

CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM TRANSTORNO BIPOLAR

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY'S CONTRIBUTIONS ON TREATMENT FOR PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER

Vanessa Márcia de Sousa ¹

Graduanda do Curso de Psicologia. Faculdade Patos de Minas

Arthur Siqueira de Sene ²

Psicólogo. Mestre em Psicologia Aplicada, pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), no eixo Psicologia da Saúde / Processos Cognitivos.

RESUMO

O transtorno bipolar é uma doença que afeta profundamente a funcionalidade e as interações sociais dos indivíduos diagnosticados com esse transtorno. A terapia cognitivo-comportamental é um modelo terapêutico focado na resolução de problemas e tem sido amplamente utilizada em pacientes com o transtorno bipolar, especialmente através da psicoeducação. O presente artigo busca compreender a importância do papel do psicólogo e das estratégias utilizadas como forma de auxiliar e aumentar a eficácia do tratamento farmacológico de indivíduos com transtorno bipolar. Os resultados apontam que o psicólogo desempenha uma valorosa função ao utilizar a psicoeducação e a terapia cognitivo-comportamental, pois através delas é possível levar o paciente adotar um papel ativo no seu tratamento e contribuir para uma diminuição nas recaídas, na hospitalização e para melhoria na qualidade de vida do paciente.

¹ Graduanda do Curso de Psicologia, Faculdade Patos de Minas.

² Orientador. Prof. Me. Faculdade Patos de Minas.

Palavras-chave: Transtorno bipolar. Psicoeducação. Terapia cognitivo-comportamental

ABSTRACT

Bipolar disorder is an illness that deeply affects the functionality and social interactions of individuals diagnosed with this disorder. The cognitive behavioral therapy is a therapeutic model focused on problems solving and has been widely used in patients with bipolar disorder, especially through psychoeducation. This paper aims to understand the importance of psychologist's role and the strategies used in order to assist and increase the effectiveness of pharmacological treatment of patients with bipolar disorder. The results show that the psychologist performs a valuable function when using psychoeducation and cognitive behavioral therapy, because through them it is possible to lead the patient to take an active role in their treatment and contribute to decrease relapses, hospitalization and improve the quality of life of patients.

Keywords: Bipolar disorder. Psychoeducation. Cognitive behavioral therapy.

INTRODUÇÃO

Cerca de 31 a 50% da população brasileira apresentam, pelo menos, um episódio de transtorno mental, no percurso da vida. Dentre essa população aproximadamente 20 a 40% necessitam de acompanhamento psicológico (SILVA; FUREGATO; COSTA JÚNIOR, 2003).

Na maioria dos transtornos psiquiátricos existentes a Terapia Cognitiva, (TC) tem se mostrado efetiva na redução de sintomas e nas taxas de recorrência, com ou sem medicação. O conjunto de princípios teóricos e terapêuticos da terapia cognitiva foi ampliado sistematicamente por Beck para atender uma série de transtornos, como: depressão, suicídio, transtorno de ansiedade, fobias, síndrome do pânico, transtorno de personalidade e abuso de substâncias. Ademais essa área continua crescendo e aperfeiçoando o seu campo de atuação, pois estudos recentes revelam o efeito adicional sobre o tratamento medicamentoso de doenças psiquiátricas graves como esquizofrenia e transtorno bipolar. Atualmente, por meio de estudos que

utilizaram a neuroimagem ficou comprovado que a terapia cognitiva comportamental (TCC) produz mudanças fisiológicas e funcionais em muitas áreas cerebrais (KNAPP; BECK; 2008).

O transtorno bipolar, previamente denominado e mais conhecido como maníaco-depressivo, não é um transtorno homogêneo. Atualmente, é considerado como parte do conjunto afetivo que inclui maior ou menor grau de: agitação, euforia, grandiosidade, impulsividade, irritabilidade, aceleração da linguagem e do pensamento, estímulo aos comportamentos aditivos e hedonistas (JURUENA, 2001).

O transtorno bipolar (TB) é considerado como uma doença grave, com diversos problemas de saúde, apresentando um quadro clínico crônico e altas taxas de mortalidade (COLOM; VIETA, 2004).

No transtorno bipolar, apesar das raízes biológicas, as oscilações no afeto, o comportamento e o temperamento manifestam-se principalmente no pensamento, na percepção, na linguagem e na cognição. As fortes mudanças no humor, na personalidade, no pensamento e no comportamento inerente ao transtorno bipolar, frequentemente aprofundam efeitos nos relacionamentos interpessoais (JURUENA, 2001).

O episódio de hipomania ou mania é descrito no CID-10 por haver uma alteração no humor, no nível da atividade do sujeito caminhando para uma elevação do humor e um aumento da energia e da atividade. O episódio de depressão é marcado por haver uma redução da energia e da atividade (PEREIRA et al., 2010).

A alteração do humor está presente durante o percurso do início de um episódio e de um episódio para outro. O humor na fase maníaca está direcionado para o polo maníaco, apresentando-se expansivo, eufórico, irritável e desinibido. A labilidade do humor é corrente no TB, havendo crises de choro e/ou hostilidade, caracterizadas por uma grande instabilidade do humor. A pessoa com TB pode passar rapidamente da euforia para irritabilidade, da alegria as lágrimas. A sensação de intenso bem estar e otimismo pode ser trocada pelo experimento de um desconforto insuportável, nervosismo, descontrole e violência quando há coincidência de sintomas depressivos (KAPCZINSKI et al., 2009).

A fase depressiva é marcada por mudanças cognitivas que muitas vezes não são percebidas pelos familiares e nem pelo próprio paciente, por serem sutis no início. As mudanças cognitivas nesta fase incluem distorções negativas na percepção de si mesmo, do mundo e do futuro. As mudanças ocorridas mais perceptíveis são a presença de pensamento mais lento, dificuldades para encontrar palavras na comunicação, pouca concentração e perda na capacidade de tomar decisões (CABALLO, 2011).

No tratamento dos pacientes com transtorno bipolar as abordagens psicoterápicas têm sido utilizadas com o propósito de aumentar a adesão ao tratamento, reduzir os sintomas residuais, prevenir recaídas, identificar sinais pró-dromos e síndromicos, diminuir a taxa de hospitalização, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares (KNAP; ISOLAN, 2005).

A TCC é muito útil ao tratamento, pois são ensinadas técnicas para que os problemas psicossociais e interpessoais que surgem no decorso da doença sejam melhor manejados. Primeiramente é apresentado o modelo cognitivo e depois ensinado a identificar e a analisar as mudanças cognitivas que ocorrem na depressão e na mania, os pensamentos automáticos e distorções de pensamento (NETO LOTUFO, 2004).

Recentemente a disponibilidade de medicamentos para o tratamento desse transtorno tem crescido e melhorado bastante, pois, combinam a boa eficácia com menos efeitos colaterais, mas ainda é preciso alcançar uma melhora no contexto social. Em relação a esta expectativa e por existir vários estudos realizados sobre a eficácia de alguns tratamentos psicológicos, isso, tem colaborado para mudar a visão dos especialistas no tratamento dos transtornos bipolares para inclusão de intervenções psicológicas ao medicamento (COLOM; VIETA, 2004).

A psicoeducação é um excelente instrumento utilizado nas intervenções de terapia, pois associadas à farmacoterapia pode ser favorável ao tratamento do transtorno bipolar. O seu objetivo é dar aos pacientes informações sobre o tratamento e de enfatizar a adesão a medicação, contribuindo então, para que o paciente se beneficie por outras intervenções com abordagens mais amplas (KNAPP; ISOLAN, 2005).

O presente estudo foi realizado com o objetivo de conhecer os benefícios da atuação do psicólogo em pacientes diagnosticados com

transtorno bipolar, uma vez que o papel desempenhado pelo psicólogo no acompanhamento de tal transtorno vem se mostrando cada vez mais efetivo através do uso de diversas técnicas da terapia cognitivo-comportamental, como a psicoeducação que possibilitam a diminuição da frequência de episódios e hospitalizações, a melhor adesão ao tratamento medicamentoso e também o aumento do funcionamento social.

Como centro norteador, o trabalho buscou compreender a seguinte questão: 'Qual o papel do psicólogo no tratamento de pacientes com transtorno bipolar?'. Desse modo foi investigado se a psicoeducação pode melhorar a compreensão e adesão do paciente em relação ao tratamento e possíveis formas da atuação da TCC na busca por melhoras do funcionamento psicossocial e a redução de riscos relacionados à oscilação do humor e os ciclos do transtorno bipolar.

É relevante destacar ainda, que o presente estudo ao buscar compreender a contribuição do psicólogo por meio da terapia cognitivo-comportamental para pacientes com transtorno bipolar apresenta-se como de grande importância para que mais pessoas portadoras desse transtorno possam procurar ajuda deste profissional e com isso potencializarem os efeitos de seus tratamentos.

Esse artigo encontra-se dividido em três seções. A primeira seção esclarece sobre o que é o TB, a ocorrência na população, a questão genética e outros fatores relacionados, as consequências aos pacientes e familiares, bem como o comprometimento da funcionalidade do indivíduo, relaciona os sintomas do transtorno e caracteriza cada episódio.

A segunda seção enfatiza a importância da psicoeducação no tratamento dos pacientes com transtorno bipolar. A psicoeducação é utilizada pelo psicólogo com o objetivo de levar o paciente a ter um entendimento sobre a doença e assim desempenhar um papel ativo no seu tratamento.

A terceira seção descreve as técnicas utilizadas na TCC que visam prevenir as futuras recaídas, por se tratar de um transtorno crônico, como também, dos riscos de internações e ainda contribuem para que ocorra uma melhora no funcionamento social do paciente e conseqüentemente de sua qualidade de vida.

METODOLOGIA

A presente pesquisa foi realizada por meio de uma revisão seletiva da literatura acerca das características do TB e sobre o tratamento psicoterápico. Assim sendo, foram realizadas, a partir das bases de dados do SCIELO (The Scientific Eletronic Libray Online), BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde), além de livros e artigos científicos de Instituições de Ensino Superior, pesquisas enfocadas na literatura sobre o transtorno afetivo bipolar. A seleção dos artigos pesquisados a serem utilizados incluiu a semelhança nos descritores base: transtorno bipolar, psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar e TTC aplicada ao transtorno bipolar; a leitura dos resumos que se adequassem a proposta do presente trabalho, bem como artigos que fossem publicados em língua portuguesa no período de 2001 a 2015. Não foram utilizados textos em língua estrangeira e excluídos os que traziam a medicação como a única fonte de tratamento. O objetivo da pesquisa foi conhecer de forma ampla o conceito da doença, a característica de cada episódio, os prejuízos e consequências acarretados ao paciente e o papel da terapia no tratamento.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CARACTERISTICAS DO TRANSTORNO BIPOLAR

O Transtorno bipolar, TB, é considerado uma doença mental grave, apresentando um alto índice de morbidade e de mortalidade. Esse transtorno pode afetar 1% da população geral, apesar de estudos mostrarem que a

prevalência desse transtorno esteja acima disso. Os primeiros sintomas são manifestados no período da adolescência, entre 18 e 22 anos mais especificamente (MENEZES; SOUZA, 2012).

O TB configura em um transtorno mental heterogêneo em relação ao curso e a forma de manifestação dos sintomas no decorrer do tempo, e ainda, apresenta uma manifestação clínica abrangente exigindo um tratamento multifatorial que engloba aspectos biológicos e psicossociais, além de apresentar variações no tratamento medicamentoso (PEREIRA et al., 2010).

Ele também é caracterizado por ser uma doença crônica e incapacitante, sendo assinalada por episódios de mania e depressão. Esses episódios são marcados por mudanças extremas no estado de ânimo, nas cognições e nos comportamentos (CABALLO, 2011).

A alternância dos episódios de humor pode mudar entre episódios depressivo maior, maníaco, misto e hipomaníaco e ainda podem variar em intensidade, frequência e duração (PEREIRA et al., 2010).

O transtorno bipolar é classificado em dois subtipos, segundo o DSM V, os quais são necessários o preenchimento dos critérios para classificá-los adequadamente. O tipo I caracteriza-se por um ou mais episódios maníacos ou de episódios mistos; tipo II ocorre um ou mais episódios depressivos maiores acompanhados por, pelo menos, um episódio hipomaníaco (APA, 2015).

A mania exerce influência sobre o humor e sobre as funções vegetativas, como sono, cognição, psicomotricidade e nível de energia. O humor expansivo reduz a necessidade de sono, ocorre então o aumento de energia que resulta na iniciativa pelo paciente de vários projetos ao mesmo tempo. O aumento da velocidade do pensamento pode provocar a fuga de ideias. A crítica fica prejudicada e o ajuizamento deixa de existir na realidade do paciente (MORENO; MORENO; RATZKE, 2005).

Os episódios de mania ou de hipomania são experimentados de forma positiva pelo paciente, sendo difícil para o mesmo encará-los como uma doença, já que as sensações durante este período são muito agradáveis, marcadas por um estado de ânimo de esperança, alegria, inspirações, euforia e otimismo (CABALLO, 2011).

A fase maníaca se difere da fase hipomaníaca, pois a primeira acarreta prejuízos funcionais e sociais graves, apresentando: desorganização

comportamental, o consumo elevado de álcool, café e cigarro, o aumento considerável de apetite, a logomania, a presença de ideias grandiloquentes caminhando para manifestações delirantes de grandeza, a impulsividade no comportamento e diminuição significativa no sono. Este episódio pode levar o indivíduo a sintomatologia psicótica e a hospitalização, sendo que o portador de TB não apresenta uma percepção clara do estado da mania. Enquanto que a fase hipomaníaca mesmo apresentando um estado de euforia não chega a uma perda de controle, a causar prejuízos funcionais consideráveis, a necessitar de hospitalização e nem há presença de sintomas psicóticos (PEREIRA et al., 2010).

A elevação do humor é acompanhada de vários graus de sintomas depressivos e de prejuízos funcionais, neste caso a avaliação transversal do estado clínico atual e longitudinal: frequência, gravidade e consequências de episódios passados, devem ser considerados para o diagnóstico e também faz-se necessário ter uma atenção rigorosa na história clínica (MORENO; MORENO; RATZKE, 2005).

Os episódios de depressão em seu estágio inicial apresentam-se de forma sutil, pois na maioria dos casos é percebido por terceiros apenas quando ocorre a verbalização do sujeito, pois as mudanças cognitivas ocorrem de forma lenta. O paciente passa então a ser pessimista, ter uma visão negativa de si, do mundo e do futuro, estabelecendo então uma distorção cognitiva da percepção. Nesta fase o paciente é caracterizado por apresentar o pensamento mais lento, falta de concentração, dificuldade de encontrar palavras para expressar e a perda na capacidade de tomar decisões (CABALLO, 2011).

A identificação do transtorno pode ocorrer de forma morosa em consequência de um diagnóstico e de tratamento inadequados, como também, pelo desconhecimento por parte do paciente e de sua família. O atraso na constatação do transtorno acarreta prejuízos quanto a funcionalidade do indivíduo, havendo uma proporcionalidade entre a frequência e intensidade dos episódios e a piora do estado clínico do paciente (PEREIRA et al., 2010).

As altas taxas de não adesão ao tratamento são responsáveis por frustrações na psiquiatria e muitos fatores estão relacionados a este fenômeno como: atitude e crenças do paciente em relação ao medicamento; uso de álcool e droga; falta de conhecimento sobre a doença; estrutura familiar; gravidade da

doença; fatores relacionados ao medicamento como: efeitos adversos e interações medicamentosas e fatores relacionados ao médico e interação com o paciente (SANTIN; CERESÉR; ROSA, 2005).

Estudos genéticos relacionados ao transtorno bipolar revelam que o risco de um indivíduo, com familiar em primeiro grau com TB, de desenvolver a doença é 10 vezes maior em relação a população em geral. Estes estudos demonstram a elevada contribuição genética na gênese do transtorno, apesar da herdabilidade não ser 100%, existe uma interação genética com fatores ambientais. Eventos estressores podem desencadear transtornos mentais em indivíduos geneticamente suscetíveis (KAPCZINSKI et al., 2009).

O índice de recorrência dos episódios do transtorno é superior a 90% na vida dos portadores, sendo que entre 10% e 15% dos pacientes sofrerão mais de 10 episódios ao longo da vida (COSTA, 2008).

O TB está aliado a um alto risco de mortalidade, pois aproximadamente 25% dos portadores tentam suicídio em algum momento da vida, sendo que, dos 25% que tentam suicídio, 11% tem êxito. A taxa de mortalidade é ainda maior quando os indivíduos acometidos por esse transtorno não são tratados, chegando a 15% (MENEZES; SOUZA, 2012).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde de São Paulo constatou que existem mais de 10 mil autorizações de internação hospitalar por ano devido ao transtorno bipolar (MORENO; MORENO; RATZKE, 2005).

Segundo a Organização Mundial da Saúde o TB é responsável pela sexta causa em incapacidade laboral e a terceira entre as doenças mentais, após depressão unipolar e esquizofrenia e sua incapacidade laboral assemelha-se a muitas doenças crônicas (COSTA, 2008).

A IMPORTÂNCIA DA PSICOEDUCAÇÃO EM TRANSTORNOS BIPOLARES

A psicoeducação foi desenvolvida em 1970 como um complemento ao tratamento, aliada ao medicamento, tem o objetivo de manter o paciente inserido na sociedade. Ela é fundamental no trabalho do psicólogo, pois

permite criar estratégias que modificam aspectos negativos experimentados por quem sofre deste transtorno, também promove informações sobre a doença quanto a natureza e tratamento, além de fornecer ensinamentos teóricos e práticos para lidar melhor com a doença. Ela ainda ajuda o paciente a ter insight sobre a doença, melhora a adesão ao tratamento, ensina detectar sinais prodrômicos precoces, promove hábitos saudáveis, a ter uma regularidade no estilo de vida e a evitar o abuso de substâncias (MENEZES; SOUZA, 2012).

Foi constituída a partir do modelo médico biopsicossocial, tendo como principal objetivo fornecer informação sobre a natureza e o tratamento do transtorno bipolar, mesmo sendo usada em intervenções breves enfatiza a adesão a medicação e a identificação precoce dos sintomas (KNAPP; ISOLAN, 2005).

As primeiras sessões de psicoeducação são voltadas para entender a negação e as causas biológicas da doença, pois muitos pacientes compartilham de mitos terríveis sobre a doença, e isto podem levá-los a negação da doença e a não adesão ao tratamento. Uma segunda etapa da psicoeducação diz respeito a detectar sinais de recaídas maníacas, com auxílio de familiares, amigos ou parceiros. Contando com a ajuda dessas pessoas o paciente escolhe quais sinais são mais importantes, levando em conta sua personalidade, seu temperamento e as características íntimas de suas recaídas. A terceira etapa é dedicada a perceber os sinais pré-prodrômicos, que em alguns pacientes se percebe uma pequena alteração no comportamento em relação a preferências de leitura, músicas ou vestimentas; a presença de sensações corporais e o surgimento de novos interesses que tendem a repetir em todos os episódios (COLOM; VIETA, 2004).

A psicoeducação é essencial no tratamento de pessoas com transtorno bipolar, sendo assim, ela faz parte de todos os protocolos para o tratamento na modalidade de Terapia Cognitivo-Comportamental, TCC. Seu papel educativo é utilizado desde o princípio até o final do tratamento com o objetivo de possibilitar um entendimento sobre o transtorno aos pacientes e familiares (FIGUEIREDO et al., 2009).

Segundo Colom e Vieta (2004, p. 48) um programa psicoeducacional para pacientes bipolares e seus familiares deve incluir pelo menos os seguintes dozes pontos:

- 1) Informação sobre os altos índices de recorrência associados a doença e a sua condição crônicas;
- 2) Informação sobre os fatores de desencadeamento e um treinamento pessoal para auxiliar os pacientes a identificarem os seus próprios;
- 3) Informação sobre os agentes psicofarmacológicos suas vantagens e seus potenciais efeitos colaterais;
- 4) Treinamento na detecção precoce dos sintomas prodrômicos;
- 5) Composição de um “plano de emergência”;
- 6) Treinamento sobre o manejo dos sintomas;
- 7) Informação sobre os riscos associados ao uso de drogas ilícitas, café e álcool;
- 8) Ênfase sobre a importância de rotinas de manutenção – especialmente hábitos de sono;
- 9) Promoção de hábitos saudáveis;
- 10) Treinamento em gerenciamento de estresse;
- 11) Informação concreta sobre alguns assuntos como gravidez e transtornos bipolares e risco de suicídio;
- 12) Lidar com o estigma e outros problemas sociais relacionados a doença que os pacientes bipolares não podem discutir facilmente com seus amigos saudáveis.

A psicoeducação é também muito útil em casos que o paciente é responsável pela sua medicação, e este, manifesta dificuldades em administrá-lo adequadamente; quando familiares também apresentam um baixo conhecimento sobre os medicamentos prescritos ao paciente, isto compromete a segurança da pessoa com TB, levando a ineficácia do tratamento; quando as dosagens da medicação forem inadequadas ou elevarem o risco de toxicidade, principalmente quando se trata do lítio que é um fármaco com estreita faixa terapêutica e efeitos tóxicos graves (SOUZA et al., 2013).

Segundo Colom e Vieta (2004) o programa de Transtornos Bipolares de Barcelona, também demonstrou a eficácia da psicoeducação referente a prevenção de todos os tipos de episódios. Os estudos foram realizados no momento em que os pacientes encontravam em estado eutímico, pois pacientes depressivos tendem a reter somente os aspectos negativos da

informação psicoeducacional e ainda a ter sérias dificuldades cognitivas o que prejudica os processos de aprendizagem, enquanto que pacientes na fase maníaca, podem ser destrutivos e não absorvem nada das informações devido a sua distraibilidade. Uma análise dos dados referente ao ensaio clínico randomizado de 21 sessões com 50 pacientes bipolares tipo I revelou que, ao final de dois anos o acompanhamento do grupo psicoeducado apresentou 60% dos pacientes com preenchimento dos critérios para recaída contra 92% dos pacientes não psicoeducados. O efeito da psicoeducação ultrapassa a questão da melhora na adesão ao tratamento.

No Brasil, foram realizados dois estudos na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que avaliaram programas de psicoeducação para pacientes com transtorno bipolar. Em 2010 Pelegrinelli foi o primeiro a realizar o estudo que avaliou o impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional de pacientes com o transtorno bipolar. O presente estudo envolveu a participação de 51 pacientes com Transtorno bipolar tipo I e II, em tratamento farmacológico. O grupo experimental foi composto por 29 pacientes e estes receberam 16 sessões de psicoeducação. No grupo de controle, 22 pacientes receberam 16 sessões de relaxamento. Foram usadas escalas de mania, depressão, qualidade de vida, adequação social e uma avaliação clínica global respondida pelos pacientes. Na conclusão do estudo não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos com relação aos sintomas de depressão e mania, mas houve uma melhora clínica global no grupo experimental e uma das dimensões da escala de qualidade de vida, que diz respeito ao bem estar do paciente em seu meio (MUSSI; SOARES; GROSSI, 2013).

Atualmente o uso da psicoeducação é de uma ferramenta profilática adicional, sendo reconhecida por várias diretrizes de tratamento, principalmente em paciente bipolares, pois os benefícios referentes a menos recaídas e internações são inquestionáveis e o custo muito baixo. Ela é usada em outras condições psiquiátricas, como também em condições médicas graves como doença cardíaca, diabetes e asma (COLOM; VIETA, 2004).

TÉCNICAS DA TCC APLICÁVEIS AO TRATAMENTO DO TRANSTORNO BIPOLAR

A TCC voltada para portadores de TB apresenta algumas fases que devem ser seguidas no processo terapêutico. Tratando-se de um transtorno crônico a parte educativa torna-se um elemento importante no tratamento principalmente para que ocorra a cooperação pelo paciente. A apresentação do modelo cognitivo é necessário para depois ensinar a pessoa a identificar e a analisar as mudanças cognitivas que ocorrem durante a depressão e a mania (LOTUFO NETO, 2004).

Conforme Lotufo Neto (2004, p. 44) são objetivos da TCC para os portadores deste transtorno:

- 1) Educar pacientes e seus familiares e amigos sobre o transtorno bipolar, seu tratamento e dificuldades associadas à doença.
- 2) Ajudar o paciente a ter um papel mais ativo no seu tratamento.
- 3) Ensinar métodos de monitoração da ocorrência, gravidade e curso dos sintomas maníaco-depressivo.
- 4) Facilitar a cooperação com o tratamento.
- 5) Oferecer técnicas não farmacológicas para lidar com pensamentos, emoções e comportamentos problemáticos.
- 6) Ajudar a controlar os sintomas leves sem necessidade de modificar a medicação.
- 7) Ajudar a enfrentar fatores de estresse que podem interferir no tratamento ou precipitar episódios de mania ou depressão.
- 8) Estimular o aceitar a doença.
- 9) Diminuir trauma e estigma associados.
- 10) Aumentar o efeito protetor da família.
- 11) Ensinar habilidades para lidar com problemas, sintomas e dificuldades.

A TCC está fundamentada na noção de que os sentimentos, pensamentos e comportamentos estão inter-relacionados, exercendo então influências entre si. As mudanças no humor e as alterações no processo cognitivo evidenciam o início de depressão e mania que influenciam o

comportamento. A partir desta linha de raciocínio os pacientes com TB são ensinados a reconhecer os padrões afetivos, cognitivos e comportamentais que pioram os seus sintomas. Por meio desse aprendizado o reconhecimento desses padrões possibilita que as técnicas da TCC sejam utilizadas para 'quebrar o ciclo' por meio de modificações de respostas cognitivas ou comportamentais (JURUENA, 2001).

Por ser um transtorno recorrente, os sintomas do TB reaparecem ao longo da vida mesmo fazendo uso adequado da medicação. E o reaparecimento desses sintomas pode evoluir para episódios completos de mania e de depressão. Por meio do sistema de aviso precoce de identificação dos sintomas é possível ajudar o paciente e familiares a detectar os sintomas e a agir nos primeiros momentos da sua evolução. A prevenção de recaídas pode ser mais efetiva através da intervenção precoce. Os três níveis de detecção de sintomas são: a representação gráfica de episódios do transtorno ao longo da vida, uma linha histórica que represente os episódios do transtorno; o resumo dos sintomas, uma lista de sintomas físicos, cognitivos, emocionais e comportamentais que ocorrem durante os episódios de depressão, mania e mistos; e as representações gráficas do estado de ânimo, avaliações diárias do estado de ânimo ou outros sintomas que provavelmente mudem nos primeiros momentos durante o curso de um episódio do transtorno (CABALLO, 2011).

No início da fase de hipomania e mania surgem as mudanças cognitivas caracterizadas por serem sutis no começo do curso do episódio, mas podem ser trabalhadas na sessão para que o paciente consiga detectar estas alterações que podem evoluir e tornarem clinicamente evidente. Então é preciso revisar os tipos de pensamentos que podem servir como indicadores do começo de mania; treinar pacientes a identificar alteração de humor positivo e pensamentos associados a hipomania e mania; praticar a aplicação dos métodos de reestruturação cognitiva para cognição distorcida pela hipomania e ensinar métodos para avaliação de planos antes da ação. Os familiares podem auxiliar no reconhecimento dos sintomas de um estado maníaco ou hipomaníaco para uma intervenção adicional. Existem algumas pessoas que apresentam uma sequência típica de progressão dos sintomas que se inicia

pela insônia e caminha para o aumento do interesse sexual e o aparecimento de sentimentos de euforia (JURUENA, 2001).

Outras técnicas utilizadas para prevenir o risco de internações são: o mapeamento da vida, a identificação dos sintomas, o gráfico do humor e o afetivograma. O mapeamento da vida é uma técnica que consiste em utilizar uma folha de papel em que a pessoa traça uma linha na qual será identificado os altos e baixos em relação ao curso da sua vida e da doença. A construção deste mapa serve para pessoa ter uma visão mais ampla do curso da doença, dos fatores de estresse e da influência do tratamento. A identificação dos sintomas tem o objetivo de ajudar a pessoa e familiares a detectar os sintomas específicos das fases da mania e da depressão, a diferenciar os estados de humor normais dos patológicos, a tomar consciência do estado clínico e a lidar com os conflitos familiares nos quais o problema é atribuído à doença do paciente. O gráfico do humor possibilita o acompanhamento das mudanças diárias do humor, do pensamento e do comportamento. O afetivograma é construído a partir dos dados relacionados a medicação que utilizava, os sintomas manifestos e a reação do paciente durante o tratamento (RANGÉ et al., 2011).

Segundo Juruena (2001, p. 8) Os objetivos da sessão em relação as mudanças cognitivas associadas com o início de hipomania e mania são:

- 1) Revisar os tipos de pensamentos que podem servir como indicadores do começo da mania.
- 2) Treinar os pacientes a identificar a alteração de humor positivo e pensamento associados a hipomania e mania.
- 3) Praticar a aplicação dos métodos de reestruturação cognitiva para cognição distorcida pela hipomania.
- 4) Ensinar métodos para avaliação de planos antes da ação.

No que concerne aos procedimentos na sessão conforme Juruena (2001, p. 9) fica estabelecido sete pontos principais, sendo eles:

- 1) Estabelecer a adesão e aliança terapêutica.
- 2) Revisar a análise lógica dos pensamentos automáticos sobre o tema da última sessão.
- 3) Revisar pensamentos distorcidos que estão associados com o início de hipomania ou mania e pedir aos pacientes exemplos pessoais de seus pensamentos quando hipomaniacos ou maníacos.

- 4) Usar registros de pensamentos automáticos como um guia para ensinar pacientes a identificar seus pensamentos distorcidos.
- 5) Discutir como e quando monitorar pensamentos que podem anunciar mania. Aplicar uma técnica de reestruturação cognitiva para avaliar pensamentos distorcidos e por consequência modifica-los. Discutir quando notificar os psiquiatras dessas mudanças cognitivas.
- 6) Ensinar técnicas de vantagens e de desvantagens e o conjunto de objetivos.
- 7) Atribuir tarefas de casa.

Os problemas que surgem no curso da doença como a irritabilidade, por exemplo, podem evoluir e se transformar em agressividade. Esses comportamentos devem ser trabalhados com a finalidade de diminuir o estresse e conseqüentemente o início de um novo episódio. Então é ensinado ao paciente a interpretar este tipo de comportamento como um sintoma da mania ou da depressão. Ensina ao paciente a ter outras respostas. Por exemplo: ensina a não responder, a sair do local por algum tempo e a pedir desculpas. O sono é um quesito importante para pacientes com TB, pois uma noite mal dormida pode ser um gatilho para o início de uma fase de mania. Para evitar que isso ocorra se trabalha uma programa de higiene do sono, nele fica estabelecido que é necessário estimular hábitos adequados, a evitar exercícios, a cafeína, ensina-se técnicas de relaxamento e a administrar os problemas (RANGÉ et al., 2011).

Como forma de auxiliar a identificação dos estágios da mania através da classificação do humor, pensamento e comportamento (MORENO; MORENO, 2005 p. 41) apresentam o seguinte quadro desenvolvido por Carlson e Goodwin em 1973.

Tabela 1_ Estágios da mania

	ESTÁGIO I	ESTÁGIO II	ESTÁGIO III
HUMOR	Lábil, eufórico, irritável, se contrariado.	Disforia e depressão, hostil e irado.	Claramente disfórico, em pânico desesperado.
PENSAMENTO E COGNIÇÃO	Expansivo, grandioso, hiperconfiante, pensamento acelerado,	Fugas de ideias, desorganização, ideias deliroides.	Incoerente, associações frouxas, bizarro, idiossincrásico, alucinações,

	coerente ou tangencial e preocupações religiosas e sexuais.		desorientação, ideias de referência e ideias deliroides.
COMPORTAMENTO	Aceleração psicomotora, maior iniciativa de discurso, gastos, tabagismo e telefonemas excessivos.	Hiperatividade, maior pressão do discurso, agressões físicas.	Atividade frenética e bizarra.
SINONÍMIA	Hipomania	Mania franca.	Mania delirante (Psicose indiferenciada)

(MORENO; MORENO, 2005 p. 41) apresentam o seguinte quadro desenvolvido por Carlson e Goodwin em 1973.

A TCC voltada para o episódio depressivo foca primeiramente no alívio imediato dos sintomas depressivos e a resolução de problemas decorrentes ou associados a depressão. O tratamento inicia-se com a explicação de que a terapia tem um caráter pedagógico, então ensinará a detectar e reduzir muitos sintomas depressivos. Durante as sessões é discutido as dificuldades do paciente, depois é trabalhado a identificação e relação dos pensamentos disfuncionais com as dificuldades apresentadas. É ensinado ao paciente o modelo A-B-C, sendo A adversidade ou acontecimento ativador; B crença sobre a adversidade e C comportamento físico ou emocional disfuncional, pois os pensamentos disfuncionais contribuem por manter os comportamentos prejudiciais que trazem e mantêm a infelicidade e o fracasso pessoal. É utilizado o diário em que o paciente anota a data, o ambiente físico que ocorreram os pensamentos negativos e os comportamentos disfuncionais associados. O diário serve de guia para o planejamento do tratamento (RANGÉ et al., 2011).

A fase depressiva dos pacientes com TB também apresenta suas peculiaridades e problemas que podem ser enfrentados com auxílio das técnicas utilizadas na TCC. Os pensamentos automáticos e as crenças distorcidas geram a desesperança e a ideação suicida; a perda da capacidade de sentir prazer nas atividades que antes eram prazerosas; a dificuldade para

concentrar, tomar decisões, realizar tarefas e o comprometimento social fazem parte do quadro clínico (LOTUFO NETO, 2004).

Esses sintomas podem ser trabalhados da seguinte forma: ajudar o paciente a reconstruir os pensamentos e auxiliar a avaliar as possibilidades; fazer uma lista de atividades agradáveis e iniciá-las aprendendo a lidar com pensamentos negativos que impedem a percepção dos aspectos positivos, administrar experiências de ansiedade e fracasso; criar um diário de atividades com foco nas atividades essenciais, dividir as tarefas em pequenos passos e começar pela parte que tem maior probabilidade de se obter sucesso; estabelecer metas razoáveis; analisar esquemas cognitivos de perfeccionismo e incompetência são técnicas que auxiliam o paciente no curso do transtorno (LOTUFO NETO, 2004).

Outra problemática presente nas pessoas com TB é a comunicação que fica muito prejudicada pela hipersensibilidade. Desse modo os sentimentos são facilmente feridos, as críticas e a rejeição são antecipadas e apresentam uma reação desproporcional a tristeza, a culpa, a vergonha e a raiva. É fundamental ensinar ao paciente estratégias para lidar com a raiva, avaliar os pensamentos quanto a validade e aos familiares é importante não reagir, mas entender a situação (RANGÉ et al., 2011).

A redução dos estímulos psicossociais estressantes é o último componente trabalhado pela TCC. Os episódios de depressão e de mania prejudicam o funcionamento da capacidade da pessoa com TB em casa, no trabalho e nas relações sociais, por comprometer, em partes, a capacidade de resolver problemas. A inatividade, a irritabilidade e impulsividade agravam o estresse do paciente e dos familiares, isso pode contribuir para o desenvolvimento de um ambiente estressante o que favorece para surgimento de algum episódio do transtorno (CABALLO, 2011).

A TCC vem demonstrando que é a abordagem psicoterápica que mais ampliou estudos para o tratamento do transtorno bipolar, apresentando inúmeros estudos que comprovaram a eficácia de suas técnicas. O primeiro estudo realizado aconteceu em 1984 por Cochran e a partir desse surgiram vários outros. No ano de 2003 foi realizado um estudo controlado por Lam et al que contou com a participação de 103 pacientes com transtorno bipolar tipo I, sendo que os pacientes que realizaram o tratamento cognitivo comportamental

contaram com 14 sessões nos primeiros seis meses e duas sessões adicionais nos seis meses seguintes num período de 12 meses. Foi constatado nos pacientes que realizaram a terapia TCC uma diminuição considerável dos episódios de humor, bem como da duração e houve também, menos hospitalizações, menos sintomas subsíndromicos e ainda apresentaram um melhor funcionamento social (KNAPP; ISOLAN, 2005).

DISCUSSÃO

A TCC tem sido a abordagem mais amplamente estudada no transtorno bipolar, e desde já, verifica-se em estudos como os Knapp e Isolan, (2005) e Juruena (2001) a eficácia dessa técnica.

Estudos como os de Moreno, Moreno e Ratzke (2005) e Costa (2007) destacam a importância da realização do diagnóstico para a recuperação do paciente, uma vez que, quando esse ocorre de forma tardia ou errada, isso acarreta em um aumento na carga da doença em relação a incapacidade laboral, a comorbidades mentais e físicas, além de prejuízos sociais e cognitivos.

A inserção da psicoeducação no tratamento dos pacientes com transtorno bipolar foi amplamente adotada como uma medida promissora ao tratamento por vários estudiosos. Autores como Colom e Vieta (2004) e Figueiredo (2009) acreditam que por meio da psicoeducação é possível ampliar a adesão ao tratamento e de melhorar o curso da doença do paciente.

Além disso, o uso da TCC como base de auxílio à terapia farmacológica tem sido fortemente defendida por autores como Rangé (2010) e Caballo (2011). Em geral, o uso da terapia cognitivo-comportamental concomitante ao tratamento medicamentoso resulta em melhora na qualidade de vida do indivíduo diagnosticado com transtorno afetivo bipolar como foi atestado nos estudos de Colom e Vieta (2004) e Mussi (2013).

Tendo em vista a gravidade do transtorno, visto que envolve aspectos neuroquímicos, cognitivos, psicológicos, funcionais e socioafetivos juntamente

com a dificuldade de adesão ao tratamento, percebe-se, então a necessidade de uma equipe multidisciplinar para abranger a complexidade que envolve os problemas relacionados ao TB, conforme apresentado na discussão de Menezes, Mello e Souza (2012) e Pereira (2010)

A importância da participação e o envolvimento pela família ao tratamento asseguram um suporte psicológico ao portador, uma maior cooperação aos problemas ocasionados pela doença, como também ajuda no reconhecimento precoce de sinais dos episódios que auxilia o processo terapêutico é confirmado por Juruena (2001) e Pereira (2010).

Outro ponto a ser destacado refere-se a necessidade de ampliação da gama de estudos sobre a técnicas que podem ser aplicadas pela TCC no transtorno em suas mais diversas fases como pode ser observado nos trabalhos de Knapp e Isolan (2005) e Pereira (2010).

CONCLUSÃO

Apesar do transtorno bipolar ser classificado como uma doença grave, crônica e recorrente que acarreta grandes problemas de saúde aos portadores da doença e em suas interações sociais, apenas a partir da década de 1970 é que o tema começou a ser investigado por estudiosos. Desde então, diversos estudos foram realizados sobre o tratamento desse transtorno visando contribuir para que sejam criadas medidas de ações específicas em saúde pública que visem à adequação, prevenção e tratamento aos pacientes, além de ampliar o conhecimento sobre o transtorno.

No que concerne a gravidade e os prejuízos acarretados ao indivíduo diagnosticado com transtorno bipolar o arcabouço pesquisado aponta como essencial tanto o tratamento farmacológico como acompanhamento psicológico. Nesse ponto, destaca-se dentro da revisão literária feita que o tratamento medicamentoso pode tornar-se mais eficiente por meio da contribuição do trabalho terapêutico do psicólogo, que se utiliza da psicoeducação para a identificação e compreensão do transtorno e para

viabilização da adesão ao tratamento farmacológico. A psicoeducação é uma das estratégias mais eficientes dentro da terapia cognitivo-comportamental gerando diversos benefícios aos pacientes.

O uso de intervenções psicoterápicas no transtorno bipolar é útil como fator potencializador para a melhora da qualidade de vida do portador do transtorno, bem como de seu funcionamento psicossocial. O uso de técnicas da Terapia Cognitiva possibilita alcançar vários benefícios entre eles podemos observar a diminuição na frequência e na duração dos episódios de humor, a redução de episódios de recaídas e melhoras clínicas gerais, corroborando assim com as hipóteses apresentadas no presente artigo.

A revisão literária sobre o tema foi importante para destacar os avanços científicos alcançados por meio de estudos e pesquisas que detectaram alternativas mais eficientes e adequadas para o tratamento do transtorno bipolar. Apesar das contribuições da comunidade científica, percebe-se ainda, que a pesquisa avaliando o papel da psicoterapia no tratamento ainda encontra-se em fase inicial se comparada a outros transtorno psiquiátricos existentes.

Por se tratarem de estudos recentes ainda existem muitas lacunas que devem ser preenchidas ao longo dos trabalhos a serem desenvolvidos. Avaliações das abordagens psicoterápicas em diferentes fases e estágios do transtorno bipolar; a utilização de amostras mais significativas e de ensaios clínicos randomizados que comparem diferentes abordagens psicoterápicas, são algumas das possibilidades a serem trabalhadas em estudos futuros.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSICOLOGIA, APA. **Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-V)**. Artmed: Porto Alegre, 2015.

CABALLO, Vicente E. **Manual para o Tratamento Cognitivo Comportamental dos Transtornos Psicológicos: Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Bipolares**. 3. ed. São Paulo: Santos, 2011 p.566-581.

COLOM, Francesc; VIETA, Eduard. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. **Revista Brasileira Psiquiátrica**, São Paulo, v. 26, n. 3, p.47-50, out. 2004. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342012000100017&script=sci_artxt>. Acesso em: 16 jan. 2015.

COSTA, Anna Maria Niccolai. Transtorno Afetivo Bipolar: carga da doença e custos relacionados. **Rev. Psiq. Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 5, p.104-110, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n3/03.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

FIGUEIREDO, Ângela Leggerini de et al. O uso da Psicoeducação no Tratamento do Transtorno Bipolar. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 11, n. 1, p.15-24, jun. 2009. Disponível em: <http://perpsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttex&pid=s151755452009000100003>. Acesso em: 28 ago. 2014.

FREY, Benício Noranha; ANDREAZZA, Ana Cristina. Fisiopatologia do Transtorno Bipolar. In: KAPCZINSK, Flávio; QUEVEDO, João. **Transtorno Bipolar: Teoria e Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2009. Cap. 2. p. 28-30. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=Ql115qDQHOC&printsec=frontcover&dq=KAPCZINSK,+Fl%C3%A1vio%3B+QUEVEDO,+Jo%C3%A3o.+Transtorno+Bipolar:+Teoria+e+Cl%C3%ADnica.+Por&hl=ptBR&sa=X&ei=REvVePHClajyASenYG4Aw&redir_esc=y#v=onepage&q=KAPCZINSK%2C%20Fl%C3%A1vio%3B%20QUEVEDO%2C%20Jo%C3%A3o.%20Transtorno%20Bipolar%3A%20Teoria%20e%20Cl%C3%ADnica.%20Por&f=false>. Acesso em: 12 fev. 2015.

JURUENA, Mário Francisco. Terapia Cognitiva: abordagem para o transtorno afetivo bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 28, n. 6, p.322-330, 12 nov. 2001. Disponível em: <www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol28/n6/artigos/art322.htm>. Acesso em: 17 fev. 2015.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisas da terapia cognitiva. **Rev. Brasileira Psiquiátrica**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p.54-64, set. 2008. Disponível em <www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a02v30s2.pdf>. Acesso em: 15 março de 2015.

KNAPP, Paulo; ISOLAN, Luciano. Abordagens Psicoterápicas no transtorno bipolar. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 1, p.98-104, jan. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24418.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2014.

LOTUFO NETO, Francisco. Terapia Comportamental Cognitiva para pessoas com transtorno bipolar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 3, p.44-46, set. 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbp/v26s3/22339.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2015.

MENEZES, Sarita Lopes; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello e. Implicações de um grupo de Psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p.124-131, maio. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000100017&script>>. Acesso em: 15 janeiro. 2014.

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld; RATZKE, Roberto. Diagnostico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. **Revista Psiquiátrica Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 1, p.39-48, 07 jan. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24411.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2014.

MUSSI, Samir Vidal; SOARES, Maria Rita Zoéga; GROSSI, Renata. Transtorno Bipolar: Avaliação de um Programa de Psicoeducação sob o Enfoque da Análise do Comportamento. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva**, São Paulo, v. 15, n. 2, p.45-58, ago. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v15n2/v15n2a05.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

PEREIRA, Lilian Lopes et al. Transtorno bipolar: reflexões sobre Diagnóstico e Tratamento. **Perspectiva, Erechim**, Santa Catarina, v. 34, n. 128, p.151-166, dez. 2010. Disponível em: <http://www.uricer.edu.br/new/site/pdfs/perspectiva/128_144.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2014.

RANGÉ, Bernard; BERGER, William; FIGUEIRA, Ivan. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 369 p.

SANTIN; Aida; CERESÉR, Keila; ROSA, Adriane. Adesão ao Tratamento no Transtorno Bipolar. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 1, p.105-109, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/2.4419.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2014.

SILVA, Mariluci Camargo Ferreira da; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira; COSTA JÚNIOR, Moacyr Lobo da. Depressão: Pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 11, p.07-13, jan. 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16553.pdf>. Acesso em 02 jun. 2015.

SOUZA, Camila de et al. Transtorno bipolar e medicamentos: adesão, conhecimento dos pacientes e monitorização sérica do carbonato de lítio. **Revista Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto São Paulo, v. 33, n. 5, p.2-8, abr. 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0624.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2015.

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA

Autor Orientando:

Nome completo: Vanessa Márcia de Sousa

Endereço: Nelson Caixeta de Queiroz,961

Telefone de contato:(34) 8819- 5810

E-mail: nessasousas@hotmail.com

Autor Orientador:

Nome completo: Arthur Siqueira de Sene

Endereço: Rua Domingos de Freitas, 868.

Tel.: (34) 9208-0527

E-mail: arthurssene@gmail.com

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Patos de Minas, 26 de novembro de 2015.

Vanessa Márcia de Sousa

Arthur Siqueira de Sene

