

O MANEJO DO PACIENTE EM CRISE

Introdução:

O transtorno bipolar (TB) é uma doença grave e incapacitante que afeta cerca de 4% da população mundial resultando em prejuízos significativos para a sociedade (Hyman e cols., 2006). Os pacientes com TB apresentam determinadas especificidades que justificam sua abordagem em serviços especializados sendo necessário conhecimento aprofundado em psicopatologia, psicofarmacologia, psicoterapias e suicidologia.

O primeiro desafio no manejo do TB é fazer o diagnóstico correto precocemente. A dificuldade no reconhecimento dos episódios maníacos ou hipomaníacos pregressos, tanto por parte do paciente quanto por parte do médico, resultam em taxas elevadas de diagnósticos falso-negativos em 70% dos pacientes bipolares (Hirschfeld e cols., 2003). O oposto, um diagnóstico falso-positivo, foi documentado em metade dos pacientes em tratamento psiquiátrico regular (Zimmermann e cols., 2010). Após a confirmação do diagnóstico, o desafio seguinte é atingir a remissão sustentada das alterações do humor. Mesmo recebendo os tratamentos preconizados pela literatura, a maioria dos pacientes terá alterações de humor durante a maior parte da vida (Judd e cols., 2002; Judd e cols., 2003) e poderão evoluir com declínio cognitivo progressivo com repercussões negativas no desempenho laboral (Tohen e cols., 2000; Rocca e Lafer, 2006). Por fim, apenas metade dos pacientes vai apresentar aderência satisfatória aos tratamentos prescritos (Velligan e cols., 2009).

Pacientes bipolares são grandes usuários do sistema de saúde, a maioria desses pacientes irá apresentar significativos problemas com comorbidades psiquiátricas e clínicas resultando em mortalidade precoce por doenças cardiovasculares, diabetes e homicídio (Osby e cols., 2001). Em comparação com a maioria dos diagnósticos psiquiátricos os bipolares apresentam maiores dificuldades na realização de tarefas, maiores problemas de relacionamento interpessoal e são mais propensos ao encarceramento (Calabrese

e cols., 2003; Stang e cols., 2007). Por fim, o comportamento suicida (ideação de suicídio, tentativa de suicídio e suicídio completo) atinge a quase totalidade desses pacientes. Possivelmente nenhum outro transtorno psiquiátrico apresenta taxas de suicídio tão elevadas quanto esta população.

Ainda não foram elucidados os mecanismos etiológicos e fisiopatológicos especificamente associados ao TB. Algumas evidências sugerem existência de elevado grau de heterogeneidade entre os pacientes sob essa designação diagnóstica, tal fato dificulta a elaboração de diretrizes de abordagem representativas para toda essa população. O caráter crônico do TB implica que ao longo da vida o paciente vai apresentar inúmeras situações de crise que podem ser de mania, de depressão, de comportamento suicida e crises associadas às comorbidades clínicas e psiquiátricas. O objetivo do presente artigo é discutir acerca das estratégias de manejo do paciente bipolar nessas situações de crise.

1. O manejo do paciente em crise maníaca:

Em geral, o primeiro atendimento do paciente em crise psicótica ocorre nos serviços de urgência psiquiátrica que devem estar preparados para a realização do diagnóstico diferencial com as doenças não psiquiátricas. Pressupondo-se que o paciente já foi submetido à avaliação clínico-laboratorial descartando quadro neurológico ou doenças sistêmicas, o passo seguinte é a definição do diagnóstico psiquiátrico. O diagnóstico psiquiátrico correto e precoce possibilita a adoção de medidas terapêuticas e preventivas específicas que definem o prognóstico. Se o psiquiatra assistente não teve a oportunidade de observar diretamente a crise psicótica, é fundamental que ele obtenha informações acerca dos sintomas manifestados através do paciente, familiares e registros médicos. As crises, no sentido de uma exacerbação aguda dos sintomas acompanhada ou não de sintomas psicóticos, ocorre mais comumente em 06 diagnósticos psiquiátricos: no TB, na esquizofrenia,

na intoxicação ou abstinência de substâncias, nos transtornos de personalidade do cluster B, no transtorno esquizofreniforme e no surto psicótico breve (Del-Bem e cols., 2010). Se for constatada a existência de crise maníaca, com toda sua constelação de sintomas, pode se afirmar com elevado grau de certeza que se trata de TB. A crise maníaca, não por acaso, é a síndrome definidora o diagnóstico de TB, pois a sua ocorrência é quase uma garantia de um diagnóstico de TB estável ao longo de toda a vida. Um estudo de pacientes com vários diagnósticos psiquiátricos durante sua primeira crise psicótica mostrou que 96,5% pacientes permanecem com o diagnóstico de TB após 02 anos de seguimento, contra 75% para esquizofrenia, 70,1% para depressão com sintomas psicóticos e 61,1% para transtorno psicótico breve (Salvatore e cols., 2009). Esse mesmo estudo sugere também que pacientes bipolares podem apresentar sintomas iniciais diferentes da mania, pois entre os pacientes que tiveram o diagnóstico alterado dentro do período de seguimento a maioria recebeu diagnóstico final de transtorno esquizoafetivo ou TB. A crença errônea de que os sintomas schneiderianos (interpretação delirante e distúrbios da consciência do eu) seriam patognomônicos da esquizofrenia é uma das mais importantes fontes de erro diagnóstico (Salvatore e cols., 2009; Rosen e cols., 2011). Assim, é necessário considerar o diagnóstico de TB em TODOS os pacientes que procuram atenção psiquiátrica, mesmo entre aqueles que receberam inicialmente outro diagnóstico.

A definição do tratamento farmacológico a ser oferecido ao paciente foge do escopo desse capítulo. Em linhas gerais, o tratamento farmacológico se baseia no uso de estabilizadores de humor em combinação ou não com antipsicóticos para tratamento da mania. Os benzodiazepínicos podem ser úteis para o tratamento das crises agudas de agitação e para insônia. As intervenções psicossociais não são úteis para o tratamento da fase maníaca do TB. Logo após a remissão dos sintomas maníacos urge estabelecer o chamado plano de crise que é um conjunto de diretrizes articulado juntamente com o paciente descrevendo onde, como e por quem ele deve ser tratado durante os episódios nos quais houver uma inaptidão para a tomada de decisões. Alguns estudos mostram que essa abordagem pode reduzir o número de visitas a unidades de emergência, número/duração de admissões hospitalares involuntárias e pode aumentar a implicação do paciente no seu próprio tratamento (Henderson e cols., 2004; Ruchlewska e cols., 2009; Baldaçara e cols., 2011).

2. O manejo do paciente em crise depressiva:

As edições atuais dos manuais de classificação, CID-10 e DSM-IV-TR estabelecem como critério diagnóstico para o TB a ocorrência de pelo menos um episódio de mania ou hipomania ao longo da vida. Entretanto o sintoma mais comum do TB é a depressão que é três vezes mais freqüente que os sintomas maníacos ou depressivos (Judd e cols., 2003). Ademais, na maioria dos bipolares a depressão se manifesta antes da mania ou hipomania. Esses fatos podem acarretar em procrastinação do tratamento adequado, o que acarreta em pior prognóstico medido por maior incidência de tentativas de suicídio e maior número de episódios naqueles que tiveram a depressão como primeiro episódio de humor (Neves e cols., 2009). A depressão bipolar apresenta algumas características clínicas e fenomenológicas que a diferem da depressão unipolar (TABELA 1), nesse sentido o ISBD Diagnostic Guidelines Task force sugere uma modificação dos critérios diagnósticos do CID-10 e DSM-IV-TR para que a depressão bipolar tenha um caráter probabilístico dispensando a ocorrência de episódios prévios de elevação do humor (Yatham e cols., 2009). Essa mudança se justifica porque esse grupo se aproxima mais do ponto de vista clínico e epidemiológico dos bipolares que os unipolares, como consequência tendem a se beneficiar mais do tratamento oferecido para o TB do que para a depressão unipolar.

O uso de instrumentos de triagem como o Mood Disorder Questionnaire (MDQ) que já possui validação para o português (Soares e cols., 2010) pode auxiliar na identificação de episódios

Tabela 1: Diagnóstico diferencial entre depressão bipolar e depressão unipolar

Variáveis	Depressão bipolar	Depressão unipolar
Modo de início	Abrupto	insidioso
Idade de início <26 anos	++	+
História familiar	Depressão unipolar e TB	Depressão unipolar
Comorbidades psiquiátricas	++++	++
Hiperfagia	++	+/-
Leadem paralysis	++	+/-
Hipersônia	++	+/-
Comportamento suicida	++++	++
Sintomas psicóticos	++	+
Labilidade do humor	++	-
Sintomas maniformes	+++	+
Depressão refratária	+++	+

ARTIGO //

por **FERNANDO SILVA NEVES**
e **HUMBERTO CORRÊA**

maniácos e hipomaniácos (Hirschfeld e cols., 2005). Urge destacar que o estudo de validação do MDQ foi realizado em pacientes que estavam recebendo tratamento para depressão, nessa população encontrou-se uma sensibilidade de 58% e especificidade de 93%. Os valores preditivos e negativos podem variar segundo a população estudada.

Considerações acerca do tratamento psicofarmacológico dos episódios depressivos fogem do escopo desse artigo. Em linhas gerais, deve-se sempre considerar a possibilidade do paciente em tratamento para depressão ser um bipolar e todo esforço deve ser empreendido no sentido de se atingir a remissão completa do episódio de alteração do humor, pois a existência de sintomas sub-sindrômicos é um dos mais importantes fatores de risco para ocorrência de novos episódios (Perlis e cols., 2006). As intervenções psicossociais em associação ao tratamento medicamentoso testadas para o tratamento da depressão bipolar incluem a psicoeducação, terapia cognitiva comportamental, terapia focada na família, terapia rítmica social e interpessoal. Elas podem ser de grande utilidade no manejo do paciente durante o episódio depressivo. O Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) estudou o efeito dessas abordagens em 293 pacientes encontrando que elas propiciaram maior taxa de recuperação (64.4% versus 51.5%) que o grupo recebendo apenas a medicação em combinação com uma intervenção breve de psicoeducação (Miklowitz e cols., 2007). Nesse estudo não foram encontradas diferenças de eficácia entre os tipos de intervenções psicossociais oferecidas. Logo após a remissão dos sintomas depressivos urge iniciar a psicoeducação que consiste em fornecer informações em aulas expositivas sobre o TB bem como discutir acerca de estratégias para identificação e tratamento dos sintomas prodrômicos, de crises, melhorar a adesão ao tratamento. Várias evidências sugerem que a psicoeducação propicia melhora global nos aspectos clínicos relacionados ao curso da doença (Colon et al., 2009).

Abordagem das comorbidades clínicas:

Os pacientes com diagnóstico de TB apresentam maior prevalência de comorbidades clínicas em comparação com a população geral (McIntyre e cols., 2007). Tais comorbidades clínicas podem piorar o prognóstico do TB em termos de maior gravidade dos episódios, menor intervalo livre de sintomas e pior qualidade de vida (Judd e Akiskal, 2003; Fenn e cols., 2005). Também são parcialmente responsáveis pela morte prematura desses indivíduos, a mortalidade por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares é

cerca de 2 vezes maior no TB em comparação com a população geral resultando em subtrair 9 anos de expectativa de vida (Prien e cols., 1990; Osby e cols., 2001). Suspeita-se que a alta prevalência de comorbidades clínicas (TABELA 3) encontrada no TB se deva ao caráter sistêmico desse transtorno que é freqüentemente acompanhado de alterações inflamatórias e estresse oxidativo intracelular (Kapczinsk e cols., 2008). Assim, a avaliação clínica e laboratorial antes do início do tratamento, em intervalos regulares e durante os episódios de alteração do humor pode ser uma estratégia para a redução da morbi-mortalidade associada ao TB (TABELA 4).

Abordagem das comorbidades psiquiátricas:

A maioria dos indivíduos acometidos por um transtorno psiquiátrico preenche critérios para um diagnóstico psiquiátrico adicional (Kessler e cols., 1994; Kringlen e cols., 2001). No entanto, a

Tabela 3: comorbidades clínicas mais prevalentes no TBH que na população geral

Hipertensão arterial sistêmica
Doença cardíaca isquêmica
Doença vascular periférica
Obesidade
Diabetes Mellitus
Síndrome metabólica
Dislipidemias
Síndrome do ovário policístico
Asma
Bronquite crônica
Doença pulmonar obstrutiva crônica
Enxaqueca
Esclerose múltipla
Epilepsia
Hipotireoidismo
Diabetes insipidus
Síndrome nefrótica
Hepatite C
AIDS
Extraído de McIntyre e colaboradores, 2007.

**Tabela 4: Lista de exames para triagem dos principais problemas clínicos encontrados no TB e para início de tratamento com psicofármacos**

Hemograma
Enzimas hepáticas
Bilirrubinas séricas
Uréia e creatinina
Glicemia de jejum
Coagulograma
Colesterol total e fracionado
Exame toxicológico urinário
Contagem de plaquetas
Clearance de creatinina
TSH
ECG
Dosagem de eletrólitos
Urina rotina
Dosagem de prolactina
Sorologia para HIV
Sorologia para hepatite B e C
Medição da pressão arterial
Medição do peso e circunferência abdominal

existência de comorbidades tem sido objeto de controvérsia na psiquiatria, pois segundo o conceito clássico só pode ser considerado comorbidade se as duas doenças em questão são distintas do ponto de vista etiológico (Feinstein, 1970). Os fatores etiológicos associados aos transtornos psiquiátricos ainda não foram completamente descritos, por conseqüência, se desconhece o grau de interposição etiológica entre os diagnósticos psiquiátricos (Blacker e Tsuang, 1992). Sendo admissível algum grau de interposição etiológica, a relação entre dois transtornos co-ocorrentes pode ser uma das seguintes: 1) dois transtornos psiquiátricos compartilham fatores etiológicos (ambientais e genéticos), 2) um transtorno psiquiátrico predispõe a ocorrência do outro e 3) um transtorno psiquiátrico é um epifenômeno do outro.

Apesar de questionável do ponto de vista da validade, a identificação e tratamento adequado da comorbidade psiquiátrica no TB tem resultado em melhora da qualidade de vida dos pacientes (Singh e cols., 2006). Provavelmente nenhum outro transtorno psi-

quiátrico apresenta prevalência de comorbidades psiquiátricas tão elevadas quanto o TB. Um estudo mostrou que 65% dos pacientes com diagnóstico de TB preenchem critérios para outro diagnóstico psiquiátrico do eixo I (McElroy e cols., 2001) (TABELA 2). A comorbidade psiquiátrica no TB foi associada à maior freqüência de comportamento suicida (Neves e cols., 2009; Simon e cols., 2004), maior número de episódios (Singh e cols., 2006), menor tempo em eutimia (Simon e cols., 2004), pior qualidade de vida (Simon e cols., 2004), refratariedade à terapia com lítio (Singh e cols., 2006). Infelizmente foram realizados poucos estudos randomizados controlados para avaliação de tratamentos do TB com comorbidade. Assim para preencher essa lacuna uma alternativa tem sido dar preferência aos estabilizadores de humor que foram eficazes no tratamento dos transtornos psiquiátricos sem comorbidade com o TB (Singh e cols., 2006). Por exemplo, alguns estudos mostraram eficácia do lítio no tratamento da dependência da maconha, da bulimia nervosa e do jogo patológico, assim dá-se preferência a esta droga quando tratar o TB com essas comorbidades (Azorin e cols., 2010).

Tabela 2: comorbidades psiquiátricas no TB	percentual médio encontrado (%)
Qualquer transtorno do eixo I	65
Transtornos relacionados ao uso de substâncias	56
Abuso de álcool	49
Outro abuso de substância	44
Transtornos de ansiedade	55
Fobia social	47
Transtorno do estresse pós-traumático	16
Transtorno de pânico	11
Transtorno obsessivo-compulsivo	10
Transtornos de personalidade	36
Transtorno do controle de impulsos	16
Transtornos alimentares	10
Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade	10
Extraído de Singh e colaboradores, 2006.	

ARTIGO //

por **FERNANDO SILVA NEVES**
e **HUMBERTO CORRÊA**

O manejo do paciente em crise: o suicídio

O suicídio é considerado um dos principais problemas de saúde na atualidade causando graves problemas na esfera pública, familiar e individual. No Brasil, a incidência de suicídio na população geral é considerada baixa (4,12 casos por 100.0000 HAB/ano), no entanto foi detectada uma tendência de aumento nos últimos anos (Brzozowski e cols., 2010).

O suicídio é definido como um ato intencional e consciente executado com o objetivo de tirar a própria vida (Asberg, 1976). Do ponto de vista etiológico, o suicídio pode ser entendido e abordado segundo o modelo estresse-diátese (Mann e cols., 2001). Esse modelo prega que o suicídio seria o resultado final de uma complexa equação composta por variáveis genéticas, psicológicas e sociais tendo como pano de fundo o transtorno psiquiátrico. Nessa equação os fatores genéticos são os mais importantes, respondendo por 50% da manifestação fenotípica (Mann, 2002). O transtorno psiquiátrico é considerado apenas mais um fator dos de risco, pois, apesar de estar presente em quase 100% dos suicídios, apenas uma minoria dos pacientes psiquiátricos efetivamente morrem por suicídio. Entretanto, como será discutido adiante, o TB pode ser uma exceção a essa regra.

Questiona-se se o suicídio pode ser efetivamente prevenido através de intervenções individuais. A identificação de pacientes em risco de suicídio, tanto iminente quanto de longo prazo, é muito difícil, até mesmo para psiquiatras experientes. O conhecimento dos fatores de risco associados ao suicídio pode ser uma estratégia interessante para identificar os pacientes vulneráveis. Entretanto, um estudo em pacientes com vários diagnósticos psiquiátricos mostrou que entrevistas estruturadas baseadas no conhecimento dos fatores de risco apresentam alta sensibilidade, mas baixa especificidade, ou seja, o elevado número de falsos positivos inviabiliza as medidas preventivas (Porkony, 1983). Do ponto de vista coletivo, todas as variáveis envolvidas na gênese do suicídio são passíveis de tratamento (TABELA 5). Mesmo a variável genética pode ser modificada, estudos recentes de epigenética têm demonstrado que o lítio pode atuar induzindo a transcrição de genes responsáveis pela resiliência celular (Shaltiel e cols., 2007). Não por acaso o lítio é considerado o único fármaco verdadeiramente estabilizador do humor, além de ser o um dos poucos fármacos efeito anti-suicida comprovado (Bauer e Mitchner, 2004; Müller-Oerlinghausen e Lewitzka, 2010).

Os fatores ambientais responderiam pelos restantes 50% da manifestação fenotípica do suicídio, entretanto no caso do TB este percentual parece ser muito mais baixo. Uma meta-análise mos-

Tabela 5: Fatores de risco para o suicídio no TB

FATORES DE RISCO "BIOLÓGICOS"
Redução da atividade serotoninérgica
Desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal
História familiar de suicídio
Transtorno psiquiátrico
Doenças clínicas ou neurológicas com alto grau de morbidade (esclerose múltipla, acidente vascular cerebral, doença de Huntington e epilepsia)

FATORES DE RISCO "PSICOLÓGICOS"
História infantil de abusos físicos ou sexuais
Estresse gerado pelo transtorno psiquiátrico
Neuroticismo
Agressividade/impulsividade
Pessimismo
Desesperança
Baixa auto-estima

FATORES DE RISCO "SOCIAIS"
Problemas de relacionamento interpessoais
Pouco acesso aos tratamentos psiquiátricos
Problemas financeiros
Morte de parente próximo por suicídio
Episódio depressivo grave
Abuso de drogas

Observação: As palavras "biológicos", "psicológicos" e "sociais" estão entre aspas porque questiona-se a existência de fenômenos puramente biológicos, psicológicos e sociais.

trou que fatores de risco psicossociais (etnia caucasiana, desemprego, baixa escolaridade e ser solteiro) comumente apontados em estudos realizados na população geral não são relevantes no contexto do TB (Hawton e cols, 2005). Outro dado de interesse apontado por esse estudo foi que a proporção de suicídios entre homens/mulheres bipolares é de apenas 1,4 (contra 3,5 na população geral), ou seja, até as diferenças de gênero não são tão relevantes no suicídio ocorrido no TB.

A diferença encontrada na prevalência de mortalidade por suicídio entre os vários transtornos psiquiátricos pressupõe a existência de diferenças percentuais na participação dos fatores genéticos, ambientais e clínicos (TABELA 6). Nenhum outro transtorno psiquiátrico é tão importante como fator de risco para o suicídio como o TB, estima-se que sua incidência é de 390 casos/100 mil/pacientes/ano, ou seja, 28 vezes maior que na população geral (Goodwin e Jamison, 2007). Cerca de 40% dos pacientes vão fazer uma tentativa de suicídio ao longo da vida e cerca de ¼ vão morrer por suicídio (Goodwin e Jamison, 2007). Essas taxas são impressio-



Tabela 6: Risco de morte por suicídio em relação ao diagnóstico psiquiátrico

Transtorno Psiquiátrico	Risco relativo (SMR)	Taxa de suicídio (%/ano)	Risco ao longo da vida (%)
Transtorno Bipolar	28	0,39	23,4
Depressão grave	21	0,29	17,4
Dependência química	20	0,28	16,8
Depressão moderada	9	0,13	7,8
Esquizofrenia	9	0,12	7,2
Transtornos de personalidade	7	0,10	6,0
População geral	1	0,014	0,8

Adaptado de Harris e Barraclough (1997) e Tondo e cols. (2003)

nantes, principalmente se levarmos em consideração que a mortalidade por doenças clínicas e por homicídio é consideravelmente maior que a encontrada na população geral (Osby e cols., 2001).

Não se sabe exatamente o porquê das taxas de suicídio são mais elevadas no TB que em outros diagnósticos psiquiátricos, postula-se que o caráter crônico do transtorno, a dificuldade do diagnóstico, a maior gravidade dos episódios depressivos, a baixa taxa de aderência aos tratamentos, os scores elevados de impulsividade/agressividade, a alta prevalência de comorbidades psiquiátricas e o uso de métodos mais letais sejam os responsáveis (Hawton e cols, 2005).

Devido à importância do suicídio nessa população é imperativo questionar acerca de intenções ou planos suicidas em TODOS os pacientes bipolares desde o primeiro atendimento e nas consultas psiquiátricas subsequentes. Um estudo retrospectivo mostrou que 86% e 66% dos suicidas consultaram médicos dentro de um ano e um mês, respectivamente (Luoma e cols, 2002). A identificação de fatores associados também pode auxiliar na estratificação do risco. Entre os pacientes com diagnóstico de TB, os principais fatores são o histórico de tentativa de suicídio, a história familiar de suicídio e a impulsividade. A história de tentativa de suicídio prévia é um preditor para o suicídio completo em todos os diagnósticos psiquiátricos, mas no TB ele é menos importante, pois a relação entre tentativa de suicídio e suicídio completo no TB seja menor que entre os outros transtornos psiquiátricos (5:1 contra 15:1) (Goodwin e Jamison, 2007). A avaliação da história familiar de suicídio é importante porque vários estudos mostram que a transmissão do comportamento suicida ocorre de forma parcialmente independente da transmissão da doença psiquiátrica (Brent e Mann, 2005). Pacientes bipolares com histórico familiar de suicídio apresentam

também uma maior prevalência de TB entre os familiares de primeiro grau, ou seja, sugere-se que existe sobreposição entre fatores genéticos e ambientais que predispõe tanto ao suicídio quanto ao TB (Cavazzoni e cols., 2007; Petresco e cols., 2009).

Entre os pacientes que manifestam ideação suicida explicitamente e sem ambivalência urge tomar medidas para protegê-lo de si mesmo como comunicar aos familiares, impedir o acesso a armas de fogo ou a qualquer meio letal e, eventualmente, realizar a internação psiquiátrica (TABELA 7). Infelizmente, nem todos os pacientes comunicam aos seus médicos ou familiares a intenção de provocar a própria morte. Nos pacientes impulsivos o intervalo de tempo entre a decisão e o ato suicida em si é muito curto. Para esses casos a avaliação neuropsicológica pode auxiliar na identificação de tendência à impulsividade que dificilmente seria percebida numa entrevista psiquiátrica usual, no entanto esses testes não permitem discriminar os pacientes de risco em termos temporais (se curto prazo ou longo prazo) e ainda carecem de comprovação teórica.

O tratamento satisfatório dos episódios visando à remissão completa tanto dos sintomas maníacos quanto depressivos é uma importante estratégia para a prevenção do suicídio em nível secundário. Estudos retrospectivos e naturalísticos com amostras heterogêneas de pacientes (gravemente doentes, fase aguda, fase de manutenção, hospitalizados, ambulatoriais) indicam que o tratamento médico pode reduzir a chance de suicídio entre 2-19 vezes nesses pacientes (Kallner e cols, 2000; Angst e cols, 2002; Yerevanian e cols, 2003; Angst e cols, 2005). A pesquisa de tratamentos farmacológicos endereçadas especificamente para o suicídio é uma das maiores lacunas da pesquisa psiquiátrica atual, pois esbarra em problemas éticos e metodológicos. A maioria dos ensaios

ARTIGO //

por **FERNANDO SILVA NEVES**
e **HUMBERTO CORRÊA**

Tabela 7 - Recomendações para prevenção do suicídio no TB

Recomendações	Observações:
Estabelecer o diagnóstico psiquiátrico correto.	O ISBD Diagnostic Guidelines Task Force sugere modificações nas próximas revisões dos manuais de classificação psiquiátrica (DSM-V e CID-11) (Ghaemi e cols, 2008). Os critérios diagnósticos para a depressão bipolar devem ser probabilísticos, ou seja, considerar esse diagnóstico mesmo diante de um paciente sem histórico de mania, caso ele apresente: 1) depressão atípica (hipersonia, hiperfagia ou "leaden paralysis"), 2) alterações psicomotoras, 3) quadros psicóticos ou culpa patológica e 4) história familiar de TB.
Identificar e tratar as comorbidades psiquiátricas	Comorbidade psiquiátrica é a regra no TB, as mais associadas ao suicídio são o alcoolismo e o transtorno de personalidade borderline.
Tratar adequadamente o(s) transtorno(s) psiquiátrico(s)	A busca incessante pela remissão total dos sintomas psiquiátricos deve ser um objetivo no tratamento de todos os pacientes. Sintomas residuais de depressão ou mania, por exemplo, são mais frequentes em pacientes que suicidam.
Perguntar a todos os pacientes sobre a existência de ideação ou planos para cometer suicídio.	Perguntar sobre suicídio não induz ao suicídio (Blumenthal, 1988).
Aumentar a frequência de consultas em pacientes jovens e logo após a alta hospitalar	A maioria dos suicídios ocorre nos primeiros 05 anos desde o início dos sintomas e nos primeiros 03 meses após alta hospitalar.
Envolver familiares no tratamento de pacientes com ideação de suicídio e histórico de tentativas de suicídio	Estimular a construção de redes de apoio entre os familiares e amigos do paciente pode tornar o ambiente mais harmônico, facilitando a resolução de conflitos.
Retirar do alcance do paciente os objetos potencialmente letais, como arma de fogo, pesticidas, medicamentos e veículos automotores.	Freqüentemente isso só é possível através da internação psiquiátrica. Incumbir a família da tarefa de vigiar um potencial suicida pode acarretar em estresse considerável para os familiares e amigos.

clínicos para testar a eficácia de novos fármacos estabilizadores de humor exclui pacientes com potencial risco de suicídio (Zimmermann e cols, 2002). O uso de ensaios terapêuticos randomizados controlados para identificar drogas com potencial de prevenir o suicídio é inviável, pois seria necessário realizar estudo prospectivo com milhares de indivíduos acompanhados por longo período de tempo.

Conclusão:

O manejo do paciente bipolares em crise é complexo devendo ser conduzido preferencialmente por psiquiatras com treinamento específico na abordagem do TB e equipe multidisciplinar. Provavelmente, as altas taxas de insucesso terapêutico (suicídio, refratariedade, declínio cognitivo e mortalidade precoce por doenças clínicas) poderiam ser revertidas se os pacientes recebessem tratamento adequado desde o início do TB. O sucesso da abordagem vai depender da observância de vários fatores: diagnóstico precoce, aliança terapêutica com paciente/familiares, introdução de estabilizador de humor, remissão completa dos episódios, in-

clusão do paciente em grupos de psicoeducação, tratamento das comorbidades clínicas /psiquiátricas e prevenção do suicídio. A internação psiquiátrica nas fases agudas muitas vezes é um instrumento indispensável para garantia da segurança imediata do paciente e possibilita a introdução de medidas que visam atenuar os efeitos deletérios da doença no longo prazo. O acompanhamento ambulatorial deve ser considerado um desdobramento da internação psiquiátrica, onde os pacientes vão continuar recebendo tratamento por tempo indeterminado.



Referências:

1. ANGST F.; STASSEN HH; CLAYTON PJ; ANGST J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord.* v.68. p.167-81. 2002.
2. ANGST J; ANGST F; GERBER-WERDER R; GAMMA, A. Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up. *Arch Suicide Res.* v.9. p.279-300. 2005.
3. Asberg M, Traskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry.* 1976;33(10):1193-7.
4. Azorin JM, Bowden CL, Garay RP, Perugi G, Vieta E, Young AH. Possible new ways in the pharmacological treatment of bipolar disorder and comorbid alcoholism. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2010 Mar 24;6:37-46.
5. Baldaçara L, Sanches M, Cordeiro DC, Jackowski AP. Rapid tranquilization for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomized trial of olanzapine, ziprasidone, haloperidol plus promethazine, haloperidol plus midazolam and haloperidol alone. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011 Mar;33(1):30-9.
6. Bauer MS, Mitchner L. What is a "mood stabilizer"? An evidence-based response. *Am J Psychiatry.* 2004 Jan;161(1):3-18.
7. Blacker D, Tsuang MT. Contested boundaries of bipolar disorder and the limits of categorical diagnosis in psychiatry. *Am J Psychiatry.* 1992; 149(11):1473-1483
8. Blumenthal SJ. Suicide: a guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. *Med Clin North Am* 1988;72:937-71.
9. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 133:13-24, 2005.
10. Brzozowski FS, Soares BG, Benedet J, Boing AF, Peres MA. Suicide time trends in Brazil from 1980 to 2005. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,* 26(7):1293-1302, jul, 2010.
11. Cavazzoni P, Grof P, Duffy A, Grof E, Müller-Oerlinghausen B, Berghofer A, Ahrens B, Zvolsky P, Robertson C, Davis A, Hajek T, Alda M. Heterogeneity of the risk of suicidal behavior in bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disord* 2007; 9: 377-385.
12. Colom F, and Vieta, E. (2004). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira De Psiquiatria (São Paulo, Brazil : 1999).* 26: 47-50.
13. COLOM, F., VIETA, E.J. SANCHEZ-MORENO, R. PALOMINO-OTINIANO, M. REINARES, J.M. GOIKOLEA, A. BENABARRE, AND A. MARTINEZ-ARAN. (2009). "Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial". *The British Journal of Psychiatry.* 194 (3): 260-265.
14. Fawcett J, Clark DC, Busch KA. Assessing and treating the patient at risk for suicide. *Psychiatr Ann* 1993;23:244-55.
15. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *J Chronic Dis* 1970; 263: 455-468
16. Fenn HH, Bauer MS, Alshuler L, et al. Medical comorbidity and health-related quality of life in bipolar disorder across the adult age span. *J Affect Disord* 2005; 86:47-60.
17. Frank E. *Treating Bipolar Disorder: A Clinician's Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy.* New York, NY: Guilford Press; 2005.
18. Fu Q, Heath AC, Bucholz KK, et al. A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychol Med* 32:11-24, 2002.
19. Ghaemi SN, Bauer M, Cassidy F et al. Diagnostic guidelines for bipolar disorder: a summary of the International Society for Bipolar Disorders Diagnostic Guidelines Task Force Report. *Bipolar Disord* 2008; 10: 117-128.
20. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness.* New York: Oxford University Press, 2007.
21. Hirschfeld RM, Cass AR, Holt DC, et al. Screening for bipolar disorder in patients treated for depression in a family medicine clinic. *J Am Board Fam Pract.* 2005;18(4):233-239.
22. Hyman S, Chisholm D, Kessler R, Patel V, Whiteford H. *Disease Control Priorities in Developing Countries.* 2nd edition. Washington (DC): World Bank; 2006. Chapter 31.
23. Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: sin-

ARTIGO //

por **FERNANDO SILVA NEVES**
e **HUMBERTO CORRÊA**

gle blind randomised controlled trial. *BMJ*. 2004 Jul 17;329(7458):136.

24. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, Leon AC, Rice. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002 Jun;59(6):530-7.
25. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser JD, Solomon DA, Leon AC, Keller MB. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Mar;60(3):261-9.
26. KALLNER, G; LINDELIUS, R; PETTERSON, U; STOCKMAN, O; THAM, A. Mortality in 497 patients with affective disorders attending a lithium clinic or after having left it. *Pharmacopsychiatry*. v.1. n.8-13. 2000.
27. Kapczinski F, Vieta E, Andreazza AC, Frey BN, Gomes FA, Tramontina J, Kauer-Sant'anna M, Grassi-Oliveira R, Post RM. Allostatic load in bipolar disorder: Implica-

tions for pathophysiology and treatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 32 (2008) 675-692

28. Kessler RC, McGonigle KA, Zhao S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the US: results from the national comorbidity study. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19
29. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1091-1098
30. LUOMA, JB; MARTIN, CE; PEARSON, JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. v.159. p.909-916. 2002.
31. Mann JJ, Brent DA, Arango V. The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Europychopharmacology*, 24:467-77, 2001.
32. Mann JJ. A Current Perspective of Suicide and Attempt

Prevenção - Tratamento - Ensino - Pesquisa



**CLÍNICA
JORGE
JABER**

www.clinicajorgejaber.com



Atendimentos

INTERNAÇÃO
HOSPITAL - DIA
INDIVIDUAL
GRUPO
PROGRAMA FAMILIAR
AMBULATORIAL
DOMICILIAR

Tratamentos

PSIQUIÁTRICO
DEPENDÊNCIA QUÍMICA
PSICOLÓGICO
TABAGISMO
TRANSTORNO ALIMENTAR

CONSULTÓRIOS
Leblon - Rio de Janeiro - RJ
Av. Ataulfo de Paiva, 1079/1105
Telefax: (0xx21) 2529-8585 / 2540 - 9091 / 2540 - 9056
CEP: 22440-034
e-mail: jjaber@clinicajorgejaber.com.br

Convênios

AMAFRERJ
AMIL
BNDES
BRADESCO SAÚDE
CABERJ
CNEN
ELETROBRAS
ELETRONUCLEAR
EMBRATEL
FURNAS
GAMA SAÚDE
GOLDEN CROSS
INB
IRB
MEDSERVICE
MÚTUA DOS MAGISTRADOS
SULAMÉRICA
REAL GRANDEZA
UNAFISCO
UNIMED
VALE DO RIO DOCE

CENTRO DE RECUPERAÇÃO
Vargem Pequena - Rio de Janeiro - RJ
Rua Elísio de Araújo, 263
Telefax: (0xx21) 2442-2230 / 2442-2583 / 2442- 4354
CEP: 22783 - 360

Resp. Técnico - CRM 5234556-0/RJ



- Suicide. *Ann Intern Med* 136:302-311, 2002
33. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PE Jr, Frye MA, Denicoff KD, Nolen WA, Kupka RW, Leverich GS, Rochussen JR, Rush AJ, Post RM. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158(3):420-426
 34. McIntyre RS, Soczynska JK, Beyer JL, Woldeyohannes HO, Candy WY, Law CW, Miranda Ad, Konarski JZ, Kennedy SH. Medical comorbidity in bipolar disorder: reprioritizing unmet needs. *Current Opinion in Psychiatry* 2007; 20:406-416
 35. Miklowitz DJ, Goldstein MJ. *Bipolar Disorder: A Family-Focused Treatment Approach*. New York, NY: Guilford Press; 1997.
 36. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E et al. Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 419-426.
 37. Müller-Oerlinghausen B, Lewitzka U. Lithium reduces pathological aggression and suicidality: a mini-review. *Neuropsychobiology*. 2010;62(1):43-9.
 38. Neves FS, Malloy-Diniz LF, Barbosa IG, Brasil PM, Corrêa H. Bipolar disorder first episode and suicidal behavior: are there differences according to type of suicide attempt? *Rev Bras Psiquiatr*. 2009 Jun;31(2):114-8.
 39. Oquendo MA, Mann JJ. Identifying and managing suicide risk in bipolar patients. *J Clin Psychiatry* 62 (suppl):31-34, 2001.
 40. Osby U, Brandt L, Correia N, et al. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:844-850.
 41. Otto MW, Reilly-Harrington NA. Cognitive-behavior therapy for the management of bipolar disorder. In: Hofmann SG, Tompson MC, eds. *Handbook of Psychosocial Treatments for Severe Mental Disorders*. New York, NY: Guilford Press; 2002:116-130.
 42. Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK et al. Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for
 43. *Bipolar Disorder (STEP-BD)*. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 217-224.
 44. Petresco S, Gutt EK, Krelling R, Lotufo Neto F, Rohde LA, Moreno RA. The prevalence of psychopathology in offspring of bipolar women from a Brazilian tertiary center. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009 Sep;31(3):240-6.
 45. POKORNY, AD. Prediction of suicide in psychiatric patients: report of a prospective study. *Arch. Gen. Psychiatry*. v.40. p.249-257. 1983.
 46. Prien RF, Potter WZ. NIMH workshop report on treatment of bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull* 1990;26:409-27.
 47. Rocca CC, Lafer B. Neuropsychological disturbances in bipolar disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006 Sep;28(3):226-37.
 48. Rosen C, Grossman LS, Harrow M. Diagnostic and prognostic significance of Schneiderian first-rank symptoms: a 20-year longitudinal study of schizophrenia and bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry* 52 (2011) 126-131.
 49. Ruchlewska A, Mulder CL, Smulders R, Roosenschoon BJ, Koopmans G, Wierdsma A. The effects of crisis plans for patients with psychotic and bipolar disorders: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2009 Jul 9;9:41.
 50. Salvatore P, Baldessarini RJ, Tohen M, Khalsa HM, Sanchez-Toledo JP, Zarate CA Jr, Vieta E, Maggini C. McLean-Harvard International First-Episode Project: two-year stability of DSM-IV diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(4):458-66.
 51. Shatiel G, Chen G e Manji HK. Neurotrophic signaling cascades in the pathophysiology and treatment of bipolar disorder. *Current Opinion in Pharmacology* 2007, 7:22-26
 52. Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, Fossey M, Sagduyu K, Frank E, Sachs GS. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* 2004; 161:2222-2229
 53. Singh JB, Zarate Jr CA. Pharmacological treatment of psychiatric comorbidity in bipolar disorder: a review of controlled trials. *Bipolar Disord* 2006; 8: 696-709.
 54. Stathan DJ, Heath AC, Madden PAF, et al. Suicidal behavior: an epidemiological and genetic study.

ARTIGO //////////////////////////////////////

por **FERNANDO SILVA NEVES**
e **HUMBERTO CORRÊA**

Psychol Med 28:838-855, 1998.

55. Tohen M, Hennen J, Zarate CM Jr, Baldessarini RJ, Strakowski SM, Stoll AL, Faedda GL, Suppes T, Gebre-Medhin P, Cohen BM. Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry*. 2000 Feb;157(2):220-8.
56. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*. 2009;70 Suppl 4:1-46.
57. Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, Parikh SV, Beaulieu S, O'Donovan C, MacQueen G, McIntyre RS, Sharma V, Ravindran A, Young LT, Young AH, Alda M, Milev R, Vieta E, Calabrese JR, Berk M, Ha K, Kapczinski F. 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 Disord* 2009; 11: 225-255.
58. YEREVANIAN, BI; KOEK, RJ; MINTZ, J. Lithium, anti-convulsants and suicidal behavior in bipolar disorder. *J Affect Disord*. v.73. p.223-8. 2003.
59. Zimmerman M, Mattia JI, Posternak MA. Are subjects in pharmacological treatment trials of depression representative of patients in routine clinical practice? *Am J Psychiatry*, 159:469-73, 2002.
60. Zimmerman M, Ruggero CJ, Chelminski I, Young D. Psychiatric diagnoses in patients previously overdiagnosed with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2010 Jan;71(1):26-31.