

O papel da equipe multidisciplinar no manejo do paciente bipolar

The multidisciplinary team approach to the treatment of bipolar disorder: an overview

Rodrigo Machado-Vieira,^a Aida Santin^b e Jair C Soares^c

^aMood Disorders Program - Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre - Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, Porto Alegre, RS

^bBipolar Disorder Program - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - HCPA, Hospital das Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre, RS

^cMood and Anxiety Disorders Center - Universidade do Texas - San Antonio, TX, USA

Resumo

O transtorno de humor bipolar (THB) é uma patologia incurável, recorrente e crônica, sendo que inúmeros fatores de vida relacionados ao estresse demonstram influenciar o curso da doença. Devido a estes fatores, a doença está associada com grave disfunção familiar, social e ocupacional, especialmente quando o tratamento farmacológico não é realizado de forma continuada. O papel prioritário da equipe multidisciplinar no tratamento do paciente com transtorno de humor bipolar é melhorar a aderência medicamentosa, diminuindo os riscos de recaída. Neste artigo, são apresentadas possíveis causas biopsicossociais envolvidas no surgimento e curso da doença, incluindo-se eventos de vida, meio familiar e refratariedade farmacológica. São descritas as funções da equipe multidisciplinar no tratamento da bipolaridade, avaliando-se, neste contexto, a eficácia terapêutica das diversas abordagens psicossociais em uso e as perspectivas neste campo de "intervenção preventiva".

Descritores: Transtorno bipolar/psicologia; Transtorno bipolar/terapia; Transtornos do humor; Cooperação do paciente; Recidiva/prevenção & controle; Educação do paciente; Família; Apoio social; Equipe de assistência ao paciente

Abstract

Bipolar disorder is a chronic and recurrent disorder, and many factors have been associated with its course and prognosis. Dysfunction in social, professional or family life has been correlated with poor outcomes and increased risk of relapse and recurrence, especially when the patient does not adhere to the treatment regimen. Within the last decade, new treatments, intended to promote better adherence and minimize the risk of morbidity or hospitalization, have been tested. The multidisciplinary team approach attempts to educate patients and their families about such factors. Herein, we evaluate the therapeutic efficacy of this approach in applying the various psychosocial interventions employed in the treatment of bipolar disorder. The objective of this approach is early identification of prodromal symptoms in order to prevent hospitalization and behavioral dysfunction.

Keywords: Bipolar disorder/psychology; Bipolar disorder/therapy; Mood disorders; Patient compliance; Recurrence/prevention & control; Patient education; Family; Social support; Patient care team

Introdução

O transtorno de humor bipolar (THB) caracteriza-se como uma doença crônica, recorrente e incurável, que afeta igualmente homens e mulheres em todo o mundo. As causas do THB são multifatoriais e complexas, apresentando alterações neurobiológicas como sua principal base etiológica. A farmacoterapia é considerada o tratamento de escolha para o THB.¹ Adicionalmente, fatores psicológicos e sociais, quando integrados à biologia desta doença, também podem alterar o início e o curso da mesma.² Por exemplo, fatores genéticos têm demonstrado influenciar a capacidade de adaptação biológica (ex: neuroplasticidade) a diferentes estresses sociais, a chamada vulnerabilidade genética.³ Deste modo, visto de forma integrada, o THB pode ser considerado uma patologia endógena fortemente influenciada por fatores exógenos ou psicossociais. Na última década, tem sido demonstrado que inúmeros fatores psicossociais influenciam o surgimento do THB, incluindo-se fatores relacionados ao funcionamento social, familiar, psicológico e ocupacional. Fatores psicossociais podem contribuir de 25-30% na variação do curso da doença no THB, representados em grande parte por situações de vida.⁴ Inúmeros eventos de vida relacionados ao estresse têm demonstrado influenciar o curso do THB. No THB, o estresse secundário aos eventos

psicossociais apresenta influência no ritmo circadiano⁵ e na interação social.⁶ Segundo Post,⁷ os eventos de vida apresentam impacto gradativamente menor com a evolução do THB. Como achado epidemiológico reforçando a validade deste modelo, estudos descrevem que eventos de vida relacionam-se mais fortemente com o primeiro episódio que com os subsequentes.⁸

O déficit psicossocial dos pacientes com THB é severo e a melhora tem sido relacionada com bom suporte familiar e social. Os efeitos negativos na aderência ao tratamento farmacológico e prognóstico influenciado por fatores familiares envolvem a expressão negativa das emoções, o desconhecimento sobre a doença, a estigmatização do paciente e a negação da doença.⁹ Cerca de 1/3 dos pacientes com THB utilizam menos da metade da medicação prescrita. Este dado parece estar associado diretamente com o aumento dos índices de suicídio e hospitalização.¹⁰ Ainda, uma grande proporção dos pacientes apresenta importantes sintomas residuais entre os episódios.¹¹ Levando-se em consideração que pacientes aderentes apresentam redução na duração da hospitalização e que abordagens psicossociais associadas a farmacoterapia apresentam os melhores resultados no tratamento do THB, esta revisão objetiva avaliar o papel da equipe multidisciplinar no manejo do THB, discutindo a eficácia das terapêuticas psicossociais já estudadas.

O papel da equipe multidisciplinar no tratamento do paciente com THB

Várias são as funções da equipe multidisciplinar no tratamento do paciente bipolar. Até o presente momento, existem poucos estudos que tenham avaliado de forma controlada e sistemática a eficácia da abordagem multidisciplinar no THB. As pesquisas na área têm mostrado as vantagens e desvantagens de associações de mais de uma técnica, mas não avaliam o trabalho da equipe multidisciplinar. Mesmo assim, cabe ressaltar que qualquer plano de tratamento multidimensional deve ser baseado em intervenções embasadas na definição dos problemas e dos objetivos a serem alcançados. Como regra geral, inúmeras funções exercidas pela equipe multidisciplinar relacionam-se diretamente com o curso e prognóstico do THB. O trabalho multidisciplinar no tratamento do THB se mostra necessário desde o primeiro contato com o paciente, na avaliação inicial. É importante, na avaliação inicial, estabelecer o possível diagnóstico multiaxial, a lista de problemas e as metas do tratamento. Posteriormente, a avaliação do grau de progresso, envolvimento e vínculo terapêutico alcançado pelo paciente no tratamento com a equipe facilitam a avaliação da eficácia da intervenção proposta. Desta forma, o bom vínculo terapêutico ainda é o melhor preditor de bom prognóstico. A educação para a doença, a identificação e manejo de comorbidades, bem como o estímulo para mudanças positivas no estilo de vida do paciente e sua família são importantes papéis exercidos pela equipe multidisciplinar no tratamento de pacientes com transtornos de humor.

Outro aspecto a ser avaliado pela equipe multidisciplinar é o modelo de suporte social disponível ao paciente com THB. O adequado suporte social para paciente com THB relaciona-se com a diversidade de opções e facilidade de acesso aos serviços de saúde para o tratamento desta doença. Deve-se oferecer ao paciente e sua família uma ampla gama de opções terapêuticas como hospital-dia, grupal, acompanhamento individual e acesso facilitado ao sistema de saúde, incluindo referências e contra-referências. Sobretudo, a presença de equipe multidisciplinar no tratamento dos pacientes com THB e o fácil acesso à medicação, de forma sistemática e continuada, podem melhorar o prognóstico desta doença.

Tipos de intervenções focadas na aderência ao tratamento e prevenção da recaída

1. Visão geral das intervenções utilizadas pela equipe multidisciplinar

Nos últimos anos, pesquisadores têm realizado estudos avaliando a eficácia de diversos tratamentos psicossociais associados à farmacoterapia para pacientes com THB.¹² Várias razões para o uso adicional de tratamento psicossocial têm sido demonstradas, tais como a elevada taxa de não-aderência e recaídas pelo uso somente de medicação. A característica principal das abordagens psicossociais é a interação técnica e empática entre o paciente, família e a equipe multidisciplinar, auxiliando na recuperação funcional global do paciente. A abordagem psicossocial diminui o estresse vital, monitora para identificação de sintomas precoces e melhora a aderência medicamentosa. Estas técnicas objetivam facilitar a aceitação da doença e a aderência ao tratamento farmacológico através de mudanças no estilo de vida, prevenindo, assim, o surgimento de novos episódios. Outras abordagens estimulam o paciente a lidar com conflitos e eventos de vida negativos, enfatizando as características positivas do paciente fora da doença. Também, buscam aumentar o conhecimento sobre a doença e estimular a sua prevenção, através da identificação e tratamento adequado de sintomas prodrômicos e residuais interepiódicos.

Até pouco tempo atrás, considerava-se que as abordagens psicossociais serviam somente para melhorar aderência

farmacológica e, por este mecanismo, melhorariam a evolução da doença. Recentemente, tem sido demonstrado que estas abordagens visam melhorar globalmente tanto a qualidade de vida dos pacientes como a forma de lidar com eventos estressantes.¹³ Também levam à maior estabilidade do humor, menor número de reinternações e melhor funcionamento em várias áreas. Estes achados foram comprovados de forma sistematizada através da realização de ensaios clínicos duplo-cegos e randomizados.¹⁴⁻¹⁵ Estes e outros estudos recentemente realizados apresentam evidências consistentes da eficácia terapêutica destas abordagens associadas à farmacoterapia. A seguir, são descritas as principais intervenções psicossociais atualmente em uso para o tratamento de pacientes com THB.

2. Terapia focada na família

A técnica de terapia familiar no THB é considerada uma adaptação da mesma abordagem realizada na esquizofrenia. A terapia familiar busca diminuir o grau de estresse na família, o qual pode contribuir ou induzir crises nos pacientes com THB. Este tratamento inclui o desenvolvimento pela família de formas como lidar com a doença e como manejar os sintomas, na busca da prevenção de recaída. Esta abordagem inclui a aplicação de comunicação exemplar para a resolução dos problemas, psicoeducação e técnicas de prevenção de recaída, tal como a identificação precoce dos sintomas.¹⁶ Ainda, caracterizar a medicação como algo positivo e bom para o paciente, além de fornecer informação e educação sobre a mesma, através do tratamento em contexto familiar, podem auxiliar o paciente na busca de melhor aderência ao tratamento.

3. Abordagem psicoeducacional e grupoterapia

Vários estudos descrevem que a psicoeducação aumenta a aderência ao tratamento, melhorando o prognóstico dos pacientes com THB. A psicoeducação no THB visa ensinar o paciente sobre sua doença e tratamentos, objetivando também a identificação precoce dos sintomas, especialmente relacionados à mania.¹⁵ A abordagem psicoeducacional também deve incluir apoio continuado, educação, estratégias para resolução dos problemas e suporte social (consultas periódicas, acesso facilitado à medicação e aos postos de saúde, disponibilização de leitos psiquiátricos hospitalares). Ainda, a psicoeducação estimula a regularização de hábitos de saúde e das rotinas pessoais, tendo já demonstrado eficácia comprovada na prevenção de recaída e melhora no curso do THB.¹⁷

4. Terapia interpessoal e de ritmo social

Pacientes com THB apresentam mecanismos muito sensíveis de "relógio interno". Desta maneira, a regulação dos ritmos sociais e o treinamento de pacientes e familiares para a identificação precoce de estressores internos e externos relacionados ao surgimento de sintomas têm sido considerados alicerces fundamentais para o prognóstico favorável no THB.⁹ A terapia interpessoal e de ritmo social enfatiza que eventos de vida podem desencadear episódios maníacos e depressivos através de alterações nos padrões de sono, alimentação, trabalho e exercício. Deste modo, estimula e educa o paciente a lidar com seus horários de forma mais responsável e organizada.¹⁸ A manutenção de uma rotina diária regular, incluindo horários para dormir e acordar, visa auxiliar na prevenção de episódios maníacos. Assim, enfatiza a importância do manejo dos sintomas, ensinando o paciente a estabilizar os ritmos sociais através do autocontrole, direcionamento para objetivos específicos e reconstrução cognitiva. Esta técnica também ensina a lidar com a culpa, disputas interpessoais, sentimento de inferioridade e a variada gama de transições de vida. A aplicação desta terapia, em combinação com medicação, reduz os sintomas depressivos, enfatizando a influência do estresse, de eventos de vida e do suporte social no curso do THB.¹⁸ Sobretudo, dados sobre a eficácia de terapia interpessoal e de ritmo social são limitados. Esta abor-

dagem ainda apresenta poucos resultados comprovados na prevenção de recaída, demonstrando melhorar sintomas subsindrômicos entre os episódios.¹⁹

5. Outras

A Terapia Cognitivo-Comportamental auxilia a modificar características de pensamentos disfuncionais associados ao THB, porém não será discutida neste artigo. Outras abordagens psicossociais vêm sendo estudadas, algumas apresentando resultados iniciais satisfatórios. Porém, ainda não demonstraram eficácia em estudos controlados e não serão abordadas nesta revisão.

Conclusões e perspectivas

As abordagens psicossociais podem trazer benefício, especialmente quando apresentam objetivos focados, limitados quanto ao tempo, e que possam comprovar sua eficácia e reprodutibilidade através da sistematização de sua aplicação. A partir destes achados, pode-se sugerir que a prevenção seja considerada como uma importante forma de intervenção, sendo que a "intervenção preventiva" pode ser caracterizada como um alicerce fundamental na prevenção de recaídas e na melhora prognóstica do THB. Cabe destacar a importância do suporte social na remissão total dos sintomas e na prevenção de recaídas, já que pacientes com total remissão entre os episódios apresentam melhor suporte social comparados com os que apresentam sintomatologia residual. Neste caso, é difícil saber se a remissão é atingida devido ao melhor apoio familiar e social, ou se estes pacientes em remissão obtêm melhor suporte familiar e social justamente por não apresentarem sintomas residuais.

Por outro lado, as abordagens atuais ainda não sistematizam necessidades importantes deste grupo de pacientes. Apesar dos avanços, futuros estudos devem buscar controlar o tratamento farmacológico, a psicopatologia familiar e o tipo de estresse, assim como aumentar o tamanho das amostras. As limitações dos estudos até agora realizados sobre tratamentos psicossociais no THB incluem curtos períodos de realização, falta de controle sobre a medicação e não randomização dos pacientes. Ainda, a obtenção de respostas referentes a questões sobre os mecanismos envolvidos na eficácia terapêutica dos tratamentos psicossociais auxiliará no melhor entendimento destas intervenções (exemplo: terapia familiar e psicoeducação melhoram especificamente através do aumento na capacidade de comunicação na família?). Finalmente, a aplicação de técnicas psicoterápicas seqüenciais específicas, isto é, de acordo com o tipo de episódio de humor, poderá auxiliar na sistematização e comprovação da eficácia destas abordagens implementadas pela equipe multidisciplinar.

1989;46(9):859.

6. Depue RA, Iacano WG. Neurobehavioral aspects of affective disorders. *Ann Rev Psychol.* 1989;40:457-92.

7. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry.* 1992;149(8):999-1010.

8. Johnson L, Andersson-Lundman G, Aberg-Wistedt A, Mathe AA. Age of onset in affective disorder: its correlation with hereditary and psychosocial factors. *J Affect Disord.* 2000;59(2):139-48.

9. Miklowitz DJ. Psychotherapy in combination with drug treatment for bipolar disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 1996;16(2 suppl 1):56s-66s.

10. Sajatovic M, Davies M, Hroudá DR. Enhancement of treatment adherence among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv.* 2004;55(3):264-9.

11. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 1995;152(11):1635-40. Comment in: *Am J Psychiatry.* 1996;153(11):1510-1; author reply 1511-2.

12. Johnson L, Lundstrom O, Aberg-Wistedt A, Mathé AA. Social support in bipolar disorder: its relevance to remission and relapse. *Bipolar Disord.* 2003;5(2):129-37.

13. Sachs GS. Unmet clinical needs in bipolar disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2003(3 suppl 1): S2-8.

14. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(9):904-12.

15. Gonzalez-Pinto A, Gonzalez C, Enjuto S, Fernandez de Corres B, Lopez P, Palomo J, et al. Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;109(2):83-90.

16. Miklowitz DJ, Simoneau T, George EL, Richards JA, Kalbag A, Sachs-Ericsson N, et al. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry.* 2000;4(6)8:582-92. Commented in: *Biol Psychiatry.* 2000;48(6):430-2.

17. Colom F, Vieta E, Reinares M, Martinez-Aran A, Torrent C, Goikolea JM, et al. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry.* 2003; 64(9):1101-5.

18. Frank E, Hlastala S, Ritenour A, Houck P, Tu XM, Monk TH, et al. Inducing lifestyle regularity in recovering bipolar disorder patients: results from the maintenance therapies in bipolar disorder protocol. *Biol Psychiatry.* 1997;41(12):1165-73.

19. Zaretsky A. Targeted psychosocial interventions for bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2003;5 (suppl 2):80-7.

Correspondência

Rodrigo Machado Vieira
Rua Quintino Bocaiuva, 1495/1202
90440-050 Porto Alegre, RS, Brasil
Tel: (51) 3332-1166 / (51) 9967-6072
E-mail: rvieira@usp.br

Referências

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 1994;151(12 suppl):1-36.

2. Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, Snyder KS, Mintz J. Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;45(3):225-31.

3. Ghaemi SN, Boiman EE, Goodwin FK. Kindling and second messengers: an approach to the neurobiology of recurrence in bipolar disorder. *Biol Psychiatry.* 1999;45(2):137-44.

4. Scott J. The role of cognitive behaviour therapy in bipolar disorders. *Behav Cognit Psychother.* 1995;24:195-208.

5. Ehlers CL, Frank E, Kupfer DJ. Social zeitgebers and biological rhythms: a unified approach to understanding the etiology of depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;45(10):948-52. Comment in: *Arch Gen Psychiatry.*