

Intervenção psicológica em grupo para pacientes com diagnóstico de Transtorno Bipolar: uma revisão da literatura

Group Psychological Intervention for patients diagnosed with Bipolar Disorder: A bibliographic revision

Roberta Seles da Costa, Deivid Regis dos Santos, Maria Rita Zoéga Soares

Universidade Estadual de Londrina: Rod. Celso Garcia Cid, Pr 445, Km 380, Campos Universitário, 86057-970, Londrina, PR, Brasil. seles.roberta@gmail.com, psicologodeivid@gmail.com, ritazoega@hotmail.com

Resumo. A Psicologia tem oferecido contribuições para aprimorar a intervenção clínica destinada às pessoas com Transtorno Bipolar (TB). O objetivo deste artigo consistiu em realizar uma revisão da literatura acerca de intervenções em grupo realizadas no Brasil voltadas às pessoas com esse diagnóstico. Realizou-se uma busca nas bases de dados Scielo, Banco de Teses e Dissertações, PsycNet e Pubmed. Os descritores selecionados foram: Transtorno Bipolar e Intervenção; Transtorno Bipolar e Grupo; Transtorno Bipolar e Psicoeducação. Nas bases internacionais, adicionou-se o termo “Brasil” nas combinações mencionadas. Foram recuperados 8 estudos, e o principal tema abordado foi a psicoeducação (PE). A partir da análise dos estudos, identificaram-se informações pertinentes relacionadas a dois aspectos: sessões (quantidade, duração, temática abordada, profissionais responsáveis pela condução do grupo, periodicidade das sessões e do *follow-up*, a abordagem psicológica de referência e quais tipos de registro foram utilizados), participantes (quantidade total, o sexo e a faixa etária dos mesmos, critérios de inclusão e de exclusão e os instrumentos aplicados). Tal levantamento evidenciou a necessidade de o psicólogo identificar as demandas da população atendida e estabelecer planos de intervenção de acordo com as mesmas, auxiliando pacientes no desenvolvimento de comportamentos que permitam a atuação de modo mais eficaz frente às adversidades relacionadas ao quadro clínico em questão.

Palavras-chave: Transtorno Bipolar, Intervenção psicológica, Psicoeducação.

Abstract. Psychology has offered some contribution to improve clinical intervention for people with Bipolar Disorder (BD). The objective of this article was to do an integrative bibliographical revision about group interventions done in Brazil for people with such diagnosis. There was data search on Scielo, Thesis and Dissertation Data, PsycNet and Pubmed. The following descriptors were selected: Bipolar Disorder and Intervention; Bipolar Disorder and Group; Bipolar Disorder and Psychoeducation. The word “Brazil” was added on the international data search for the combinations mentioned above. There were 8 studies recovered and the main topic addressed was Psychoeducation. From the analysis of the studies it was possible to iden-

tify information related to two aspects: sessions (quantity, duration, topics addressed, professionals responsible for group development, length of sessions and *follow-up*, the reference psychological approach and what types of register were used), participants (total quantity, gender and age, inclusion and exclusion criteria and tools applied). Such research pointed out the need for the Psychologist to identify the demands of the population being treated and to establish intervention plans according to them, helping patients to develop behaviors that allow for the intervention to be more effective given the adversities related to the clinical diagnosis as such.

Keywords: Bipolar Disorder, Psychological intervention, Psychoeducation.

Introdução

A Psicologia tem oferecido contribuições significativas para diversos segmentos da sociedade, desenvolvendo intervenções destinadas à educação, saúde, recursos humanos, contextos jurídicos, políticas públicas, etc. Uma das áreas em que tem se destacado refere-se à prática clínica, a qual envolve psicoterapia individual, de casal, familiar, infantil e de grupo. Esta última modalidade apresenta características especiais, na medida em que possibilita a realização de atendimento psicológico para um número maior de pessoas, atendendo uma demanda que não seria possível na modalidade individual, principalmente em serviços públicos de saúde (Vinogradov e Yalom, 1992; Dias e Cardoso, 2012).

Além da interação profissional-paciente, a intervenção em grupo propicia a interação paciente-paciente. Assim, tende a promover a adesão e o desenvolvimento de habilidades sociais, permitindo o contato com outras pessoas e a troca de experiências. O grupo pode ser compreendido como uma variável motivacional, pois o contato com pessoas que apresentam problemas semelhantes pode contribuir para que o indivíduo perceba a importância de se prosseguir com o tratamento, considerando os efeitos positivos obtidos pelos demais integrantes do grupo (Vinogradov e Yalom, 1992; Delitti e Derdyk, 2008; Del Prette e Del Prette, 2008).

Um dos quadros clínicos que pode ser alvo de intervenções psicoterápicas de grupo é o Transtorno Bipolar (TB). O TB é uma condição psiquiátrica caracterizada por alterações de humor, com episódios maníacos/hipomaniacos e depressivos, sendo subdividido em TB tipo I e TB tipo II (APA, 2013). Esse diagnóstico pode comprometer as atividades do indivíduo, os relacionamentos interpessoais e principalmente a qualidade de vida (Mussi *et al.*, 2013; Pellegrinelli *et al.*, 2013).

De acordo com a American Psychiatric Association (APA, 2013) alguns dos sintomas presentes nos episódios de mania são: humor anormal e persistentemente elevado; sentimentos de grandiosidade; decréscimo da necessidade de dormir; fala desenfreada acima do que é habitual; fuga de ideias e pensamento acelerado; distração; foco em atividades específicas, agitação psicomotora; e envolvimento em atividades com riscos. A hipomania apresenta sintomas semelhantes aos da mania, mas com intensidade e período de duração menor. Enquanto a mania apresenta-se por um período de uma semana ou mais, o estado de hipomania dura por volta de quatro dias consecutivos. Outra diferença é que, no estado hipomaniaco, as alterações não são suficientemente graves para necessitar de internação, enquanto que, no estado maníaco, a perturbação do humor pode ser grave a ponto de prejudicar o funcionamento social, bem como apresentar características psicóticas, levando alguns casos à hospitalização (APA, 2013).

Os sinais da depressão, por sua vez, podem ser identificados por: humor deprimido na maior parte do dia; diminuição do interesse ou do prazer em atividades diárias; sentimentos de tristeza, desesperança e choro constante; alteração de peso; insônia ou sono em excesso; agitação ou redução de atividades psicomotoras; sensação de fadiga; sentimentos de inutilidade ou de culpa; diminuição da concentração; e pensamentos suicidas. Tais sintomas causam sofrimento clínico e podem prejudicar o funcionamento social em diversas áreas de interesse do indivíduo (APA, 2013).

As principais diferenças entre os tipos I e II é que, no primeiro, os sintomas de mania e depressão são intensos e facilmente percebidos por outras pessoas, enquanto o segundo não apresenta sintomas de mania, sendo marcado pela alternância entre episódios de depressão e hipomania. Vale ressaltar que o TB de

Tipo I apresenta maior prejuízo às atividades diárias do paciente se comparado ao Tipo II (APA, 2013). Ademais, o TB é uma condição psiquiátrica que pode causar alterações neurodegenerativas, comprometendo as funções executivas do sistema nervoso, alterações na memória verbal, memória de trabalho e memória visuoespacial e na atenção (Altshuler *et al.*, 2004; Machado-Vieira *et al.*, 2005; Rocca e Lafer, 2006; Coelho *et al.*, 2013).

A princípio, o tratamento para TB privilegiava a intervenção medicamentosa (Gomes, 2010). No entanto, notou-se a necessidade de práticas psicológicas que aumentassem a adesão do paciente aos medicamentos, bem como o incentivo à apresentação de comportamentos que favorecessem a qualidade de vida (Gomes, 2010). Nessa direção, uma das alternativas oferecidas pela Psicologia para lidar com essa demanda tem sido a psicoeducação (Basco e Rush, 2005). Devido às graves alterações no organismo e o modo como o transtorno se apresenta, é essencial que o indivíduo com esse diagnóstico tenha esclarecimento sobre tal quadro clínico. A psicoeducação é o processo de transmissão de informações sobre o transtorno para o paciente e/ou seus familiares, abordando, dentre outros aspectos, as características do tratamento, as alterações biológicas causadas pelo medicamento e seus efeitos colaterais (Callaham e Bauer, 1999).

Alguns programas de intervenção têm seguido como modelo um protocolo espanhol desenvolvido em um centro de pesquisa de Barcelona. Tal proposta consiste em 21 sessões de psicoeducação, sendo que as primeiras sessões abordam o que é o transtorno e quais são os sintomas presentes, seguido por características do tratamento medicamentoso e os efeitos dos fármacos no organismo. Questões como gravidez, uso de álcool e outras drogas também são debatidas. Além disso, ensina-se o participante a identificar precocemente os sinais da alteração do humor e o que fazer após a identificação dos mesmos. Nas últimas sessões, são discutidos assuntos como qualidade de vida, estratégias de resolução de problemas e manejo do estresse (Colom *et al.*, 2003).

De acordo com Callaham e Bauer (1999), esse processo motiva o paciente a se tornar um colaborador ativo no tratamento. Segundo Colom e Vieta (2004), a psicoeducação possui papel importante não apenas para a adesão ao tratamento, mas também para a prevenção de recaídas. Tal benefício deve-se ao fato de que, ao compreender o transtorno e seus sintomas,

o paciente passa a discriminar as diferenças entre suas características pessoais e as características do transtorno, assim como alguns comportamentos e sinais que antecedem um período de piora do quadro (os sintomas prodrômicos), o que facilita na busca por ajuda médica e a adoção de uma intervenção preventiva (Figueiredo *et al.*, 2009).

Considerando a relevância das intervenções de cunho psicológico em grupo para a população diagnosticada com TB, o objetivo do presente artigo consistiu em realizar uma revisão bibliográfica integrativa acerca de intervenções dessa natureza aplicadas no Brasil. Ressalta-se que o enfoque desta revisão se dará principalmente sobre as características referentes ao formato dos grupos de intervenção, tais como as que dizem respeito à estrutura das sessões e à seleção dos participantes.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura que dispõe de uma estrutura sistematizada para busca e análise dos materiais referentes à temática selecionada, abarcando trabalhos com diferentes delineamentos metodológicos. Mendes *et al.* (2008) salientam a relevância de tal tipo de investigação no campo da saúde, porque permite a comunicação de resultados de pesquisas de uma determinada área, bem como a síntese e discussão do estado da arte produzido. Tais dados podem fornecer suporte para a tomada de decisões e melhoria da prática clínica, além de evidenciar lacunas que indicam o caminho para a realização de novas pesquisas e trabalhos de intervenção.

No presente artigo, a revisão da literatura foi realizada em função da necessidade de se identificar estratégias de intervenção em grupo, voltadas para a população com diagnóstico de TB no país. Para tal, realizou-se uma busca nas bases de dados Scielo, Banco de Teses e Dissertações, PsycNet e Pubmed. Os descritores selecionados e suas respectivas combinações foram: (i) Transtorno Bipolar e Intervenção; (ii) Transtorno Bipolar e Grupo; (iii) Transtorno Bipolar e Psicoeducação. Nas bases internacionais, adicionou-se o termo "Brasil" nas combinações mencionadas, a fim de se filtrar trabalhos aplicados em território nacional. Vale apontar que os descritores supracitados não foram consultados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), mas sim selecionados com base no foco de investigação do presente artigo.

Também não foi definido um intervalo entre anos para a seleção das pesquisas, bem como não se delimitou o idioma. Desse modo, artigos em outros idiomas poderiam ser recuperados desde que tratassem de intervenções realizadas em território nacional. Quanto aos critérios de inclusão, fez-se necessário que o trabalho completo estivesse disponível e que descrevesse a intervenção psicológica realizada em grupo com a população diagnosticada com TB. Em contrapartida, estudos que descreviam apenas planos de intervenção farmacológico ou médico foram excluídos, bem como trabalhos de revisão de literatura ou teóricos e aqueles que não mencionavam informações suficientes para a análise.

Para a análise dos artigos recuperados, primeiramente identificou-se as pesquisas que se repetiam, da maneira que, caso uma dissertação, tese ou artigo se referissem à aplicação de uma mesma intervenção, apresentando dados duplicados, apenas uma delas seria selecionada. Em seguida, construiu-se uma tabela no programa Microsoft Excel, a fim de registrar as informações pertinentes a dois aspectos centrais: sobre as sessões e acerca dos participantes. De modo pontual, os resultados das pesquisas recuperadas também foram registrados e serão apresentados brevemente, tendo em vista que o foco de análise adotado versa principalmente sobre a elaboração e aplicação dos programas de intervenção em grupo.

Nesse sentido, no que se refere ao primeiro foco de análise (sessões), registrou-se a quantidade, duração, temática abordada, profissionais responsáveis pela condução do grupo, abordagem teórica adotada pelos psicólogos, forma de registro (gravação em áudio ou vídeo, observação direta, etc.), periodicidade dos encontros e do *follow-up*. Em relação aos participantes, a ferramenta elaborada dispunha de espaço para que se anotasse a quantidade total, o sexo e a faixa etária dos mesmos, os critérios de inclusão e de exclusão utilizados na seleção e os instrumentos aplicados.

O levantamento dessas informações esteve relacionado às condições de elaboração de intervenções em grupo, seguindo os apontamentos de Delitti e Derdyk (2008), que recomendam o planejamento dos objetivos, das sessões e da seleção dos participantes para formar um grupo. Nesse sentido, buscou-se privilegiar as características das intervenções clínicas realizadas no contexto de saúde para a população diagnosticada com TB, evidenciando os principais resultados em cada um dos focos de

análise, tendo como proposta uma discussão crítica e integrativa dos mesmos.

Resultados e discussão

A partir desse levantamento bibliográfico, foram encontrados nas bases de dados 501 trabalhos relacionados às palavras-chave utilizadas na busca. No entanto, apenas 13 atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos, sendo que 8 foram considerados para análise, tendo em vista que 5 artigos relatavam as mesmas intervenções descritas em dissertações ou teses recuperadas.

A publicação dos estudos considerados concentrou-se entre os anos de 2010 e 2014, sugerindo o quão recente tem sido as pesquisas desenvolvidas nessa área no Brasil. Beck (1989) aponta que, mesmo em contexto internacional, os trabalhos de pesquisa voltados para programas de intervenção de ordem psicológica para pessoas com diagnóstico de TB passaram a ocorrer com maior abrangência por volta da década de 1990. Tal condição se deve em função da necessidade do desenvolvimento de estratégias que possibilitassem não apenas a adesão ao tratamento farmacológico, até então a principal fonte de investimento científico.

A Tabela 1 apresenta os trabalhos recuperados e estabelece números como referência, que serão mencionados ao longo do artigo para facilitar a leitura e a análise dos dados. A fim de esclarecer o modo como tal identificação será utilizada, apresentamos o seguinte exemplo: quando o trecho descrito estiver se referindo ao estudo desenvolvido por Costa *et al.* (2011) e Costa *et al.* (2012), tal dado estará especificado no texto como "(1)". Outros trabalhos citados e os números que os representam de acordo com a Tabela 1 estarão sinalizados da mesma forma.

Quanto às sessões

No que tange à temática abordada nas sessões, observou-se que todos os estudos incluíram a psicoeducação, sendo que a maioria se baseou no programa desenvolvido e aplicado em Barcelona por Colom e Vieta (2; 3; 4; 5; 7 e 8). Esses autores defendem a psicoeducação voltada para a população diagnosticada com TB como importante ferramenta para adesão ao tratamento, apontando resultados benéficos após seguimento de 5 anos (Vieta *et al.*, 2009).

Tabela 1. Trabalhos recuperados a partir da revisão da literatura.
Table 1. Research retrieved from the literature review.

	Título	Autores	Tipo
1	The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in treating bipolar disorder: a randomized controlled study.	Costa <i>et al.</i> (2011)	Artigo
	Group cognitive behavior therapy for bipolar disorder can improve the quality of life.	Costa <i>et al.</i> (2012)	Artigo
2	Grupo de psicoeducação diretivo e não diretivo: impacto na adesão, conhecimento e qualidade de vida de portadores de TAB.	Cavelagna (2012)	Dissertação
3	Estudo comparativo da adição da terapia cognitivo comportamental e da psicoeducação ao tratamento padrão do transtorno bipolar em idosos.	Oliveira (2011)	Tese
4	Impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional dos pacientes bipolares.	Pellegrinelli (2010)	Dissertação
	Efficacy of psychoeducation on symptomatic and functional recovery in bipolar disorder.	Pellegrinelli <i>et al.</i> (2013)	Artigo
5	Transtorno bipolar: adesão ao tratamento e psicoeducação	Mussi (2012)	Dissertação
	Transtorno Bipolar: avaliação de um programa de psicoeducação sob o enfoque da análise do comportamento.	Mussi <i>et al.</i> (2013)	Artigo
6	Estudo controlado de terapia cognitivo comportamental em grupo no tratamento de pacientes com transtorno bipolar.	Gomes (2010)	Dissertação
	A randomized controlled trial of cognitive behavioral group therapy for bipolar disorder.	Gomes <i>et al.</i> (2011)	Artigo
7	Avaliação de programa de psicoeducação em pacientes com transtorno afetivo bipolar.	Da Matta (2012)	Dissertação
8	Brief psychoeducation for bipolar disorder: impact on quality of life in young adults in a 6-month follow-up of a randomized controlled trial.	Cardoso <i>et al.</i> (2014)	Artigo
	The influence of psychoeducation on regulating biological rhythm in a sample of patients with bipolar II disorder: a randomized clinical trial.	Faria <i>et al.</i> (2014)	Artigo

A intervenção proposta por Colom e Vieta (2004a) foi originalmente formulada com 21 sessões, o que justifica a realização do mesmo número de encontros em duas das pesquisas analisadas (2 e 3), que replicaram o protocolo de Barcelona. Outros quatro estudos se basearam no mesmo protocolo e adaptaram o número de encontros, sendo que dois realizaram 16 atendimentos (4 e 5) e dois utilizaram uma versão ainda mais reduzida, composta por 6 atendimentos (7 e 8). Acredita-se que o período disponível para o desenvolvimento das pesquisas possa ter influenciado na escolha do número de sessões. Em uma condição sem essa limitação, cabe ao clínico levar em consi-

deração os fatores relacionados aos assuntos a serem abordados, demandas inesperadas trazidas pelos participantes do grupo e a possibilidade de aumentar o número de sessões, se assim for necessário.

Acerca das demais pesquisas, a desenvolvida por Gomes (2010) realizou 18 sessões ao longo de seis meses e articulou psicoeducação, manejo de sintomas e prevenção de recaídas. O autor desenvolveu um protocolo-piloto seguindo o modelo da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para TB proposto por Scott (2001). A intervenção delineada por Costa *et al.* (2012), por sua vez, incluiu 14 sessões com duas horas de duração cada, sendo 3 encontros destinados

à psicoeducação de pacientes e seus familiares e o restante voltado para intervenções cognitivo-comportamentais, de acordo com protocolo de TCC para TB de Basco e Rush (1996).

Além da quantidade de sessões realizadas, outros dois elementos devem ser considerados: a duração de cada encontro e o intervalo de tempo entre eles. De modo geral, os atendimentos eram semanais e tinham, em média, a duração de 90 minutos. No entanto, encontraram-se algumas variações. Em uma das pesquisas, as sessões ocorriam duas vezes por semana (4), outra, além das sessões semanais, incluiu duas adicionais, com intervalos de 15 e 30 dias (6). Além disso, em dois modelos de intervenção (2 e 8), os encontros duravam 60 minutos e, em outro (1), o tempo do atendimento era de 120 minutos.

O período de *follow-up* foi investigado por ser relevante na medida em que permite a verificação de manutenção dos resultados obtidos na intervenção ao longo do tempo (Delliti, 2008). Algumas pesquisas (1; 5 e 8) entraram em contato com os participantes 6 meses após o término do grupo, enquanto que outras intervenções (4 e 6) entraram em contato após 6 e 12 meses. As demais pesquisas realizaram entre três e cinco momentos de seguimento dos participantes, sendo que, em uma delas, o *follow-up* foi realizado com intervalo de 2, 4 e 6 meses (2), em outra com intervalo de 3, 6 e 12 meses (3) e uma, ainda, com intervalo mensal no decorrer de 5 meses (7).

Sobre esse aspecto, vale destacar a dificuldade encontrada para a realização do *follow-up*, visto que, após o encerramento das sessões, não são todos os participantes que comparecem para a realização da referida avaliação, o que pode interferir nos resultados. Gomes (2010), na tentativa de driblar tal dificuldade, realizou entrevistas por telefone. Contudo, o autor salientou que tal estratégia pode não ter sido efetiva e sugeriu que se diminuíssem os intervalos entre os contatos após o término das sessões. Tal condição poderia evitar que pacientes se esquecessem das informações solicitadas, tais como quantidade de internações e recaídas.

Além da quantidade de sessões, duração dos encontros, periodicidade dos atendimentos do grupo e de *follow-up*, o vínculo estabelecido entre o participante e o profissional também é relevante, na medida em que este é um dos principais fatores de adesão à intervenção terapêutica (Moraes *et al.*, 2009). Nesse sentido, no que tange à condução dos grupos ana-

lisados nas pesquisas, constatou-se que todos foram mediados por psicólogos, sendo que, em algumas intervenções, houve a participação de outros profissionais da saúde, como enfermeiros (2) ou psiquiatras (4; 5 e 7). A interação entre profissionais de diferentes áreas, engajados na melhora do quadro clínico, favorece a troca de informações, permite um plano de intervenção mais completo e contribui para a motivação de pacientes (Grossi *et al.*, 2013).

Quanto às abordagens psicológicas de referência, apenas quatro estudos informaram tal aspecto. As abordagens encontradas foram: Terapia Cognitivo-Comportamental (1, 3 e 6) e Terapia Analítico-Comportamental (5). As terapias comportamentais têm demonstrado efetividade em intervenções direcionadas a pessoas com diagnóstico psiquiátrico, no sentido de desenvolver habilidades de resolução de problemas, autonomia e manejo dos sintomas (Pheula e Isolan, 2007).

As pesquisas que se basearam na TCC, a partir da psicoeducação, de técnicas de resolução de problemas e de reestruturação de crenças, buscaram alcançar a melhora não somente em relação à adesão ao tratamento, mas também o desenvolvimento de juízo crítico a respeito do transtorno, aprendizagem sobre como lidar com estressores psicossociais, identificação de sinais prodromáticos de novos episódios, além de promoção de hábitos mais saudáveis e prevenção do uso de substâncias ilícitas.

Por sua vez, a pesquisa embasada na Análise do Comportamento (5), além de aspectos referentes à psicoeducação, objetivou auxiliar os participantes a desenvolverem habilidades de análise das condições em que os comportamentos considerados problemas ocorriam e as consequências dessas ações. Tal condição pode permitir que os indivíduos atuem de modo mais eficaz frente ao transtorno, identificando e manipulando as variáveis relacionadas. Nessa pesquisa, também foram desenvolvidas atividades direcionadas ao incentivo a comportamentos assertivos, utilizando como estratégia a discussão de exemplos práticos para facilitar a compreensão das temáticas dos encontros.

Faz-se necessário esclarecer que os outros autores podem ter baseado suas intervenções em alguma abordagem psicológica diferente das mencionadas acima e alcançado resultados promissores a partir das mesmas, no entanto, não especificaram tal informação em seus estudos. Do mesmo modo, notou-se que os pesquisadores não descreveram a estratégia de registro das sessões. Apenas uma das pes-

quisas (5) deu indicativos de como os registros foram realizados, ao especificar que havia observadores em sala espelho. No entanto, não informou se houve algum outro tipo de registro, tais como de áudio ou de vídeo e também não descreveu se havia ferramentas estruturadas para a observação direta.

Quando se objetiva analisar o comportamento de indivíduos em um grupo, uma decisão que exige cuidado por parte do pesquisador é a maneira como as sessões serão registradas. Nesse sentido, a ausência dessas informações fez falta para a presente análise, na medida em que impossibilitou a consideração de variáveis relacionadas ao registro, as quais eventualmente poderiam ter interferido no comportamento dos participantes no grupo. A falta de dados a respeito da tomada de decisão quanto ao número de sessões do grupo, tempo de duração, profissionais envolvidos, periodicidade e *follow-up* igualmente restringiram a análise em nível molecular desse levantamento bibliográfico, na medida em que as condições necessárias para o direcionamento de escolhas na formação de grupo não foram esmiuçadas.

Ainda que com as limitações expostas, por meio dos dados apresentados, torna-se possível indicar a importância de que o atendimento oferecido seja coerente à demanda, respeitando as singularidades do contexto e dos próprios participantes. Ademais, observou-se que um dos objetivos de um grupo para participantes com diagnóstico de TB é aumentar a adesão ao tratamento médico e farmacológico. Para isso, faz-se importante a adesão ao grupo de intervenção psicológica.

De acordo com Vinogradov e Yalom (1992) o *feedback* e apoio por parte dos membros do grupo também são variáveis que afetam positivamente a adesão. Portanto, incentivar a interação entre os participantes, dedicando um tempo para que possam trocar experiências, pode favorecer esse processo. Acredita-se que o envolvimento dos familiares também seja uma variável importante para que os participantes prossigam com o tratamento, tal como se destaca em uma das pesquisas (1) que os incluiu e atingiu índices significativos de adesão.

Além disso, Santos *et al.* (2013) indica que alguns comportamentos do terapeuta podem favorecer a adesão por parte dos pacientes, tais como: ser uma audiência não punitiva; demonstrar autoconfiança e clareza sobre o assunto abordado; ser empático; mostrar-se interessado aos relatos dos pacientes; fornecer informação que possa auxiliar no processo de

tomada de decisão e resolução de problemas e estar atento aos comportamentos dos participantes que indicam mudança.

Quanto aos participantes

Considerando o número de participantes, os grupos variaram entre 4 e 12 participantes (nos trabalhos que evidenciaram a quantidade de membros por encontro). Acredita-se que houve a possibilidade de abordar as temáticas dos encontros de maneira individualizada, em função de que as intervenções não seguiram o modelo de palestras, mas envolveram a participação mais direta dos pacientes. Todavia, os trabalhos de modo geral, privilegiaram a descrição da estrutura das sessões e das estratégias utilizadas, dando pouca ênfase às interações que ocorreram entre os membros do grupo.

Apenas Cavelagna (2012) incluiu falas literais dos integrantes na análise qualitativa, apontando o impacto da intervenção no decorrer do processo. Descrever aspectos relacionados à interação entre os participantes é relevante, porque tais informações podem dar indícios de dúvidas mais frequentes e características do transtorno que ficam em evidência no grupo quando comparado a uma população com outro diagnóstico clínico.

A começar pelos critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos para a seleção dos integrantes dos grupos, é possível mencionar que os estudos demonstraram com unanimidade que todos os participantes deveriam apresentar o diagnóstico de TB, foco principal de análise. Algumas pesquisas também consideraram como critério de inclusão a necessidade dos pacientes se apresentarem eufímicos, isto é, estáveis (1; 3; 4; 6 e 7). Um dos motivos para isso se deve ao fato de que se o indivíduo estiver em estado de mania ou de depressão, as funções cognitivas podem se apresentar bastante comprometidas, podendo dificultar a compreensão dos assuntos abordados (Colom e Vieta, 2004b). Ademais, esses autores apontam que os pacientes em estado depressivo podem reter apenas as informações negativas da psicoeducação e que o paciente em estado maníaco pode ter muita dificuldade em se atentar a qualquer informação, devido à distração.

Todavia, vale ressaltar que, mesmo em estado eufímico, pacientes podem apresentar algum grau de dificuldade cognitiva, uma vez que o TB provoca alterações neurocognitivas ao longo do tempo (Machado-Vieira *et al.*, 2005). Também se considerou o nível de inte-

ligência (avaliado por meio de instrumentos específicos) ou escolaridade, como critério de inclusão (3; 6 e 7), tendo em vista que a capacidade de raciocínio interfere na compreensão das atividades, em especial, os conteúdos relacionados à psicoeducação.

Um dos principais critérios de exclusão foi a presença de alguma condição psiquiátrica grave concomitante, como transtornos da personalidade (1 e 4) e algum tipo de demência ou comprometimento orgânico (3 e 6). O uso de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas também foi considerado critério de exclusão (1; 4; 6 e 8). Para a avaliação dos sintomas de mania e depressão, empregou-se a análise dos escores obtidos por meio dos instrumentos aplicados (1; 3; 4 e 6).

Considerando os critérios definidos e tratando-se das características dos participantes selecionados, observou-se que os grupos foram formados por participantes de ambos os sexos. Contudo, houve predominância de participantes do sexo feminino. Embora não existam diferenças significativas no diagnóstico de TB entre os sexos, Da Matta (2012) sugeriu que, devido a fatores culturais, as mulheres buscam com mais frequência por tratamento e aceitam apoio psicológico. Tal dado indica a necessidade de intervenções direcionadas ao público masculino, buscando temáticas específicas e um formato que incentive a participação de homens.

Outro dado evidenciado no presente levantamento diz respeito à falta de intervenções voltadas ao público adolescente e idoso com diagnóstico de TB. A prevalência do TB em idosos é menor do que na população jovem e adulta (Oliveira, 2011). No entanto, devido ao aumento da expectativa de vida, a literatura tem indicado a tendência a um aumento da incidência de TB nessa faixa etária (Oliveira, 2011). Verificou-se que apenas um dos grupos de intervenção se dirigia especificamente ao atendimento de pessoas da terceira-idade (3), enquanto nenhum deles se voltou para a demanda infantil ou adolescente. As demais pesquisas contemplaram a faixa etária adulta (a partir de 18 anos), e o critério de inclusão permitia a participação de pacientes com 60 ou mais (1; 2; 4; 5; 6 e 7).

Vale destacar que, em um dos estudos (8), foram selecionados participantes entre 18 e 29 anos, faixa etária que está associada ao diagnóstico inicial de TB. A partir da literatura, Cardoso *et al.* (2014) e Faria *et al.* (2014) identificaram que, nesse primeiro momento, o paciente geralmente não vivenciou as consequências mais sérias da doença, como o com-

prometimento cognitivo, por exemplo. Devido a isso, desenvolveram um programa de intervenção direcionado para essa população específica. Tal prática evidencia a necessidade de que as intervenções psicológicas levem em consideração tanto as particularidades de cada faixa etária, como as características do início e do desenvolvimento do transtorno.

A coleta de informações acerca do histórico do quadro psiquiátrico e das implicações do mesmo na vida do participante pode ser feita a partir de entrevistas e aplicação de instrumentos especializados. Os últimos, além de serem fontes de informação a respeito do quadro clínico, permitem mensurar alterações pré e pós-intervenção. Nesse sentido, todas as pesquisas revisadas utilizaram algum tipo de escala ou inventário.

Dentre os mais empregados para a avaliação do TB, pode-se mencionar o Young Mania Rating Scale (YMRS) – presente em todas as pesquisas, exceto em um dos estudos (2), a Entrevista Clínica Estruturada para DSM IV (SCID-CV) – (1; 4; 5; 6 e 8) e o Hamilton Depression Rating Scale (RDH) (4; 5; 6; 7; 8). A qualidade de vida foi avaliada por meio da Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL) (2; 4; 5 e 6), pela Medical Outcomes Survey (MOS SF-36) (1 e 8) e pelo Inventário de Qualidade de Vida (IQV) (3).

O YMRS trata-se de uma escala que avalia os sintomas de mania. Tal instrumento foi o primeiro adaptado para o português com esse objetivo, possui validade consistente e confiabilidade psicométrica, além de ser facilmente aplicável. Uma pesquisa desenvolvida por Vilela *et al.* (2005) que traduziu e verificou a validade e a confiabilidade dessa escala em sua versão em português aplicada no Brasil encontrou níveis de concordância acima de 0,80 ($P < 0,001$), e uma concordância interna de $\alpha = 0,67$ (α de Cronbach) foi obtida para a escala como um todo, bem como se obteve um índice de $\alpha = 0,72$ (α de Cronbach) para cada item padronizado ($P < 0,001$).

O RDH é uma escala para avaliar a depressão e, segundo Calil e Pires (1998), ela seria a mais utilizada mundialmente, sendo padrão para outras escalas. Freire *et al.* (2014), ao utilizarem a curva ROC para verificar a capacidade do RDH discriminar os sintomas depressivos, obtiveram um resultado de 0,97 (erro-padrão = 0,01, $p < 0,001$) com intervalo de confiança de 95%, indicando, segundo os autores, que esse instrumento é adequado para identificar pessoas com depressão.

Porém, na presente revisão, encontrou-se a aplicação de outros instrumentos com a finalidade de se avaliar os sintomas de depressão, tais como o Inventário Beck para Depressão e para Desesperança (7) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-versão simplificada), devido à faixa etária dos participantes (3).

Segundo Giavoni *et al.* (2008), é importante utilizar escalas específicas de acordo com o perfil da população. Escalas utilizadas para avaliar a depressão na população adulta possuem escores gerais e abordam aspectos que, para os idosos, são característicos do envelhecimento, e não da depressão em si, como a fadiga e a perda de libido (Giavoni *et al.*, 2008). No entanto, de acordo com Almeida e Almeida (1999), a GDS não demonstrou bons índices de confiabilidade (concordância entre escores entre $Kappa=0,04$ e $Kappa=0,49$), condição que também deveria ser levada em consideração no momento da escolha dos instrumentos. Em uma pesquisa desenvolvida por Alvarenga *et al.* (2012), tal escala apresentou dados psicométricos baixos. Sendo assim, os autores orientaram que a utilização de tal instrumento seja feita com cautela.

A SCID-CV mostrou-se vantajosa porque atende aos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua quarta versão (APA, 2003), permitindo uma padronização quanto aos participantes do grupo no que diz respeito ao diagnóstico psiquiátrico, uma vez que é uma ferramenta que não foi desenvolvida somente para avaliação do TB, mas também dos outros transtornos psiquiátricos descritos no DSM-IV. Ademais, Del-Ben *et al.* (2001) apontaram que esse instrumento possui bons índices de confiabilidade quanto aos diagnósticos, obtendo nível de confiabilidade $Kappa$ ponderado de $K=0,83$ para os transtornos psiquiátricos em geral e de $K=0,87$ para os transtornos do humor.

Em uma das pesquisas (2), também se utilizou uma entrevista semiestruturada, no entanto, essa foi adaptada pela própria autora, com objetivo de levantar os dados necessários. Além disso, empregou-se o Teste de Morisky e Green, com objetivo de identificar o grau de conhecimento dos participantes sobre a terapêutica medicamentosa (2). Houve também a utilização do MINI-plus (7), um instrumento adaptado a partir do DSM e do CID.

O principal instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida tem sido o WHOQOL em sua versão breve. De acordo com Kluthcovsky e Kluthcovsky (2009), esse instrumento apresenta

uma vantagem, por ter um caráter transcultural, permitindo desenvolver pesquisas em diversas regiões e comparações entre os dados. Além do caráter transcultural, os autores descrevem que a ferramenta foi utilizada em diversos estudos com pacientes psiquiátricos, idosos, portadores de doenças crônicas, dentre outros, o que aumenta o seu grau de confiabilidade.

Vale ressaltar que os instrumentos descritos não esgotam as possibilidades de utilização. Alguns trabalhos utilizaram outras opções de avaliação, considerando as variáveis de interesse dos pesquisadores. É essencial que se procure utilizar instrumentos com grau aceitável de validade e de confiabilidade (Monteiro e Horta, 2014). Ademais, a seleção de instrumentos que já foram empregados em outras intervenções possibilita a comparação entre os resultados.

Tratando-se da configuração de pesquisa científica, notou-se uma maior preocupação por parte dos pesquisadores em isolar algumas variáveis intervenientes, tais como: comorbidades; nível cognitivo dos pacientes; dependência de substâncias psicoativas, etc., que poderiam afetar os resultados da pesquisa. No entanto, o profissional disposto a desenvolver um grupo com a população diagnosticada com TB deve ter a clareza de que nem sempre é possível isolar tais variáveis no contexto aplicado.

Nesse sentido, é importante que, na prática diária, o profissional direcione uma atuação fundamentada em protocolos desenvolvidos por meio de pesquisas. No entanto, a adaptação desse tipo de estratégia deve ser feita com base na população de interesse e em aspectos da realidade do serviço de saúde no qual se está atuando (Herschell *et al.*, 2004). É justamente por meio do diálogo entre a pesquisa e a prática que o avanço da área se torna possível, de modo a proporcionar benefícios às pessoas que apresentam diagnóstico de TB.

Breve panorama dos resultados obtidos nas pesquisas recuperadas

Os estudos obtidos a partir da revisão apontam objetivos diversos, mas, de modo geral, buscaram verificar os efeitos de um grupo de Psicoeducação sobre algum sintoma relacionado ao TB. A seguir, apresenta-se uma tabela contendo um resumo dos objetivos de cada pesquisa e os principais resultados alcançados. Quando os resultados indicarem que houve diminuição do quesito analisado, haverá o seguinte símbolo “↓”. Em contrapartida, a flecha indicada para cima “↑” sinaliza que

Tabela 2. Principais resultados alcançados pelas pesquisas revisadas.
Table 2. Main results achieved by the reviewed research.

Estudo	Objetivo do estudo e principais resultados		
1	Avaliar a eficácia de 14 sessões de Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo concomitante à farmacoterapia para bipolares, quando comparadas à intervenção farmacológica isoladamente.		
	Grupo com Fármaco – mania – depressão – ansiedade – desesperança	Grupo TCC e Fármaco ↓ mania ↓ depressão ↓ ansiedade ↓ desesperança	
2	Identificar e comparar o impacto da psicoeducação, em grupo diretivo e não diretivo, no conhecimento sobre o transtorno e sobre a medicação, na adesão aos medicamentos e na qualidade de vida. Avaliar como a pessoa com TB percebe seu cotidiano antes e após o grupo de psicoeducação.		
	Grupo diretivo ↑ conhecimento sobre TB e medicação – adesão ↑ qualidade de vida ↑ percepção do cotidiano	Grupo não diretivo ↑ conhecimento sobre TB e medicação – adesão ↓ qualidade de vida ↑ percepção do cotidiano	
3	Comparar os efeitos de três grupos de intervenção (1. TCC e fármaco; 2. Psicoeducação e fármaco; 3. apenas fármaco) na estabilidade do TB em idosos, assim como os níveis de estresse, qualidade de vida e padrão de crenças irracionais.		
	Grupo TCC com Fármaco ↑ estresse ↑ qualidade de vida ↓ crenças irracionais ↓ depressão ↓ mania – nº de recaídas	Grupo Psicoeducação com Fármaco ↑ estresse – qualidade de vida ↓ crenças irracionais ↑ depressão ↓ mania – nº de recaídas	Grupo apenas com fármaco ↑ estresse ↑ qualidade de vida ↑ crenças irracionais ↑ depressão ↑ mania ↑ nº de recaídas
4	Verificar o efeito da Psicoeducação na recuperação sintomática e funcional de pacientes com TB, assim como a adesão ao tratamento, número de internações, tempo e número de recaídas, duração e intensidade das mesmas.		
	Psicoeducação ↑ depressão – mania – qualidade de vida	Grupo controle ↑ depressão – mania – qualidade de vida	
5	Verificar o efeito de um programa de Psicoeducação analítico-comportamental sobre os sintomas de mania, depressão e sobre a qualidade de vida.		
	– depressão ↓ mania ↑ qualidade de vida		
6	Verificar o efeito da TCC sobre o tempo de remissão do TB e o número de recaídas do episódio de humor em comparação com o tratamento medicamentoso isolado.		
	Não houve diferença significativa entre a TCC em grupo quando combinada ao tratamento farmacológico padrão e comparada a este isoladamente no longo prazo.		

Continua

Tabela 2. Continuação.
Table 2. Continuation.

Estudo	Objetivo do estudo e principais resultados	
7	Avaliar o efeito de um programa de Psicoeducação sobre a adesão ao tratamento medicamentoso, sobre o número de episódios de mania, hipomania, depressão, sobre o número de hospitalizações e tentativas de suicídio.	
	Psicoeducação – mania – hipomania ↓ depressão ↑ adesão ↓ internações ↓ tentativa de suicídio	Grupo controle – mania – hipomania – depressão – adesão ↓ internações ↓ tentativa de suicídio
8	Avaliar se indivíduos que além do tratamento farmacológico participavam do Psicoeducação poderiam apresentar uma melhor regulamentação dos seus ritmos biológicos em comparação com aqueles que apenas faziam uso de medicação.	
	Grupo de Psicoeducação ↑ qualidade de vida ↓ depressão – mania – ritmo biológico	Grupo controle ↑ qualidade de vida ↓ depressão – mania – ritmo biológico

houve aumento do aspecto analisado, e o traço “–” representa que não houve alteração.

A partir da Tabela 2, observa-se que os autores centraram seus estudos nos efeitos de alguma modalidade de Psicoeducação sobre os sintomas do TB. No estudo 1, o grupo de Terapia Cognitivo-comportamental se mostrou mais eficaz que o grupo que usou apenas intervenção medicamentosa. O estudo 2, ao comparar o efeito da Psicoeducação sobre os sintomas do TB com um grupo que usou apenas intervenção medicamentosa, obteve diferença entre os grupos apenas no quesito qualidade de vida. O estudo 3, ao comparar três grupos (1. TCC com fármaco, 2. Psicoeducação com fármaco, 3. fármaco isolado), demonstrou que o grupo com TCC foi mais eficaz na redução dos sintomas em comparação com os outros grupos, sendo que ambos (TCC e Psicoeducação) mostraram-se mais eficazes que o grupo que utilizou apenas fármaco, uma vez que, nesse grupo, os sintomas aumentaram em todos os níveis analisados. O grupo 4 não encontrou diferenças entre os grupos de Psicoeducação e os que utilizaram apenas intervenção farmacológica.

O estudo 5, por sua vez, obteve melhora da qualidade de vida e redução dos sintomas de mania ao aplicar uma intervenção Analítico-comportamental. A pesquisa 6 não encontrou diferença significativa entre a TCC em grupo quando combinada ao tratamento farmacológico

padrão e comparada a este isoladamente no longo prazo. O grupo de Psicoeducação do estudo 7 mostrou-se mais eficaz para aumentar a adesão medicamentosa e reduzir os sintomas de depressão em comparação com o grupo que utilizou apenas intervenção farmacológica. Por fim, o estudo 8 não demonstrou diferenças significativas entre o grupo de Psicoeducação e o grupo que usou apenas intervenção farmacológica em relação à qualidade de vida e sintomas do TB. Vale ressaltar que os indicativos da melhora da qualidade de vida apontam o aumento em ao menos um dos domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-ambiente) avaliados pelos instrumentos.

Diante da variedade dos resultados obtidos por cada pesquisa, faz-se necessário considerar aspectos relacionados à elaboração e aplicação dos grupos de intervenção (números de sessões, abordagem teórica, número de participantes por grupo, instrumentos de medida utilizados, etc.), uma vez que tais características metodológicas particulares podem justificar a diferença observada entre os resultados das pesquisas. Nessa direção, é possível mencionar que os resultados apontados nos estudos analisados não foram conclusivos para determinar a eficácia da intervenção psicológica em comparação com o tratamento que adota apenas a administração de fármacos.

A fim de ilustrar tal constatação, mencio-

na-se a pesquisa 6, na qual Gomes (2010) descreve que a TCC em grupo, quando combinada ao tratamento medicamentoso padrão e comparada a este isoladamente não aumentou o intervalo de remissão da doença em longa prazo e não reduziu os episódios de humor. Segundo o autor, tais resultados indicam a necessidade de reformulações na estrutura da pesquisa. No que se refere ao formato do grupo, o autor aponta que provavelmente 5 sessões de psicoeducação não foram suficientes e sugere que seriam necessários mais encontros, com espaçamento maior de tempo entre eles.

Ademais, o grupo experimental possivelmente aprendeu a identificar com mais clareza os episódios de mania e depressão, o que tende a ter interferido nos resultados, uma vez que o grupo controle pode não ter relatado episódios por não saber identificá-los. A mesma variável pode ter interferido em outros grupos nos quais não se observou diferença significativa entre os resultados do grupo com intervenção psicológica acompanhada da medicação e o grupo controle, o qual participava apenas da intervenção farmacológica.

A partir das análises qualitativas descritas pelos pesquisadores, percebeu-se a relevância dos grupos no sentido de ampliar o conhecimento em relação ao transtorno e a melhora no manejo dos sintomas referentes ao TB por parte dos participantes. Nesse sentido, embora os episódios de mania ou hipomania não tenham diminuído significativamente em todos os estudos, os participantes foram instrumentalizados para lidar de modo mais efetivo com a ocorrência dos mesmos, o que poderia justificar a melhora da qualidade de vida em quatro estudos (2, 3, 5, e 8) dentre cinco que avaliaram esse quesito. Além disso, a interação entre os membros do grupo permite um contexto no qual os integrantes podem desenvolver repertório de habilidades sociais e interagir com pessoas que apresentam queixas semelhantes, favorecendo a aceitação do diagnóstico.

Considerações finais

No cenário brasileiro, a realização de intervenções de caráter psicológico em grupo para pessoas diagnosticadas com TB ainda é bastante incipiente. Tal condição pode ser claramente identificada pelo número reduzido de trabalhos produzidos, em contraposição aos índices de prevalência – 1% para o Tipo I e 8% para o tipo II, em uma população total estimada em 202,7 milhões de pessoas (IBGE,

2010). No entanto, deve ficar claro que tal constatação se deu a partir das bases de dados pesquisadas, sendo assim, é possível que com a ampliação e/ou seleção de outras bases de dados um número maior de pesquisas possa ser encontrado.

As pesquisas recuperadas e analisadas por meio da presente revisão de literatura oferecem alguns direcionamentos para a elaboração de programas de intervenção. Considerando que algumas alternativas de atuação foram originalmente desenvolvidas em outros países (tal como o protocolo de Barcelona) para sua aplicação, foi necessária a adaptação de determinadas características à população brasileira. Esses avanços provenientes do desenvolvimento de estudos buscam estabelecer a base para o desenvolvimento de novas pesquisas, bem como para a atuação em contexto aplicado.

A partir da integração entre a estrutura dos diferentes programas, seria possível apontar que a decisão quanto ao número e duração das sessões, profissionais envolvidos, temática abordada e realização do *follow-up* deveria ser feita de acordo com as demandas específicas. Do mesmo modo, a seleção dos participantes contempla a execução de determinadas etapas, as quais vão desde o estabelecimento de critérios de entrada no grupo, a aplicação de instrumentos e a análise de características dos indivíduos (Delliti e Derdyk, 2008).

Vale destacar que a modalidade de grupo apresenta resultados promissores no que se refere ao manejo dos sintomas e melhora na qualidade de vida. Contudo, não são todas as pessoas que se beneficiam com esse tipo de intervenção. Alguns indivíduos podem apresentar dificuldade para se relacionar com outros membros ou prejuízos cognitivos que limitam ou impedem o acompanhamento das atividades propostas. Tais pacientes precisam de cuidados específicos e demandam por um atendimento psicológico diferenciado e individualizado.

É função do psicólogo identificar tais demandas e estabelecer planos de intervenção de acordo com as mesmas. Não se trata de mera reprodução de técnicas, mas da análise e incentivo ao desenvolvimento de padrões comportamentais mais adaptativos ao contexto. O comportamento do paciente não deve ser compreendido em função do rótulo estabelecido pelo TB, mas como resultado de sua interação com variáveis biológicas, históricas e do contexto atual.

Psicólogos inseridos nos serviços de saúde provavelmente se depararão em algum mo-

mento com a realidade de pessoas que apresentam diagnóstico psiquiátrico. A Psicologia enquanto campo de conhecimento deve buscar o desenvolvimento de pesquisas que objetivem promover a compreensão e a intervenção nesses casos. A partir dessa perspectiva, há necessidade de um compromisso ético com esses indivíduos, para que recebam um atendimento de qualidade. As intervenções em grupos aplicadas pelas pesquisas analisadas representam um passo importante nessa direção, e a transposição desses processos a ser feita pelos psicólogos em seus mais variados contextos faz parte do caminho a ser construído.

Desse modo, embora o presente levantamento bibliográfico tenha apresentado limitações, especialmente quanto à quantidade de trabalhos analisados, atingiu seus objetivos, na medida em que apresentou um panorama quanto às características relacionadas às sessões e aos participantes no que tange às pesquisas recuperadas. Espera-se que esse levantamento permita ao profissional da Psicologia identificar relações entre o conhecimento científico produzido e a tomada de decisão no contexto aplicado, favorecendo a elaboração de programas de tratamento psicológico em grupo para pessoas diagnosticadas com o referido quadro psiquiátrico. Ressalta-se também a necessidade de novas pesquisas serem realizadas na área, tanto para o desenvolvimento de grupos de intervenção psicológica voltados para a população com diagnóstico de TB quanto para a análise bibliográfica dos estudos realizados no país.

Referências

- ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. 1999. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, **57**(2B):421-426. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). 2003. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5®)*. 4ª ed., Washington DC, American Psychiatric Pub, 944 p.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5®)*. 5ª ed., Washington DC, American Psychiatric Pub, 947 p.
- ALTSHULER, L.L.; VENTURA, J.; VAN GORP, W.G.; GREEN, M.F.; THEBERGE, D.C., MINTZ J. 2004. Neurocognitive function in clinically stable men with bipolar I disorder or schizophrenia and normal control subjects. *Biological Psychiatry*, **56**(8):560-569. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.08.002>
- ALVARENGA, M.R.M.; OLIVEIRA, M.A.D.C.; FACCENDA, O. 2012. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, **25**(4):497-503. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400003>
- BASCO, M.R.; RUSH, A.J. 2005. *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder*. New York, The Guilford Press, 324 p.
- BECK, A.T. 1989. Psychiatry cognitive therapy for depression and panic disorder. *West J. Med.*, **151**(3):311-311.
- CALLAHAM, M.A.; BAUER, M.S. 1999. Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder. *The Psychiatric Clinics of North América*, **22**(3):675-688. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70102-7](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70102-7)
- CALIL, H.M.; PIRES, M.L.N. 1998. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, **25**(5):240-244.
- CARDOSO, T.A.; FARIAS, C.A.; MONDIN, T.C.; da SILVA, G.D.G.; SOUZA, L.D.M.; da SILVA, R.A.; JANSEN, K. 2014. Brief psychoeducation for bipolar disorder: Impact on quality of life in young adults in a 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, **220**(3):896-902. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.09.013>
- CAVELAGNA, M. F. 2012. *Grupo de psicoeducação diretivo e não-diretivo: impacto na adesão, conhecimento e qualidade de vida de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar*. Ribeirão Preto, SP. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, 145 p.
- COELHO, R.P.S.L.; WEARICK-SILVA, L.E.; TRAC-TENBERG, S.G.; ZENI, C.; TRAMONTINA, S.; GRASSI-OLIVEIRA R. 2013. Desempenho Neuropsicológico de Adolescentes com Transtorno de Humor Bipolar. *Psicologia em Pesquisa*, **7**(1):63-69. <https://doi.org/10.5327/Z1982-1247201300010007>
- COLOM, F.; VIETA, E.; MARTINEZ-ARAN, A.; REINARES, M.; GOIKOLEA, J.M.; BENABARRE, A.; 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. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.4.402>
- COLOM, F.; VIETA, E. 2004a. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, **26**(Supl 3):47-50. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000700011>
- COLOM, F.; VIETA, E.P. 2004b. *Manual de Psicoeducação para el Transtorno Bipolar*. Barcelona, Ars Medica, 129 p.
- COSTA, R.T.D.; CHENIAUX, E.; ROSAES, P.A.L.; CARVALHO, M.R.D.; FREIRE, R.C.D.R.; VERSIANI, M.; NARDI, A.E. 2011. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in treating bipolar disorder: a randomized controlled study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, **33**(2):144-149. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462011000200009>

- COSTA, R.T.; CHENIAUX, E.; RANGÉ, B.P.; VERSIANI, M.; NARDI, A.E. 2012. Group cognitive behavior therapy for bipolar disorder can improve the quality of life. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, **45**(9):862-868. <https://doi.org/10.1590/S0100-879X2012007500109>
- DA MATTA, S.M. 2012. *Avaliação de programa de psicoeducação em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar*. Belo Horizonte, MG. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, 87 p.
- DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z.A.P. 2008. *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. 7ª ed., Petrópolis, Vozes, 231 p.
- DEL-BEN, C.M.; VILELA, J.A.A.; DE S. CRIPPA, J.A.; HALLAK, J.E.C.; LABATE, C.M.; ZUARDI, A.W. 2001. Confiabilidade de "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV-Versão Clínica" traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, **23**(3):156-159. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000300008>
- DIAS, M.S. DE L.; CARDOSO, T. 2012. As práticas do psicólogo no CAPS e a aprendizagem grupal. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, **7**(2):247-253.
- DELITTI, A.M.C. 2008. Terapia Analítico-Comportamental em Grupo. In: A.M.C. DELITTI; P. DERDYK, *Terapia Analítico-Comportamental em Grupo*. Santo André, Esetec Editores, p. 33-57.
- DELITTI, A.M.C.; DERDYK, P. 2008. *Terapia Analítico-Comportamental em Grupo*. Santo André, Esetec Editores, 264 p.
- FIGUEIREDO, Â.L.D.; SOUZA, L.D.; ARGIMON, I.I.D.L. 2009. O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, **11**(1):15-24.
- FARIA, A.D.; SOUZA, L.D.M.; CARDOSO, T.A.; PINHEIRO, K.A.T.; PINHEIRO, R.T.; DA SILVA, R.A.; JANSEN, K. 2014. The influence of psychoeducation on regulating biological rhythm in a sample of patients with bipolar II disorder: a randomized clinical trial. *Psychology research and behavior management*, **7**:167-174. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S52352>
- FREIRE, M.Á.; FIGUEIREDO, V.L.M.; GOMIDE, A.; JANSEN, K.; SILVA, R.A.; MAGALHÃES, P.V.S.; KAPCZINSKI, F.P. 2014. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, **63**(4):281-289. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000036>
- GIAVONI, A.; DE MELO, G.F.; PARENTE, I.; DANTAS, G. 2008. Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos Elaboration and validation of the Depression Scale for the Elderly. *Cadernos de Saúde Pública*, **24**(5):975-982. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000500004>
- GOMES, B.C. 2010. *Estudo controlado de terapia cognitivo comportamental em grupo no tratamento de pacientes com transtorno bipolar*. São Paulo, SP. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, 167 p. <https://doi.org/10.11606/d.5.2010.tde-27082010-172817>
- GOMES, B.C.; ABREU, L.N.; BRIETZKE, E.; CAETANO, S.C.; KLEINMAN, A.; NERY, F.G.; LAFER, B. 2011. A randomized controlled trial of cognitive behavioral group therapy for bipolar disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, **80**(3):144-150. <https://doi.org/10.1159/000320738>
- GROSSI, R.; MORAES, J.B.; UEMURA, V.; SOARES, M.R.Z. 2013. Transtorno afetivo bipolar na adolescência: atuação da psicologia e psiquiatria em um tratamento analítico-comportamental. In: M.R.Z. SOARES; S.V. MUSSI, *Tratamento analítico-comportamental do transtorno bipolar*. Londrina, Zagodoni Editora, p. 52-69.
- HERSCHELL, A.D.; MCNEIL, C.B.; MCNEIL, D.W. 2004. Clinical child psychology's progress in disseminating empirically supported treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, **11**(3):267-288. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph082>
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2010. Censo 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/. Acesso em: 20/03/2015.
- KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; KLUTHCOVSKY, F.A. 2009. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, **31**(3):1-12. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000400007>
- MACHADO-VIEIRA, R.; BRESSAN, R.A.; FREY, B.; SOARES, J.C. 2005. As bases neurobiológicas do transtorno bipolar. *Revista Psiquiatria Clínica*, **32**(1):28-33. <https://doi.org/10.1590/s0101-60832005000700005>
- MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.; DE CAMPOS PEREIRA; GALVÃO, C.M. 2008. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, **17**(4):758-764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- MONTEIRO, G.T.R.; HORA, H.R.M. 2014. *Pesquisa em Saúde Pública: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados*. Curitiba, Appris Editora, 110 p.
- MORAES, A.B.A.; ROLIM, G.S.; COSTA JR., A.L. 2009. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, **11**(2):329-345.
- MUSSI, S.V. 2012. *Transtorno Bipolar: adesão ao tratamento e psicoeducação*. Londrina, PR. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Londrina, 60 p.
- MUSSI, S.V.; SOARES, M.R.Z.; GROSSI, R. 2013. Transtorno bipolar: avaliação de um programa de psicoeducação sob o enfoque da análise do comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, **15**(2):45-63.
- OLIVEIRA, R.L. 2011. *Estudo comparativo da adição da terapia cognitivo comportamental e da psicoeducação ao tratamento padrão do transtorno bipolar em idosos*. São Paulo, SP. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 169 p. <https://doi.org/10.11606/t.47.2011.tde-20042012-114625>
- PELLEGRINELLI, K.B. 2010. *Impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional dos pacientes bipolares*. São Paulo, SP. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, 152 p. <https://doi.org/10.11606/d.5.2010.tde-15042010-112622>

- PELLEGRINELLI, K.B.; de O COSTA, L.F.; SILVAL, K.I.; DIAS, V.V.; ROSO, M.C.; BANDEIRA, M.; MORENO, R.A. 2013. Efficacy of psychoeducation on symptomatic and functional recovery in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **127**(2):153-158. <https://doi.org/10.1111/acps.12007>
- PHEULA, G.F.; ISOLAN, L.R. 2007. Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, **34**(2):74-83. <https://doi.org/10.1590/s0101-60832007000200003>
- ROCCA, C.C.; LAFER, B. 2006. Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar Neuropsychological disturbances in bipolar disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, **28**(3):226-237. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000300016>
- SANTOS, D.R.; RIBAS, C.; BENEVIDES, R.R.; COSTA, R.S.; VILA, E.M. 2013. Contribuições da análise do comportamento para a adesão ao tratamento psicoterapêutico. In: Jornada de Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina, 2013, Londrina. *Anais...* 1:36-36.
- SCOTT, J. 2001. *Overcoming mood swings*. London, Robinson ED, 304 p.
- VILELA, J.A.A.; CRIPPA, J.A.S.; DEL-BEN, C.M.; LOUREIRO, S.R. 2005. Reliability and validity of a Portuguese version of the Young Mania Rating Scale. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, **38**(9):1429-1439. <https://doi.org/10.1590/S0100-879X2005000900019>
- 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. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040485>
- VINOGRADOV, S.; YALOM, I.D. 1992. *Psicoterapia de Grupo: um manual prático*. Porto Alegre, Artes Médicas, 215 p.

Submetido: 29/04/2015

Aceito: 16/05/2016