50% considerou o 1º ano de > estresse 31% diz ser cíclico, 20% diz que tende a se acumular. Percepção do Estresse Ocupacional - 8,3 maior que piloto e policiais/ 71% c/ estresse - 68% resist., 1,3% aler./exhaust. Comparação com gênero - estresse resist. 81,6% F, 55,6% M QV - F - 62% saud., 22% prof., 59% afet., 64% soc. Estressores - sobrecarga de trab. e interferência na vida familiar / Estratégias - conversar com cônjuge	Necessidade de uma ação ampla na modificação das condições de trabalho para a redução dos estressores. Ações preventivas devem ser tomadas. O estresse excessivo, se não controlado, pode interferir nos processos trabalhistas julgados
Cavalcanti (2008)	Transversal Descritivo	Verificar a influência do horário de frequência ao curso, se integral ou noturno, na QV dos estudantes de graduação da Fac. Odont. SJC - UNESP	73 alunos do penúltimo ano, 19 a 32 a. integ., 19 a 29 a. not. 65,8% integral - 73% F, 27% M 34,2% not. - 60% F, 10% M.	ISSL	Não esclarece como foi realizada a coleta de dados.	QV - Fracasso Integral - 27% soc., 40% afet., 56% prof., 97% saud Noturno - 48% soc., 56% afet., 48% prof., 92% saud	Alunos do curso integral tem um índice melhor da QV em todos os quadrantes, exceto no profissional. A área da saúde é a mais prejudicada, independente do período do curso e do sexo.
Nunomura et al. (1999)	Descritivo Levantamento	Comparar o nível de estresse, a QV e as características de personalidade, em praticantes regulares de AF (PR) e sedentários Ingressantes (PI)	71 participantes - 30 a 63 a. PR - 33 (26M, 7F) PI - assertividade, IDATE, Tes. Mackover fig. num.	ISSL, IQV, Inv. Autoprodução de estresse I e II, Inv. IDATE, Tes. Mackover fig. num.	Aplicação por um psicólogo	QV geral e em todos os quadrantes melhor no PR do que no PI / menos sintomas de estresse no PR que no PI	A prática regular de atividade física parece ter resultados benéficos no controle do nível de estresse e favorecendo a melhoria da QV.
Bassetto et al. (2005)	Descritivo Levantamento	Aplicar a QV afetiva em delegados, na fase de resistência do estresse	65 delegados dos 26 aos 57 anos em Resistência	ISSL IQV	Não mencionado	83% sucesso na área afetiva / 17% fracasso Sucesso - 79,5% cas., 5,5% divorc. 46% fis., 41,5% psicol., 12,5% fisic.+ psicol.	Apesar do nível de estresse estar além da faixa saudável, boa parte mantém boa QV afetiva

Autor	Tipo de pesquisa/ delimitação	Objetivo	Método			Resultados	Conclusões
			Sujeitos	Instrumentos	Procedimento		
Alves (2008)	Descritivo Levantamento	Comparar a incidência de estresse nível de QV e fontes de estresse entre três grupos diversificados de idosos (participantes da Univ. Terc. Idade, residentes numa instituição de longa permanência e grupo de relig. Cat.)	60 Idosos - 30 M, 30 F, de 64-81 a. / 20 UNATI / 20 Asilos / 20 Leg. Maria	Levant. Fontes de Estresse ISSL, IQV	Aplicação individual a cada idoso, em cada instituição	45% ci estresse - 5% alerta, 33,5% res., 6,5% QE - QV - F - 63,3% soc., 71,7% afet., 100% prof., 90% sa // UNATI - 40% ci estresse - 30% res., 10% QE - QV - F - 50% soc., 65% afet., 80% saúde // Asilo - 55% ci estresse - 45% res., 10% QE - QV - F - 95% soc., 95% afet., 100% saud. // Legião Maria - 25% ci estresse - 25% res. - QV - F - 45% soc., 55% afet., 90% saúde	Importância de se implementar programas de controle do estresse para idosos, principalmente os que residem em asilos
Gallo et al. (2007)	Descritivo Levantamento	Verificar o estresse e a QV na população de Campinas	56 - 35M / 21H média de 40 anos 3% anal/27% sup.	ISSL IQV	Não mencionado	70% ci estresse - 8% alerta, 67% resistência, 26% QE 61% psicol., 16% físicos, 23% fis.+ psicol. QV fracasso - 77% saó., 48% prof., 23% afet., 27% soc.	Quanto maior o nível de estresse maior o prejuízo a QV / Necessidade de novos estudos visando a melhoria da QV da população de grandes cidades
Arelas & Lipp (2008)	Descritivo Levantamento	Comparar o nível de estresse e a QV entre os idosos residentes numa instituição de longa permanência e os que vivem com a família	50 Idosos - 63 a 77 anos, 24 M, 26 F / 25 casa de repouso / 25 moram sozinho ou ci fam.	ISSL, IQV	Idosos foram abordados individualmente	Instituição de longa permanência - 52% ci estresse - 36% res., 16% QE - 96% sem sucesso na QV geral. QV F - 88% saud., 56% prof., 52% afet., 52% soc. Sozinho ou ci Família - 32% ci estresse - 32% res. - 80% sem sucesso na QV geral. QV F - 84% saud., 28% prof., 8% afet., 20% soc.	Conclui-se, então, que a falta do apoio familiar no dia-a-dia dos idosos tem maior implicação quando está relacionada a QV dos mesmos, pois após se adaptarem a nova situação, o nível de estresse pode ser reduzido.
Heioani (2006)	Descritivo - transversal	Avaliar o nível de estresse e a QV diante das novas práticas político-econômicas e culturais	amostragem intencional por conveniência - 44 jornalistas - 24H, 20 M - SP - 20 a 60 anos	ISSL, IQV e Escala de Real. Social - Holmes, Rahe e entrevista semi dirigida	Instrumentos aplicados individualmente, após entrevistas gravadas de até 3 horas, com base em 3 perguntas abertas (formação, trabalho e família)	Mais de 24/44 com estresse significativo (QE e E) 30/44 dos sujeitos com maior probabilidade de se estressar devido ao gasto excessivo de energia adaptativa, 40/44 sujeitos com fracasso na QV saúde	Alto nível de estresse com comprometimento da QV, assim como alta possibilidade de adoecimentos (ERS). Percepção de sofrimento do ambiente de trabalho. Perda do senso ético e moral, desvalorização da QV, com menor tempo para a saúde, a família eo amor.

Autor	Tipo de pesquisa/ delineamento	Objetivo	Método			Resultados	Conclusões
			Sujeitos	Instrumentos	Procedimento		
Caruso et al. (1997)	Descritivo Levantamento	Comparar a QV, o nível de estresse e a ansiedade de indivíduos sedentários e participantes de um programa de condicionamento físico	39 pessoas - de 40 a 60 anos / 19 - partic. Regular. PR, 20 sedent. Ingres. PI	ISSL, IQV, Carac. Pers. Geradoras de estresse IDATE, Tes. Mackover fig. hum.	Aplicação Individual dos Instrumentos	Nenhum indivíduo apresentou personalidade patológica / Sem diferença significativa na QV dos dois grupos / QV profis. > grupo PR e menos sintomas de estresse / Características de ansiedade e personalidade semelhantes nos dois grupos	Prática regular do condicionamento físico parece reduzir os sintomas de estresse e tende a melhorar a QV prof., mas não modifica as características de personalidade dos praticantes
Santos et al. (2007)	Descritivo Levantamento	Investigar o estresse e a QV em profissionais que atuam junto a crianças vitimizadas	31 profissionais	ISSL IQV Inv. Fontes Ocup.	Não mencionado	67,7% com estresse - 95,2% Resistência, 4,8% quase-ex. 52,4% Físicos, 42,9% psicol., 4,8% físc. + psicol. / QV - saúde e profissional mais afetados. Fontes: 38,7% sofrimento alheio, 25,8% aspectos fam. e pessoais	Necessidade de atendimento psicológico aos profissionais para melhorar a sua QV e obter condições adequadas a sua atuação profissional
Vicentin (2004)	Quase- Experimental	Avaliar o estresse e a QV de progenitores de usuários de crack e de cocaína, antes e pós intervenção em grupo de apoio - Amor Exigente	30 adult. - 25F, 5M	Identificação, ISSL, IQV	Avaliação Inicial - 1ª visita ao grupo Amor Exigente Intervenção de 12 sem. Grupo Reavaliação - 12F / 2M	INICIAL - 90% ci estresse - 60% res., 33% QE, 7,4% exa. 71% sint. Psicol. 22% sint. físc., 7,4% fis + psicol. QV fracasso - 100% saú., 80% prof., 60% afet., 70% soc. FINAL - 71,4% ci estresse - 100% resistência, QV fracasso - 100% saú., 71,4% prof., 57,1% afet., 42,9% soc.	Melhora pós intervenção do nível de estresse e da QV, exceto na área da saúde / necessidade de estudos que avaliem os motivos de menor participação dos pais no grupo de apoio
Ibarra et al. (2007)	Quase- Experimental	Verificar a incidência do estresse, da raiva e da QV de modo a observar a associação entre as variáveis	27 adultos, ambos os sexos	ISSL / IQV / STAXI - Invent. Expr. Raiva como est. traço	Avaliação Inicial / Intervenção - Treino de Controle da Raiva / Avaliação pós tratamento	Teste Qui quadrado associação entre estresse, raiva e QV Após a intervenção apresentaram índices significativamente menores do que antes ($p < 0,05$)	TCR de grande eficácia na redução de manifestações excessivas de raiva e de estresse

Autor	Tipo de pesquisa/ delimitamento	Objetivo	Método			Resultados	Conclusões
			Sujeitos	Instrumentos	Procedimento		
Lima, R. A. S. (2006)	Descritivo Levantamento	Avaliar o estresse e a QV em esposas de alcoolistas e Guaranhuns-PE	31 esposas, com cônjuges em tratamento amb., 20 a 67 a., 45% c/ 1º grau / 48% de 21 a 30 a. casamento	ISSL, IQV	Testes e entrevista semi estruturada sobre fontes e estratégias de enfrentamento ao estresse gravadas / oferecido atend. psicológ. p/ quem quisesse ou necessitasse	94% c/ estresse - 68% res., 13% exaustão. 6,45% em aler. e QE. 71% psicol., 19% físic., 3% fis + psic. QV - F. 97% saud., 81% prof., 52% soc., 42% afet. Estratégias de enfrentamento: buscar apoio para si, orientação para lidar com o alcoolismo, conversas com outras pessoas	Os são restritos a esta amostra, há necessidade de estudos mais representativos que possam conhecer melhor esta população e oferecer atendimento voltado para as estratégias de controle do estresse
Braz (2010)	Descritivo Levantamento	Estudar a associação entre a presença de mitos conjugais, o estresse e a QV, em casais com até 7 anos de matrimônio	15 casais - 13 M, 15 F, de 19 a 37 a., com ao menos 1 filho	ISSL, IQV, Esc. Anal. Visual, Question. p/ casais	Dados coletados nas residências dos participantes, cada membro foi avaliado individualmente	Homens - 33% c/ estresse - todos em resistência. 80% sint. Psic., 20% fis. + psicol. QV - F - 47% soc., 20% afet., 40% prof., 87% saud. EAV - 8,3 Mulheres - 73% c/ estresse - 67% res., 7% QE - 73% sint. Psicol., 18% físic., 9% físic. + psicol. QV - F - 27% soc., 33% afet., 60% prof., 87% saud. EAV - 8,0	Associação significativa entre os mitos conjugais, estresse e QV / Qt. > satisfação no casamento, melhora da QV na área da saúde
Urbano & Lipp (2005)	Descritivo Levantamento	Avaliar o nível de estresse e a QV em pais de crianças com leucemia linfóide aguda	16 casais	ISSL IQV	Não mencionado	MÃES - 94% cistress / 67% Resist., 20% QE, 13% Exaustão / 67% psicológico // PAIS - 38% cistress / 67% Resist., 33% QE, 13% Exaustão / 50% psicológico + físico // QV Sucesso - Social - 62% para ambos / Afetivo - 81% pais, 94% mães / Profissional - 87% pais, 44% mães / Saúde - 12% pais e 0% mães.	Correlações negativas significativas entre o estresse e a QV nas áreas afetiva, social e da saúde.
Florito et al. (2005)	Descritivo Levantamento	Avaliar o nível de estresse e a QV de médicos de Unid. Mat. Inf. Hospital público RJ	30 médic. (24F/6M)	ISSL IQV	Não mencionado	57% c/ estresse / 46% resistência 54% Quase-ex. / 46% homens 54% mulheres / 69% sint. psicol. / QV fracasso - 100% saud., 53% prof., 37% afet., 17% soc.	Fracasso na QV pode estar relacionado ao trabalho, necessidade de estudos específicos, em cada setor do hospital, dos estímulos estressores
Bassetto et al. (2005)	Descritivo Levantamento	Avaliar a QV afetiva em delegadas na fase de resistência do estresse	33 delegadas dos 26 aos 57 anos em Resistência	ISSL IQV	Não mencionado	79% sucesso na área afetiva / 21% fracasso Sucesso - 57,5% solt., 31% cas., 11,5% divorc. 33,5% fis., 51,5% psicol., 15% físic. + psicol.	Apesar do nível de estresse estar além da faixa saudável, boa parte mantém boa QV afetiva

Autor	Tipo de pesquisa/ delineamento	Objetivo	Método			Resultados	Conclusões
			Sujeitos	Instrumentos	Procedimento		
Pacola et al. (2005)	Descritivo Levantamento	Avaliar a QV na área afetiva de mulheres hipertensas e estressadas	26 mulheres madu. de 40 a 70 anos	ISSL IQV	Cardiologistas e endocrinologistas avaliaram a hipertensão	42% quase-exaustão e 57% resistência 81% sintomas psicológicos e 11% físicos QV afetiva - 73% fracasso, 27% sucesso	Todas as mulheres estressadas, predominância de resistência e a maioria com fracasso na área afetiva da QV
Maria et al. (2005)	Descritivo Levantamento	Conhecer o perfil dos idosos residentes em asilos em relação a QV	25 idosos, de 5 instituições diferentes, idade de 57 a 104 a., em Uberlândia - MG	IQV	Não mencionado	QV - Sucesso 1 - 49% soc., 56% afet., 41% saúd. 2 - 58% soc., 68% afet., 56% saúd. 3 - 53% soc., 74% afet., 53% saúd. 4 - 56% soc., 64% afet., 45% saúd. 5 - 72% soc., 72% afet., 51% saúd.	Indício de que a QV dos asilados, nas instituições pesquisadas, está abaixo do considerado ideal
Santos et al. (2005)	Descritivo Levantamento	Avaliar relação entre o estresse e a QV, em alunos do 4º ano do Magistério	21 mulheres dos 20 oca 50 anos 4º ano Mag. SP-Int.	ISSL IQV	Não mencionado	82% c/ estresse / 57% resist., 36% Quase-ex., 7% alerta / 53% psicol. 47% físic. / QV RES Frac - 55% saú., 72% prof., 64% soc., 64% afet. / QV QE.Frac - 36% saú., 28% prof., 20% soc., 80% afet.	Provável que o estresse do professor tenha início ainda na formação / necessidade de medidas preventivas para o controle de estímulos estressantes.
Pacola et al. (2007)	Descritivo Levantamento	Averiguar o nível de estresse e a QV, em integrantes da Polícia Civil da cidade SP	20 pessoas	ISSL / IQV / termo de consentim.	Não mencionado	55% c/ estresse - 45% Res., 10% QE / 64% H, 36% M QV fracasso - 80% saú., 65% prof., 50% afet., 45% soc.	Níveis médios de estresse com prejuízo na QV, principalmente nas áreas profissionais e da saúde
Horiguchi & Lipp (2010)	Descritivo Levantamento	Comparar os níveis de estresse emocional, a sobrecarga e a QV dos cuidadores informais de pacientes com Alzheimer brasileiros e os de origem nipo-brasileira	20 cuidadoras M 50% brasileiras 50% nipo-brasil. Idade 45-72 a., média 55,2	ISSL, IQV, Burden Interview	Avaliação individual após a aprovação do termo de consentimentos	75% c/ estresse - 70% resist./ 40% psicol., 30% fís., 5% fis + psicol. QV fracasso - 95% saú., 60% prof., 40% afet., 35% soc. Em comparação com os dois grupos, cuidadores brasileiros tem mais estresse do que os nipo-brasileiros	Há associação entre o estresse e a sobrecarga nas cuidadoras, afetando a sua QV. As brasileiras possivelmente apresentam maior estresse por serem filhas, enquanto que as nipo também dividem a sobrecarga com noras.
Gallo et al. (2005)	Descritivo Levantamento	Investigar o nível de estresse e a QV de escravos de DOM SP (capital e interior)	14 mulheres de 21 e 57 anos de 2º grau e superior	ISSL IQV	Não mencionado	72% c/ estresse / 64% resistência 7% Quase-ex. / 60% psicol. 40% físicos / QV fracasso - 57% saú., 64% prof., 22% soc., 7% afet.	Estresse e QV prejudicadas ao exercer a função de acolhimento / necessidade de treinamento especializado no manejo do estresse
Lima et al. (2005)	Descritivo Levantamento	Investigar o nível de estresse e a QV das esposas de alcoolistas	14 esposas de alcoolistas - em tratamento em clínica PE	ISSL IQV	Não mencionado	92,3% c/ estresse / 91,3% resistência 8,4% Quase-ex. / 66,6% psicol. 25% físic. + psicol. / QV fracasso - 92% saú., 75% prof., 75% soc., 41% afet.	Acreditava-se que a área afetiva seria a mais prejudicada, mas foi a mais preservada, talvez devido ao álcool, por estarem em tratamento houve melhora no relacionamento

Autor	Tipo de pesquisa/ delineamento	Objetivo	Método			Resultados	Conclusões
			Sujeitos	Instrumentos	Procedimento		
Tanganelli (1996)	Descritivo Levantamento	Incidência de fontes e sintomas de estresse o uso de estratégias para lidar com a situação e o nível de QV de portadores de HIV assintomáticos	12, ambos os sexos 18 a 41 anos, maioria solteiros, maioria superior	ISSL / IQV / Levantamento de estratégias e de fontes - elabor. pela autora	Não mencionado, fala de duas avaliações e não esclarece quando, como, etc.	75% c/ estresse - 59% resistência, 16% exaustão / várias fontes estressoras - medo do preconceito, perdas relacionadas à condição de portador / estratégias - busca de bem-estar emocional e atitudes adequadas para o controle da doença / prevalência de fracasso na saúde e afetiva	Necessidade de novos estudos sobre crenças desenvolvidas pelos portadores, impacto psicol. da doença na família e na sociedade, formar e expandir grupos de auto-ajuda.
Urbano (2004)	Descritivo Levantamento	Avaliar o estresse de crianças com leucemia e o estresse e a QV dos seus pais	16 opas - 10M, 6F 16 casais	ISSL / ESI / IQV	Não mencionado	PAIS - mães 94% c/ estresse 67% res., 20% QE, 13% exa. - sintom psicol. Pais 38% c/ estresse - 67% res., 33% QE - sint. Fis/psic. CRIANÇAS - meninas com 33% estresse / meninos 20% estresse PAIS - QV fracasso - 100% saud. (mães), 88% (pais); 56% prof.(mães) 13% (pais); 19% afet. (pais) e 5% (mães); 38% soc. (ambos)	Mães com maior nível de estresse e pior QV, comparado aos pais, talvez por serem as cuidadoras principais dos seus filhos
Nunomura et al. (2004)	Descritivo Levantamento	Comparar nível de estresse após a prática regular de atividade física após 12 meses	16 participantes - 7 F, 9 M, com idade média de 45 anos.	ISSL, IQV, Inv. Autoprodução de estresse I e II, IDATE, Inv. Assent.	Av. Inicial e ao final de 12 meses, por um psicólogo	Não houve diferença significativa na QV em nenhuma das esferas analisadas / Melhora na pontuação geral do estresse e nas fases de alerta e resistência	Melhora significativa dos sintomas geradores de estresse, influência positiva da Ativ. Fis. regular na atenuação do desencadeamento do processo de estresse entre os adultos.
Pinto (1996)	Revisão	Não mencionado	Diversos estudos	---	Não mencionado	Estresse - 54% c/ estresse 42% em resistência (Pinto, 1996) - 24 pacientes - 13 M / 11 F - + sint. Fis. QV fracasso - 36% saud., 50% prof., 8% afet., 37% soc. - 24 pacientes - ISSL (Pinto, 1996)	Não discute

TOTAL - 35 estudos, sendo 32 de levantamento, 2 quase-experimentais e 1 de revisão

N = 1976 pessoas

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: *Avaliação da adição da Terapia Cognitivo Comportamental e da Psicoeducação ao tratamento de Idosos bipolares.*

Eu, _____,
RG _____, residente em _____,

abaixo assinado, dou o meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário da pesquisa supra citada, sob a responsabilidade da pesquisadora Roseli Lage de Oliveira, psicóloga da Unidade de Idosos do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM-ISCMSP), CRP 06/52029-1, sob a orientação da Dra. Clarice Gorenstein do programa de pós-graduação em Neurociências e Comportamento do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Assinando este termo de consentimento, estou ciente de que o objetivo do presente estudo é propor uma intervenção terapêutica que visa avaliar se a Terapia Comportamental Cognitiva ou a Psicoeducação trazem benefícios adicionais para o tratamento dos idosos com transtorno bipolar e se há diferenças entre as intervenções.

A minha participação na pesquisa se resume em responder a algumas escalas e inventários no início e no término e, se solicitado, participar de encontros em grupo. Os meus dados pessoais serão mantidos em sigilo pela pesquisadora, por questões éticas, e os resultados gerais obtidos serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluindo a sua publicação em literatura científica especializada.

O presente estudo não implica em riscos decorrentes da pesquisa, bem como eu poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou dano para o seu tratamento. Não haverá despesas ou compensações pessoais para mim em qualquer fase do tratamento.

Eu poderei contatar a pesquisadora a qualquer momento para esclarecer dúvidas a respeito do estudo, através dos telefones (11) 3466-2161 ou 8473-7060.

Assinatura do participante

_____/_____/____

Assinatura do pesquisador

_____/_____/____

APÊNDICE D

Protocolo da Psicoeducação em grupo

Unidade I – Conhecimento do Transtorno

➤ **Sessão 1: Apresentação das regras ao grupo**

Objetivos

- Explicar as regras para o bom funcionamento do grupo.
- Propiciar um ambiente que permita a participação dos integrantes

Procedimentos

- Preparar a sala com cadeiras em círculo;
- Apresentar o programa, a sua duração (21 sessões de 90 minutos), os objetivos e os métodos que serão utilizados, esclarecendo que o propósito não é discutir traumas infantis, nem conflitos intrapsíquicos;
- Esclarecer, em detalhes, as regras do grupo, como a confidencialidade, a frequência, a pontualidade, o respeito e a participação;
- Realizar a apresentação dos participantes entre eles.

➤ **Sessão 2: O que é o Transtorno Bipolar?**

Objetivos

- Introduzir o conceito de TB, reforçando a sua natureza biológica, reduzindo os mitos e os estigmas a ele associados

Procedimentos

- Fase de aquecimento – verificar como foi a semana ou estimular a lembrança dos nomes dos integrantes do grupo;
- Lançar a frase “o TB resulta de uma mudança nos mecanismos de regulação do humor”, para esclarecer a natureza biológica do transtorno;
- Utilizar imagens em figuras impressas e no quadro sobre o cérebro, demonstrando o sistema límbico;
- Introduzir o conceito de recorrência por meio da técnica de gráficos do humor;

- Recuperar pela lembrança com os idosos os prejuízos e os estigmas sofridos em decorrência da doença, levantar as “mentiras” sobre o TB.

➤ **Sessão 3: Fatores etiológicos e desencadeantes**

Objetivos

- Aprender sobre a natureza do transtorno, distinguindo os conceitos causal e desencadeante.

Procedimentos

- Averiguar se há dúvidas quanto à semana anterior;
- Retomar o desenho do cérebro, apresentando o sistema límbico e distinguindo os conceitos causal e desencadeante;
- Levantar com os participantes as idéias que possuem sobre estes conceitos, trazendo exemplos pessoais de causas e de desencadeantes, distinguindo ambos os conceitos em duas colunas;
- Discutir os pensamentos de culpa e de responsabilidade e a sua utilidade.

➤ **Sessão 4: Sintomas I – mania e hipomania**

Objetivos

- Apresentar os sintomas dos episódios de mania e hipomania.

Procedimentos

- Verificar se há dúvidas quanto à semana anterior;
- Apresentar a palavra “mania”, distinguindo-a de outros conceitos do senso comum, como mania no sentido do hábito de realizar alguma atividade. Discutir o que ela significa a partir do relato e da experiência pessoal dos participantes, apresentando os sintomas característicos desses episódios.

➤ **Sessão 5: Sintomas II – depressão e episódios mistos**

Objetivos

- Desenvolver a noção de que a depressão é uma doença, e insistir na diferenciação de emoções normais e patológicas.

Procedimentos

- Verificar se há dúvidas quanto à semana anterior;
- Ler artigos de jornais e de revistas correntes sobre a depressão em que este termo é utilizado de forma inapropriada, propiciando introduzir o tema como uma doença biológica, a qual não necessita de um desencadeante propriamente dito;
- Retomar a discussão sobre os desencadeantes da depressão, refletindo sobre o quanto os problemas que as pessoas vivenciam podem vir como a consequência e não como a causa da depressão;
- Discutir sobre os sintomas da depressão, indicando os aspectos característicos da depressão bipolar, em que os sintomas comportamentais são os mais proeminentes;
- Ajudar os pacientes a distinguir entre a sintomatologia normal e patológica, como, por exemplo, a tristeza.

➤ **Sessão 6: Evolução e prognóstico**

Objetivos

- Trabalhar com os participantes a característica crônica e recorrente do TB, ressaltando o caráter cíclico do transtorno.

Procedimentos

- Verificar se há dúvidas quanto à semana anterior;
- Fornecer material informativo sobre o que foi discutido até esta sessão (sobre os episódios), ler junto com os idosos e retirar as dúvidas se houver;
- Introduzir o gráfico do humor na vida, apresentando um exemplo fictício e convidando-os a representar graficamente o TB ao longo da vida;
- Auxiliar os idosos a construir o seu próprio gráfico do humor a partir das suas histórias, incluindo os episódios, os desencadeantes, as consequências e os tratamentos;
- Solicitar, como tarefa de casa, que completem o gráfico do humor na vida.

Unidade 2 – Adesão medicamentosa

➤ Sessão 7: Tratamento I – estabilizadores do humor

Objetivos

- Proporcionar informações sobre os estabilizadores do humor, as suas condições de uso e os seus efeitos colaterais.

Procedimentos

- Verificar a tarefa de casa, revisando o gráfico do humor e proporcionando uma visão mais ampla do curso da doença;
- Desmistificar os mitos negativos que estão ligados ao uso das drogas psicotrópicas, como a questão da dependência e de que só as pessoas “fracas” precisam usá-las;
- Enfatizar as propriedades preventivas dos estabilizadores do humor;
- Levantar junto aos idosos a medicação que estão usando, e demonstrar o quanto os estabilizadores são medicações comuns utilizadas pelos pacientes que possuem o TB;
- Identificar os efeitos colaterais que os idosos vivenciam, e trabalhar as estratégias para minimizar estes efeitos.

➤ Sessão 8: Tratamento II – drogas antimania

Objetivos

- Proporcionar informações sobre as drogas antimania, as suas condições de uso e seus efeitos colaterais

Procedimentos

- Verificar a tarefa de casa de mais dois participantes, revisando o gráfico do humor, proporcionando uma visão mais ampla do curso da doença;
- Levantar junto aos idosos qual a medicação em uso durante os episódios de mania e hipomania, e se houve interrupção da medicação quando estavam bem;
- Nesta sessão são referidos os anticonvulsivantes e as medicações que estão associadas para tratar aos episódios de alteração do humor de mania e de hipomania;

- Identificar os efeitos colaterais que os idosos vivenciam e trabalhar as estratégias para os minimizar.

➤ **Sessão 9: Tratamento III – antidepressivos**

Objetivos

- Proporcionar informações sobre o tratamento dos episódios depressivos e mistos, as condições de uso das drogas e os efeitos colaterais

Procedimentos

- Verificar a tarefa de casa de mais dois participantes, revisando o gráfico do humor e proporcionando uma visão mais ampla do curso da doença;
- Levantar junto aos idosos a medicação utilizada nos episódios depressivos, e se houve interrupção em algum momento por iniciativa própria;
- Nesta sessão são referidas as medicações antidepressivas e os objetivos do seu uso, as quais só podem ser utilizadas sob recomendação médica e com cuidado, e apenas durante os episódios depressivos;
- Identificar os efeitos colaterais que os idosos vivenciam e trabalhar as estratégias para os minimizar.

➤ **Sessão 10: Níveis plasmáticos dos estabilizadores do humor**

Objetivos

- Reforçar a importância dos exames de determinação periódica dos níveis séricos dos estabilizadores do humor.

Procedimentos

- Verificar a tarefa de casa de mais dois participantes, revisando o gráfico do humor, proporcionando uma visão mais ampla do curso da doença;
- Levantam-se quais são os idosos que fazem uso do lítio, do valproato e da carbamazepina, e se eles realizaram os exames para determinação dos seus níveis séricos nos últimos seis meses. Para os que não o

fizeram, buscar identificar se as razões foram o medo de agulhas, a crença de ser desnecessário por estar se sentindo ou outras;

- Reforçar a importância da determinação dos níveis plasmáticos.

➤ **Sessão 11: Ingestão correta da medicação e o risco de iatrogenia em idosos**

Objetivos

- Reforçar a importância da adesão à medicação e do seu uso correto (dosagem, horários), mas apenas mediante prescrição médica.

Procedimentos

- Levantar as medicações clínicas em uso por recomendação médica e identificar quais as medicações utilizadas sem prescrição;
- Trabalhar a importância do uso de apenas medicações prescritas;
- Trabalhar a adesão à medicação, refutando os fatores que dificultam a tomada da medicação, a qual pode ter efeitos colaterais;
- Identificar os esquecimentos ocasionais e a dificuldade na compreensão da tabela de horários prescrita;
- Orientar quanto ao uso de auxílios externos (alarmes, calendários, caixas de medicação semanal) para facilitar a tomada da medicação;
- Retomar as medicações recomendadas para cada episódio de alteração do humor e para a estabilidade da doença, utilizando material de apoio que é lido em conjunto.

➤ **Sessão 12: Psicofarmacologia x terapias alternativas**

Objetivos

- Explicar aos idosos as diferenças entre o tratamento médico (científico) e os alternativos (não baseados na eficácia científica).

Procedimentos

- Explicar aos participantes as diferenças entre os métodos científicos e os não científicos;
- Identificar as práticas alternativas que as pessoas em geral ou os próprios participantes usam para o tratamento do TB. A partir do que é

mostrado, discutir a eficácia dos tratamentos baseados em métodos científicos e em não científicos;

- Reforçar a importância da adesão aos tratamentos científicos e que estes não devem ser substituídos pelos alternativos, explicar que ambas as situações podem ser coadjuvantes, mas não excludentes.

➤ **Sessão 13: Riscos associados à suspensão do tratamento**

Objetivos

- Retomar o caráter recorrente do transtorno, reforçando a adesão ao tratamento farmacológico como alternativa principal para manter a estabilidade.

Procedimentos

- Trazer exemplos dos gráficos do humor na vida, a fim de ressaltar a relação entre a interrupção da medicação e as recorrências. Se não for possível utilizar os exemplos dos participantes, introduzir outros exemplo;
- Estimular a participação dos integrantes do grupo para discutir os aspectos relacionados à adesão. Quando a não adesão for mencionada, buscar manter uma atitude aberta e sem críticas;
- Fazer uma lista de razões que levam a interrupção no tratamento do TB e, se necessário, auxiliá-los com estratégias para a tomada diária das medicações;
- Conscientizá-los sobre a associação direta entre a baixa adesão e as recorrências.

Unidade 3 – Evitando o abuso de substâncias

➤ **Sessão 14: Substâncias psicoativas – riscos no TB**

Objetivos

- Levar ao conhecimento dos participantes os riscos associados do uso de medicamentos com drogas diárias como a cafeína e o álcool.

Procedimentos

- Listar um conjunto das possíveis drogas utilizadas, desde as bebidas à base de cafeína, passando pelo álcool até o uso da cocaína e crack;

- Solicitar aos participantes que identifiquem as drogas que acreditam ser danosas para quem sofre do TB;
- Geralmente são excluídas as substâncias de refrigerantes a base de cola e até o álcool, mas deve-se ressaltar que o uso de qualquer uma das substâncias pode ser nocivo para o tratamento do TB;
- Debater sobre cada classe de drogas, os seus efeitos nocivos ao indivíduo e ao processo da doença.

Unidade 4 – Detecção precoce dos novos episódios

➤ Sessão 15: Detecção precoce dos episódios de mania e de hipomania

Objetivos

- Ensinar aos participantes a reconhecer precocemente as recorrências maníacas e hipomaníacas.

Procedimentos

- Relembrar os sintomas característicos dos episódios de mania e de hipomania e listá-los;
- Junto aos participantes, identificar quais os sintomas que podem servir como sinais de alarme. Identificar os comportamentos que possam ser bons indicadores de recorrência;
- Solicita-se que os pacientes preparem a sua própria lista de sinais de alerta operacionais, tentando individualizar o TB em cada um;
- Enquanto tarefa de casa, solicitar que procurem uma pessoa que os auxilie a identificar as alterações e/ou sintomas precoces dos episódios, para que ela possa ser um suporte e os ajude no preparo de plano de emergência. Preparar a lista de alertas operacionais (próprios) e precoces para a mania e a hipomania.

➤ Sessão 16: Detecção precoce dos episódios depressivos e mistos

Objetivos

- Ensinar os pacientes a identificar, tão precocemente, quanto possível, os episódios depressivos.

Procedimentos

- Retomar a tarefa de casa e, junto com o grupo, auxiliar cada participante a melhorar as suas listas;
- Revisar os sintomas de depressão, listá-los e pedir para que os participantes identifiquem quais aqueles são úteis como alerta. Identificar uma lista geral de sinais de alerta;
- Estimular os participantes, como tarefa de casa, a construir a sua própria lista de alertas operacionais (próprios) e precoces para a depressão.

➤ **Sessão 17: O que fazer quando uma nova fase é detectada?**

Objetivos

- Construir um plano de emergência que o leve a desenvolver técnicas ou recursos que auxiliem durante as possíveis recaídas.

Procedimentos

- Retomar a tarefa de casa e, junto com o grupo, auxiliar cada participante a melhorar as suas listas;
- Discutir com o grupo como agir diante das descompensações em cada episódio. Devem-se apresentar inicialmente as estratégias para lidar com a mania, a hipomania e os episódios mistos. Em seguida, discutir as estratégias para lidar com a depressão;
- Pode-se, a partir das estratégias utilizadas pelos pacientes, indicar as que são adequadas e as que são incorretas como, por exemplo, se estiver sem sono acordar no meio da noite e terminar o trabalho de limpeza da casa;
- Orientar quanto à prática de exercício físico, extremamente recomendado para a depressão, mas desaconselhado para a mania, a hipomania ou os episódios mistos;
- Como tarefa de casa, solicita-se que listem outras estratégias para lidar com cada episódio, trazendo a lista na próxima sessão.

Unidade 5 – Hábitos regulares e como gerenciar o estresse

➤ Sessão 18: Regularidade de hábitos

Objetivos

- Orientar quanto à importância da regularidade de hábitos para a estabilidade da doença

Procedimentos

- Rever o plano de emergência – estratégias – para lidar precocemente com as alterações do humor;
- Apresentam-se duas histórias de pacientes bipolares (fictícias). Estes combinam de se reencontrarem após um ano. Quem recair primeiro, pagará uma entrada de cinema ao outro;
- Levanta-se a possibilidade dos pacientes das histórias permanecerem eutímicos após um ano, e quais são os fatores de risco presentes em cada uma das histórias;
- Discutir sobre os fatores de maior ou menor risco que levam às recaídas e recorrências;
- Debatem-se com os idosos os cuidados que cada usa em relação à sua saúde e aos hábitos de sono.

➤ Sessão 19: Técnicas de controle do estresse

Objetivos

- Enfatizar a importância do estresse como um desencadeante para novos episódios, apresentando estratégias para auxiliar no gerenciamento do estresse e da ansiedade.

Procedimentos

- Retomar a discussão sobre as causas e desencadeantes, estimulando a participação dos integrantes do grupo;
- Esclarecer o conceito de estresse e a sua influência como desencadeante de novos episódios. Por meio de um gráfico do humor, mostrar a relação entre o estímulo estressor (positivo e negativo) e as recaídas;
- Ensinar a técnica de controle respiratório (respiração diafragmática) e realizá-la coletivamente.

➤ **Sessão 20: Estratégias para a Solução de Problemas**

Objetivos

- Ensinar aos participantes o método para a Solução de Problemas e a como planejar uma viagem.

Procedimentos

- Apresenta-se o modelo teórico para a Solução de Problemas, passo a passo;
- Levanta-se um exemplo de um problema apontado por algum integrante do grupo. Junto com os participantes, realizam-se os passos para a resolução do problema por escrito, podendo-se utilizar a lousa (definir o problema operacionalmente, realizar um amplo levantamento sobre o problema);
- Avaliar a probabilidade de solução – resposta emocional, tempo e esforço requeridos e os efeitos no longo prazo;
- Iniciar a atividade prática de planejamento de uma viagem, identificando comportamentos preventivos para planejar uma viagem.

➤ **Sessão 21: Encerramento**

Objetivos

- Realizar o fechamento do grupo, identificando os possíveis benefícios subjetivos experimentados pelo grupo e avaliar o programa.

Procedimentos

- Reservar um momento inicial da sessão para solucionar as possíveis dúvidas que ainda perdurem das sessões anteriores;
- Perguntar aos participantes de que modo a sua experiência no grupo mudou o seu comportamento ou a sua maneira de pensar sobre o conhecimento da doença, a necessidade de tratamento, a detecção precoce dos sintomas, como estruturar o tempo, o uso de substâncias – permitindo a avaliação subjetiva dos benefícios do grupo;
- Por último, os idosos são convidados a avaliar o programa.

APÊNDICE E

Protocolo da Terapia Cognitivo Comportamental em grupo

➤ **Sessão 1: Visão geral da TCC**

Objetivos

- Proporcionar uma visão geral do processo de tratamento;
- Discutir os direitos do paciente e as suas responsabilidades no processo de tratamento;
- Especificar claramente as responsabilidades do terapeuta;
- Discutir as responsabilidades familiares: detecção dos sintomas, encorajamento e suporte dos pacientes.

Procedimentos

- Familiarizar o paciente com a TCC, enfatizar as tarefas de casa e revisar os planos de tratamento.

➤ **Sessão 2: Reconhecimento e Diagnóstico do TB: O que é o TB?**

Objetivos

- Proporcionar definições descritivas sobre o TB, episódios de depressão e mania, inclusive utilizando exemplos do próprio paciente;
- Rever, brevemente, os aspectos biológicos dos transtornos do humor;
- Discutir a relação entre os fatores psicossociais, como o estresse e as recorrências dos episódios.

Procedimentos

- Conversar sobre a definição do diagnóstico de TB, com exemplos de sintomas, solicitar que os pacientes descrevam as suas experiências quando tiveram os episódios ou com quaisquer outros sintomas;
- Avaliar o conhecimento dos pacientes sobre o TB - fatos sobre o TB.

➤ **Sessões 3 e 4: Tratamentos medicamentosos do TB – medicações estabilizadoras do humor e antidepressivas**

Objetivos

- Examinar a farmacologia, a toxicidade, os efeitos colaterais e os positivos das medicações que foram prescritas para o paciente;

- Rever a interação do abuso de substâncias com os sintomas do TB;
- Corrigir as concepções errôneas sobre o uso de medicações, incluindo os problemas de adição e de dependência;
- Identificar os problemas com a medicação.

Procedimentos

- Avaliar a adesão ao tratamento;
- Conversar sobre as medicações comumente utilizadas no TB, incluindo os seus benefícios, os seus efeitos colaterais e as interações com outros medicamentos e drogas de abuso;
- Introduzir a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos;
- Ler em conjunto o material escrito – mudanças de emoções e pensamentos que afetam os comportamentos;
- Exercícios para identificar as emoções e as cognições;
- Levantamento das crenças associadas ao TB e às medicações.

➤ **Sessão 5: Controlando os sintomas: um sistema de detecção precoce - sintomas individuais do TB**

Objetivos

- Ajudar pacientes a identificarem como as suas experiências do dia-a-dia podem estar relacionadas aos sintomas da doença;
- Ajudar os pacientes a diferenciarem os estados do humor normais dos sintomas de depressão e de mania.

Procedimentos

- Perguntar aos pacientes como o transtorno bipolar tem afetado as suas vidas e o seu ambiente familiar;
- Leitura em conjunto de material escrito – o que acontece com você quando está em mania ou em depressão?
- Tarefa de Casa – refletir sobre as principais mudanças no seu comportamento, nas suas emoções e cognições durante os episódios, trazendo-as por escrito.

➤ **Sessão 6: Controlando os sintomas**

Objetivos

- Ensinar aos pacientes a automonitorar o seu humor

Procedimentos

- Introduzir o uso dos gráficos do humor.
- Revisar os procedimentos para o preenchimento do gráfico.
- Completar a planilha de resumo dos sintomas, especificando cada episódio;
- Tarefa de Casa – gráfico do humor

➤ **Sessão 7: Encorajando a adesão ao tratamento – adesão ao tratamento**

Objetivos

- Trabalhar a adesão ao tratamento;
- Avaliar os obstáculos atuais ou potenciais para o seguimento do plano de tratamento, desenvolvendo um plano de ação para reduzir tais obstáculos.

Procedimentos

- Verificar a tarefa de casa. Se o gráfico do humor não foi concluído, prosseguir com a intervenção da adesão e completá-lo retrospectivamente. Programar o gráfico novamente como tarefa de casa;
- Introduzir o gráfico de mapeamento da vida, buscando identificar as recorrências, o tipo de episódios, os fatores estressores associados, os prejuízos etc.;
- Avaliar em quais as circunstâncias os pacientes estão mais ou menos suscetíveis a seguir com os seus planos de tratamento estabelecidos, e quais os resultados;
- Descrever o plano de tratamento atual, avaliando as atitudes e as crenças dos pacientes em relação ao diagnóstico e ao tratamento. Identificar as distorções cognitivas e, se necessário, utilizar as técnicas da reestruturação cognitiva;

- Avaliar o grau de adesão atual à medicação, comparando o planejamento inicial com o comportamento verdadeiro do paciente. Identificar as dificuldades e negociar as mudanças;
- Avaliar e resolver os possíveis obstáculos por meio do modelo de solução de problemas. Se não houver dificuldades atuais, identificar os problemas vivenciados no passado, escolher um e prosseguir com a intervenção;
- Desenvolver um plano, em conjunto, para superar os obstáculos à adesão;
- Tarefa de casa – gráfico do humor.

➤ **Sessão 8: Mudanças Cognitivas nos Episódios Depressivos – Pensamento Tendencioso (Distorcido)**

Objetivos

- Introduzir os conceitos de pensamento distorcido negativo ou positivo, demonstrando o quanto eles podem influenciar a interpretação dos eventos e as ações subsequentes;
- Ajudar os pacientes a fazer a associação das mudanças do humor com os eventos, os padrões de pensamento e os comportamentos.

Procedimentos

- Avaliar a adesão ao tratamento e revisar a tarefa de casa;
- Revisar o gráfico do humor. Conversar sobre qualquer variação na amplitude normal;
- Pensamento distorcido - definir as alterações do humor e pensamentos automáticos negativos. Revisar a associação entre os eventos, as alterações do humor e os pensamentos automáticos. Introduzir exemplos a partir das experiências dos pacientes.
- Tarefa de Casa – gráfico do humor.

➤ **Sessão 9: Mudanças Cognitivas nos Episódios Depressivos – Mudanças cognitivas na depressão**

Objetivos

- Rever o conceito de pensamentos negativos;

- Ensinar aos pacientes a identificarem os pensamentos automáticos negativos e as distorções cognitivas (erros de pensamento) e a corrigi-los.

Procedimentos

- Avaliar a adesão e revisar a tarefa de casa;
- Revisar o conceito de pensamentos influenciados negativamente. Extrair um exemplo de alteração do humor que tenha ocorrido na semana anterior, e qualquer pensamento automático que o tenha acompanhado;
- Utilizar o Registro de Pensamentos como um guia para ensinar os pacientes a identificarem os seus pensamentos automáticos negativos;
- Definir “erro de pensamento” e fornecer uma lista dos erros de pensamento comuns;
- Leitura de material em conjunto – Quais são os pensamentos que passam pela minha cabeça quando estou em mania ou em depressão?
- Tarefa de casa – Registro dos Pensamentos.

➤ **Sessão 10: Mudanças Cognitivas nos Episódios Depressivos – Análise lógica dos pensamentos automáticos negativos**

Objetivos

- Ensinar os pacientes a procurarem evidências para avaliar a validade dos pensamentos automáticos negativos;
- Ensinar os pacientes a criarem interpretações alternativas para os eventos, como um meio de combater os pensamentos automáticos negativos.

Procedimentos

- Avaliar a adesão e revisar o registro dos pensamentos. Avaliar o sobre a tarefa, reforçando a associação entre os eventos, os pensamentos e os sentimentos. Se os pacientes não completaram a tarefa, solicitar que preencham o diário no momento para desenvolver a habilidade de registro;

- Evidências a favor / contra. Explicar o porque avaliar a validade dos pensamentos automáticos negativos. Desenvolver uma análise lógica dos pensamentos automáticos para treinar o exercício, utilizar os registros realizados pelos pacientes em casa;
- Explicações Alternativas. Explicar a razão desta intervenção e gerar explicações alternativas para um evento levantado pelos pacientes. Solicitar que escolham a explicação que pareça mais provável. Proporcionar explicações contra / favor à explicação alternativa, se necessário;
- Levar o paciente a reavaliar a intensidade da emoção e das crenças associadas ao pensamento negativo original. Reforçar a lógica e o propósito deste exercício;
- Tarefa de Casa – gráfico do humor e registro dos pensamentos.

➤ **Sessão 11: Mudanças Cognitivas nos Episódios Maníacos**

Objetivos

- Rever os tipos de pensamentos que podem servir como indicadores do início da mania;
- Treinar os pacientes para identificar as mudanças positivas no humor e os pensamentos associados aos episódios maníacos e hipomaníacos;
- Praticar a aplicação dos métodos de reestruturação cognitiva para as cognições que possam estar distorcidas pela hipomania;
- Ensinar os métodos para avaliar os planos antes de colocá-los em prática.

Procedimentos

- Avaliar a adesão e revisar a tarefa de casa;
- Revisar os pensamentos distorcidos positivamente que estão associados ao início da mania ou da hipomania. Solicitar aos pacientes exemplos pessoais de seus pensamentos quando estavam hipomaníacos ou maníacos;
- Utilizar o registro dos pensamentos para ensinar os pacientes a identificarem os pensamentos distorcidos positivamente, conversar

sobre como e quando monitorar os pensamentos que possam anunciar um episódio maníaco;

- Usar a reestruturação cognitiva para avaliar e para modificar os pensamentos distorcidos, discutir sobre quando notificar o médico as mudanças cognitivas;
- Ensinar as técnicas das vantagens e das desvantagens e o estabelecimento de metas;
- TC – Manter o gráfico do humor e se este se desviar do normal, solicitar que faça o Registro de Pensamentos. Enfatize o ato de monitorar as mudanças positivas no humor para realizar essa tarefa como tema de casa.

•

➤ **Sessão 12: Os Aspectos Comportamentais da Depressão**

Objetivos

- Examinar os problemas comportamentais comuns associados à depressão (por exemplo: sentir-se sobrecarregado e incapacitado, em um ciclo de letargia);
- Ensinar aos pacientes estratégias para o enfrentamento destes problemas - tarefas graduadas de domínio e de prazer.

Procedimentos

- Avaliar a adesão e revisar a tarefa de casa;
- Revisar o conceito de se sentir incapacitado e sobrecarregado, e fornecer uma análise racional para a intervenção nas tarefas graduadas. Questionar sobre as épocas em que se sentiram incapacitados ou sobrecarregados. Descobrir como os pacientes lidaram com este tipo de problema no passado;
- Descrever o procedimento das tarefas graduadas. Escolher as tarefas que os pacientes tenham dificuldade para completar, e aplicar o exercício usando o planejamento de tarefas;
- Introduzir a importância de experimentar um senso de domínio e de prazer, e o seu papel dentro da depressão. Avaliar o nível de prazer na vida do paciente nesse momento. Desenvolver tarefas de casa com o objetivo de aumentar atividades prazerosas durante a semana;

- Descrever o ciclo da letargia. Pedir aos pacientes que descrevam as suas experiências com a letargia. Explicar a utilização do aumento do domínio e do prazer e da agenda de tarefas para interromper o ciclo.
- Tarefa de Casa – Designar uma intervenção para aumentar o domínio e o prazer ou para interromper o ciclo letárgico.

➤ **Sessão 13: Mudanças Comportamentais na Mania**

Objetivos

- Treinar os pacientes a monitorarem o seu nível de atividades;
- Ensiná-los a estabelecerem objetivos como uma técnica para impor limites à sua atividade antes de esta alcançar níveis problemáticos;
- Discutir sobre como usar o feedback de outras pessoas.

Procedimentos

- Avaliar a adesão e revisar a tarefa de casa;
- Fornecer uma análise racional para monitorar as variações no nível de atividades, como sendo uma pista do início da mania ou hipomania. Usando uma tarefa da semana anterior, fazer o paciente colocar em uma escala o seu nível de atividade da semana anterior, usando a mesma escala especificada para o humor;
- Fornecer uma análise racional para usar o estabelecimento de metas como uma maneira de estabelecer limites no nível de atividade;
- Conversar sobre as experiências passadas em que outros tenham dado um *feedback* aos pacientes sobre as suas mudanças de comportamento. A informação foi bem vinda ou rejeitada? Conversar sobre como os pacientes podem se beneficiar com o *feedback* dos outros;
- Comparar e contrastar as experiências dos pacientes de domínio e de prazer nos estados normal, deprimido e maníaco. Utilizar o procedimento da reestruturação cognitiva;
- Leitura em conjunto do material escrito – como não piorar as coisas;
- Tarefa de casa - por meio do gráfico do humor, monitorar o humor e as atividades.

➤ **Sessão 14: Problemas Psicossociais**

Objetivos

- Abrir discussão sobre os problemas psicossociais enfrentados pelas pessoas com o TB, provendo exemplos de problemas psicossociais comuns associados ao transtorno;
- Facilitar a discussão sobre problemas que os pacientes tenham experimentado no passado ou que estão enfrentando no momento, os quais possam estar direta ou indiretamente relacionados ao seu transtorno mental.

Procedimentos

- Avaliar a adesão e revisar a tarefa de casa;
- Dar uma explicação de como os problemas psicossociais e interpessoais podem exacerbar ou serem exacerbados pelos sintomas da depressão ou da mania;
- Pedir aos pacientes que descrevam qualquer dificuldade psicossocial que tenham vivenciado e que esteja relacionada à doença, esclarecendo que isto será discutido na próxima sessão;
- Tarefa de Casa – Gráfico do humor e/ou atividade.

➤ **Sessão 15: Avaliação do Funcionamento Psicossocial**

Objetivos

- Avaliar os problemas psicossociais que podem estar perturbando os pacientes;
- Avaliar as qualidades e as fraquezas interpessoais dos pacientes (p. ex. recursos e habilidades), estabelecendo objetivos para o tratamento destas.

Procedimentos

- Avaliar a adesão e revisar a tarefa de casa;
- Avaliar a qualidade dos relacionamentos interpessoais atuais dos pacientes, incluindo os seus contatos sociais, a quantidade de contato com os outros, a qualidade dessas interações, o grau de apoio percebido ou qualquer dificuldade atual nos relacionamentos;

- Avaliar a presença de estressores psicossociais e ajudar a identificar as qualidades que facilitem o enfrentamento
- Avaliar qualquer fonte de apoio disponível para os pacientes;
- Com base nestas informações, auxiliar os pacientes a estabelecerem metas para o seu tratamento, a serem abordadas nas sessões seguintes;
- Tarefa de casa – gráfico do humor e agenda das atividades.

➤ **Sessão 16: Desenvolvimento das Habilidades para a Solução de Problemas**

Objetivos

- Ensinar um procedimento estruturado para identificar, definir e resolver os problemas;
- Praticar o procedimento durante a sessão.

Procedimentos

- Avaliar a adesão e revisar a tarefa de casa;
- Leitura em conjunto de material escrito – o que é a habilidade para resolver problemas?
- Selecionar um problema psicossocial identificado na última sessão e aplicar o procedimento para a solução de problemas;
- Tarefa de casa – registrar os problemas psicossociais que enfrente.

➤ **Sessão 17-20: Solução dos Problemas Psicossociais**

Objetivos

- Tratar uma área do problema, definida nas sessões anteriores, utilizando o procedimento para a Solução de Problemas.

Procedimentos

- Avaliar a adesão e revisar a tarefa de casa;
- Desenvolver o procedimento para a Solução de Problemas para as dificuldades mencionadas pelos pacientes;
- Discutir a importância de utilizar tal método nas épocas em que é provável que o estresse aumente, como diante de eventos vitais;

- Ensinar as técnicas de gerenciamento de estresse para lidar com as situações estressoras, como a técnica de relaxamento;
- Discutir com os pacientes a necessidade de avaliar periodicamente o funcionamento psicossocial, pois isto pode ajudar a prevenir os problemas antes que estes aconteçam.

➤ **Sessão 21: Manutenção e Prevenção da Recaída**

Objetivos

- Discutir sobre as possíveis dificuldades com o término do tratamento, e elaborar um plano de ação para uma possível recaída.

Procedimentos

- Levantar possíveis dificuldades quanto ao término do tratamento, procurando listar os problemas e as crenças distorcidas;
- Junto aos pacientes, elaborar um plano de recaída, apontando as ações e as pessoas que possam buscar diante de uma recaída;
- Encerrar o grupo e discutir sobre a experiência de terem participado do grupo.

ANEXOS

ANEXO A – Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

ANEXO B – Escala de Avaliação de Mania de Young Modificada (EAM-m)

ANEXO C – Questionário de Crenças Irracionais (QCI)

ANEXO D – Inventário de Qualidade de Vida (IQV)

ANEXO A**Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)
Versão Simplificada****Nome:** _____**Data:** _____

Responda as perguntas abaixo com Sim ou Não, pensando em como você está se sentindo nesta última semana.

1. Você está satisfeito com a sua vida? () *Sim* () *Não*
2. Você interrompeu muitas das suas atividades? () *Sim* () *Não*
3. Você sente a sua vida vazia? () *Sim* () *Não*
4. Você fica com frequência aborrecido? () *Sim* () *Não*
5. Você está de bem com a vida a maior parte do tempo? () *Sim* () *Não*
6. Você tem medo que algo ruim vai lhe acontecer? () *Sim* () *Não*
7. Você se sente alegre a maior parte do tempo? () *Sim* () *Não*
8. Você com frequência se sente inútil? () *Sim* () *Não*
9. Você prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas? () *Sim* () *Não*
10. Você sente que está tendo mais problemas de memória do que frequentemente?
() *Sim* () *Não*
11. Você pensa que é maravilhoso estar vivo agora? () *Sim* () *Não*
12. Você pensa que não vale a pena viver como está vivendo agora?
() *Sim* () *Não*
13. Você se sente cheio de energia? () *Sim* () *Não*
14. Você sente que a sua situação não tem solução? () *Sim* () *Não*
15. Você pensa que muita gente é melhor do que você? () *Sim* () *Não*

Total _____

ANEXO B

Escala de Avaliação de Mania Modificada (EAM-m)

Instruções

A entrevista de avaliação para o preenchimento da EAM-m é, a priori, não-estruturada. As perguntas descritas aqui são APENAS um roteiro para que, na avaliação do paciente maníaco, nenhum dos itens da EAM-m deixe de ser avaliado. Portanto, o avaliador tem liberdade para realizar outras perguntas que julgue necessárias para avaliação de um determinado item ou, então, omitir algumas das perguntas listadas, se o paciente (ou a observação direta) já tiver oferecido informações sobre o item a que elas se referem. A escala deve ser pontuada somente após o término da entrevista. Considerar as alterações que permeiam a maior parte da entrevista.

Entrevista

Item	Perguntas-guia
	Qual o seu nome completo? E a sua idade? Onde você mora? Com quem você mora? Está trabalhando atualmente? (Já trabalhou anteriormente? No quê?)
11. <i>Insight</i>	Quanto tempo faz que você está aqui? Conte-me por que motivo você foi internado. Quando isso começou? O que aconteceu depois? O seu comportamento (jeito de agir ou de ser) tem sido diferente ultimamente? (Como?) (Você está doente? Quais são os sintomas da sua doença? Tem algum problema na cabeça? Você precisa de tratamento? Precisa tomar remédios?) (<i>Confrontar se necessário</i>)
4. Sono	Ultimamente, você tem sentido dificuldade para dormir? Quantas horas à noite você tem dormido? Quantas horas você normalmente costuma dormir? (Quantas horas a menos você tem dormido?) Ultimamente, você precisa de menos horas de sono para se sentir descansado e bem-disposto? (<i>Confrontar se necessário</i>)
5. Irritabilidade	Nos últimos dias você está impaciente ou irritável com as outras pessoas? (As pessoas têm deixado você nervoso?) Você está tão irritado (ou nervoso) que começa a brigar com as pessoas ou a gritar com elas? (Conseguiu manter o controle? Tolerou provocações? Chegou a agredir alguém ou a quebrar objetos?) (<i>OBSERVAR e confrontar se necessário</i>)
2. Atividade psicomotora	Ultimamente, você tem se sentido mais disposto ou animado do que o habitual? Você está se sentindo com muita energia? Sente-se inquieto ou agitado? Você sente vontade de fazer várias coisas ao mesmo tempo? (<i>OBSERVAR e confrontar se necessário</i>)
3. Interesse sexual	Você tem pensado muito em sexo? Tem tido algum tipo de comportamento sexual que não era habitual antes ou que tem causado problemas com as outras pessoas? (Você tem estado muito “paquerador”? Alguém reclamou de algo que você tenha feito neste sentido? Alguém reclamou do seu comportamento sexual?) (<i>OBSERVAR e confrontar se necessário</i>)
6. Fala	Ultimamente, você está mais falante do que o normal? As pessoas falam que você está muito falante ou mais falante do que o habitual? (As pessoas têm dificuldade de entender ou interromper você? As pessoas têm dificuldades para conversar com você?) (<i>OBSERVAR</i>)

8. Conteúdo do pensamento	Ultimamente, você tem tido pensamentos diferentes ou estranhos, ou idéias ou planos que antes não passavam pela sua cabeça? Quais os seus planos para o futuro? (O que você tem vontade de fazer?) Nos últimos dias você tem se sentido com algum talento ou habilidade que a maioria das pessoas não têm? (Como você sabe disso?) Você acha que as pessoas têm inveja de você? Você acredita que tem alguma coisa importante para fazer no mundo? Você se considera famoso? Você tem alguma relação especial com alguém importante ou famoso?
1. Humor elevado	Ultimamente, como você se sente? Como tem estado o seu humor (alegre, triste, irritável?) (Se deprimido: Você acredita que pode melhorar?) Como este sentimento tem afetado o seu dia-a-dia? (Você está mais alegre [confiante ou otimista] do que o habitual? Ultimamente, você está tão bem ou alegre, que as outras pessoas julgam que você não está no seu normal? Você está tão alegre que isso lhe trouxe problemas?) (OBSERVAR)

Encerramento

Estas eram as perguntas que eu precisava fazer. Tem alguma que você considera importante dizer, e que eu não perguntei, ou algo que gostaria de perguntar?

Observação

Os itens 7, 8 e 10 da EAM-m são preenchidos exclusivamente a partir da observação direta.

Definição dos Itens da EAM-m

Item – Definição	Graus
1. Humor e afeto elevados Este item compreende uma sensação difusa e prolongada, subjetivamente experimentada e relatada pelo indivíduo, caracterizada pela sensação de bem-estar, de alegria, de otimismo, de confiança e de ânimo. Pode haver um afeto expansivo, ou seja, uma expressão dos sentimentos exagerada ou sem limites, associada a uma intensa relação com sentimentos de grandeza (euforia). O humor pode ou não ser congruente com o conteúdo do pensamento.	(0) Ausência de elevação do humor ou afeto (1) Humor ou afeto discretos ou possivelmente aumentados, quando questionado (2) Relato subjetivo de elevação clara do humor, mostra-se otimista, autoconfiante, alegre; afeto apropriado ao conteúdo do pensamento (3) Afeto elevado ou inapropriado ao conteúdo do pensamento; jocoso (4) Eufórico, risos inadequados, cantando (x) Não avaliado
2. Atividade motora –energia aumentadas Este item compreende a psicomotricidade – e a expressão corporal – apresentada pelo paciente, incluindo a sua capacidade de controlá-la, variando desde um grau de normalidade até um estado de agitação, com atividade motora sem finalidade, não influenciada por estímulos externos. O item compreende também o relato subjetivo do paciente, quanto à sensação de energia, ou seja, a sua capacidade de produzir e agir.	(0) Ausente (1) Relato subjetivo de aumento da energia ou da atividade motora (2) Apresenta-se animado ou com gestos aumentados (3) Energia excessiva; às vezes, hiperativo; inquieto (mas pode ser acalmado) (4) Excitação motora; hiperatividade contínua (não pode ser acalmado) (x) Não avaliado
3. Interesse Sexual Este item compreende idéias e/ou impulsos persistentes relacionados às questões sexuais, incluindo a capacidade do paciente	(0) Normal, sem aumento (1) Discreta ou possivelmente aumentado (2) Descreve aumento subjetivo, quando questionado

<p>em controlá-los. O interesse sexual pode restringir-se a pensamentos e desejos não concretizados, em geral verbalizados apenas após solicitação, podendo chegar até a um comportamento sexual frenético e desenfreado, sem qualquer controle ou crítica quanto aos riscos e às normas morais.</p>	<p>(3) Conteúdo sexual espontâneo, discurso centrado em questões sexuais, auto-relato de hipersexualidade (4) Relato confirmado ou observação direta de comportamento explicitamente sexualizado, pelo entrevistador ou por outras pessoas (x) Não avaliado</p>
<p>4. Sono Este item inclui a redução ou a falta na capacidade de dormir, e/ou a redução ou falta de necessidade de dormir para se sentire bem-disposto e ativo.</p>	<p>(0) Não relata diminuição do sono (1) Dorme menos que a quantidade normal, cerca de 1 hora a menos do que o seu habitual (2) Dorme menos que a quantidade normal, mais de 1 hora a menos do que o seu habitual (3) Relata diminuição da necessidade de sono (4) Nega necessidade de sono (x) Não avaliado</p>
<p>5. Irritabilidade Este item revela a predisposição afetiva para os sentimentos / emoções como a raiva ou o mau-humor, mostrados pelo paciente diante de estímulos externos. Inclui baixo-limiar à frustração com reações de ira exagerada, podendo chegar a um estado constante de comportamento desafiador, querelante e hostil.</p>	<p>(0) Ausente (2) Subjetivamente aumentada (4) Irritável em alguns momentos durante a entrevista, episódios recentes (nas últimas 24 horas) de ira ou de irritação na enfermaria (6) Irritável durante a maior parte da entrevista, ríspido e lacônico o tempo todo (8) Hostil, não cooperativo, entrevista impossível (x) Não avaliado</p>
<p>6. Fala (velocidade e quantidade) Este item compreende a velocidade e a quantidade do discurso verbal apresentado pelo paciente. Inclui a sua capacidade de percebê-lo e de controlá-lo, por exemplo, diante de solicitações para que permaneça em silêncio ou permita que o entrevistador fale.</p>	<p>(0) Sem aumento (2) Percebe-se mais falante do que o seu habitual (4) Aumento da velocidade ou da quantidade da fala em alguns momentos, verborrêico às vezes (com solicitação, consegue-se interromper a sua fala) (6) Quantidade e velocidade constantemente aumentadas (8) Fala pressionada, ininterruptível, contínua (ignora a solicitação do entrevistador) (x) Não avaliado</p>
<p>7. Linguagem – Distúrbio do pensamento Este item refere-se as alterações na forma do pensamento, avaliada pelas construções verbais emitidas pelo paciente. O pensamento pode estar mais ou menos desorganizado de acordo com a gravidade das alterações formais do pensamento, descritas a seguir: * Circunstancialidade: fala indireta que demora a atingir o ponto desejado, mas eventualmente vai desde o ponto de origem até o objetivo final, a despeito da</p>	<p>(0) Sem alterações (1) Circunstancial; pensamentos rápidos (2) Perde objetivos do pensamento; muda de assunto frequentemente; pensamentos muito acelerados (3) Fuga de idéias; tangencialidade; dificuldade para acompanhar o pensamento; ecolalia consonante (4) incoerência; comunicação impossível (x) Não avaliado</p>

<p>superinclusão de detalhes e de observações irrelevantes;</p> <p>* Tangencialidade: incapacidade para manter as associações do pensamento dirigidas ao objetivo – o paciente nunca chega do ponto inicial ao objetivo final desejado;</p> <p>* Fuga de ideias: verbalizações rápidas e contínuas ou jogos de palavras que produzem uma constante mudança de uma idéia para a outra; as ideias tendem a estar conectadas e, mesmo em formas menos graves, podem ser difíceis de ser acompanhadas pelo ouvinte;</p> <p>* Ecolalia consonante: repetição automática de palavras ou frases, com uma entonação e uma forma que produzem efeito sonoro de rima;</p> <p>* Incoerência: fala ou pensamento essencialmente incompreensíveis aos outros, porque as palavras ou as frases são reunidas sem uma conexão lógica e com significado, podendo chegar à incoerência gramatical e à mistura de palavras.</p>	
<p>8. Conteúdo</p> <p>Este item compreende as idéias e as crenças apresentadas pelo paciente, variando de acordo com a intensidade de ideias novas e/ou incomuns ao paciente, a ideiação supervalorizada (crença falsa, intensamente arraigada, porém susceptível à argumentação racional), a delírios (crenças falsas, baseadas em inferências incorretas sobre a realidade, inconsistentes com a inteligência e antecedentes culturais do paciente, e que não podem ser corrigidas pela argumentação). Os conteúdos comumente observados no paciente maníaco incluem (1) as ideias místicas, de conteúdo religioso, referindo-se à atuação de entidades, de outras pessoas ou de fatos sobre o paciente; (2) as ideias paranóides, (crença de estar sendo molestado, enganado ou perseguido); (3) ideias de grandeza, (concepção exagerada da própria importância poder ou identidade, incluindo posses materiais, qualidades incomuns e relacionamentos especiais com personalidades famosas ou entidades místicas); (4) ideias de referência (crença de que o comportamento dos outros tem relação consigo próprio ou de que eventos, objetos ou outras pessoas possuem um significado particular e incomum para si).</p>	<p>(0) Normal</p> <p>(2) Novos interesses e planos compatíveis com a condição sociocultural do paciente, mas questionáveis</p> <p>(4) Projetos especiais totalmente incompatíveis com a condição socioeconômica do paciente; hiper-religioso</p> <p>(6) Idéias supervalorizadas</p> <p>(8) Delírios</p> <p>(x) Não avaliado</p>
<p>9. Comportamento disruptivo agressivo</p>	<p>(0) Ausente, cooperativo</p>

Este item compreende a atitude e as respostas do paciente ao entrevistador e à situação da entrevista. O paciente pode mostrar-se desconfiado ou irônico e sarcástico, mas ainda assim responde aos questionamentos, ou então não cooperativo e francamente agressivo, inviabilizando a entrevista.	<p>(2) Sarcástico; às vezes, barulhento; desconfiado</p> <p>(4) Ameaça o entrevistador, gritando; entrevista dificultada</p> <p>(6) Agressivo; destrutivo; entrevista impossível</p> <p>(x) Não avaliado</p>
<p>10. Aparência</p> <p>Este item compreende a apresentação física do paciente, incluindo os aspectos relacionados à higiene, ao asseio e ao modo de vestir-se.</p>	<p>(0) Arrumado e vestido apropriadamente</p> <p>(1) Descuidado minimamente; adornos ou roupas</p> <p>(2) Precariamente asseado; despenteado moderadamente; vestido com exagero</p> <p>(3) Desgrenhado; vestido parcialmente; maquiagem extravagante</p> <p>(4) Completamente descuidado; com muitos adornos e adereços; roupas bizarras</p> <p>(x) Não avaliado</p>
<p>11. Insight (discernimento)</p> <p>Este item refere-se ao grau de consciência e de compreensão do paciente quanto ao fato de estar doente. Varia tanto de um entendimento adequado (afetivo e intelectual) quanto à presença da doença, passando por concordância apenas diante de argumentação, chegando a uma negação total da sua enfermidade, referindo estar, no seu comportamento normal e não necessitando de qualquer tratamento.</p>	<p>(0) <i>Insight</i> presente: espontaneamente refere estar doente e concorda com a necessidade de tratamento</p> <p>(1) <i>Insight</i> duvidoso: com argumentação, admite possível doença e a necessidade de tratamento</p> <p>(2) <i>Insight</i> prejudicado: espontaneamente admite alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença ou discorda da necessidade de tratamento</p> <p>(3) <i>Insight</i> ausente: com argumentação admite de forma vaga alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença e discorda da necessidade de tratamento</p> <p>(4) <i>Insight</i> ausente: nega a doença, qualquer alteração comportamental e necessidade de tratamento</p> <p>(x) Não avaliado</p>

FOLHA DE RESPOSTAS – EAM-m

Item	Pontuação
1. Humor elevado	
2. Atividade e energia aumentadas	
3. Interesse sexual	
4. Sono	
5. Irritabilidade	
6. Fala (velocidade e quantidade)	
7. Linguagem – Distúrbio do pensamento	
8. Conteúdo do pensamento	
9. Comportamento disruptivo agressivo	
10. Aparência	
11. Insight (discernimento)	
Total	

ANEXO C

Questionário de Crenças Irracionais

Nome: _____

Data: _____

Você vai ler abaixo 11 frases. Assinale na coluna correspondente a resposta que expressa mais perto a sua própria opinião em relação a cada uma das frases.

	Concordo	Discordo
1. É extremamente necessário para um ser humano ser aprovado por todos, em tudo que faz.		
2. Certos atos são terríveis e pecaminosos e, por isso, devem ser severamente punidos.		
3. É horrível quando as coisas não são exatamente do jeito que gostaríamos que fossem.		
4. As desgraças do ser humano são causadas por pessoas ou eventos externos.		
5. Se alguma coisa pode ser perigosa ou amedrontadora, deve-se ficar extremamente perturbado por isso.		
6. É mais fácil evitar do que enfrentar as dificuldades da vida e as nossa próprias responsabilidades.		
7. As pessoas sempre precisam de outras maiores ou mais fortes do que elas próprias para se apoiarem.		
8. Deve-se ser absolutamente competente, inteligente e merecedor de todo o respeito.		
9. Porque algo afetou fortemente a vida de alguém um dia, vai continuar a afetá-la indefinidamente.		
10. Deve-se ter um controle absoluto e perfeito sobre as coisas.		
11. Não se tem praticamente nenhum controle sobre as próprias emoções e nada pode ser feito em relação às sensações causadas por certos eventos.		

Total _____

ANEXO D

Inventário de Qualidade de Vida

Quadrante Social		Sim	Não	Pontos
1	Tenho amigos com os quais socializo em casa			
2	A maior parte dos meus amigos depende de mim para algo importante			
3	Gosto de conversar sobre assuntos não relacionados ao meu trabalho			
4	Há horas em que acho que visitar e receber os meus amigos é uma perda de tempo			
5	Converso com os meus vizinhos			
6	Sinto-me desconfortável em festas			
7	Colaboro com alguma instituição de caridade			
8	Às vezes me esquivo de atender os telefonemas dos amigos			
9	Prefiro conversar sobre negócios, mesmo em uma festa			
10	Gosto de passear sem pressa ou horários			

Quadrante Afetivo		Sim	Não	Pontos
1	Tenho um relacionamento afetivo estável – esposa (o) / namorado (a)			
2	Sou admirado por minhas qualidades, além da minha situação profissional			
3	Sou comunicativo e alegre com os meus filhos			
4	Minha família está razoavelmente satisfeita com o número de horas que me dedico a ela semanalmente			
5	Recebo afeto			
6	Dou afeto			
7	Admiro e gosto de mim mesmo			
8	Gosto de observar a natureza e o faço sempre			
9	Às vezes fico lembrando pequenos episódios bons da minha vida			
10	Comemoro com prazer as datas importantes para mim			

Quadrante Profissional		Sim	Não	Pontos
1	Sou competente no meu trabalho			
2	Tenho metas quanto ao que quero fazer			
3	Meu trabalho é reconhecido pelos outros			
4	Não tenho medo do futuro no que se refere ao trabalho			
5	Ganho satisfatoriamente			
6	Se pudesse pararia de trabalhar			
7	Sinto que contribuo para o sucesso da empresa			
8	Escolhi a profissão errada para mim			
9	Meu trabalho me oferece segurança			
10	Se fosse possível mudaria de emprego			

Quadrante de Saúde		Sim	Não	Pontos
1	Raramente tenho cefaléias			
2	Minha pressão arterial está normal			
3	Não tenho problemas dermatológicos			
4	É infrequente ter azia			
5	Faço check-up regularmente			
6	Vou ao dentista todo ano			
7	Faço exercícios físicos pelo menos três vezes por semana			
8	Minha alimentação é saudável			
9	Utilizo técnicas de relaxamento quando estou tenso			
10	Consigo me desligar dos problemas para descansar			
11	Tomo calmantes regularmente			
12	Tenho estabilidade emocional			
13	Sofro ansiedade ou angústia			
14	Meu peso está dentro da média			
15	Durmo bem			