

## Reflexões sobre fatores causais da comorbidade entre transtornos bipolar e dependência química

*Reflections on the and bipolar factors of the comorbidity between substance dependence and bipolar disorder*

de **Andressa Garcia Pastoris**<sup>1</sup>

“Não considere nenhuma prática como imutável.

Mude e esteja pronto a mudar novamente.

Não aceite verdade eterna.

Experimente.”

(B. F. Skinner)

**RESUMO:** Os transtornos de humor mostram-se cada vez mais prevalentes. Com grande impacto social e cognitivo para os pacientes e uma das mais altas comorbidades está a dependência química. O presente artigo irá refletir sobre os possíveis fatores individuais, socioculturais e clínicos que, juntos, contribuem para a co-ocorrência de ambas as patologias. As vivências pessoais e características dos indivíduos, fatores relacionados à cultura, grau de escolaridade, situação financeira e conjugal contribuem para que ocorram patologias simultâneas. Entender como os episódios se manifestam, se já houve internação, saber quais as medicações e as substâncias que os pacientes usam faz diferença no tratamento. O abuso de drogas como forma de aliviar os sintomas de humor passou a ser percebido de forma a considerar-se que um único episódio de abuso pode ocasionar alguma crise mania/depressiva. Isso leva a crer que se deva investir mais em prevenção e promoção da saúde entre o transtorno bipolar e a dependência química, assim como continuar investindo na psicoeducação dos pacientes.

Palavras-chave: Transtorno bipolar, Dependência química, Comorbidade, Co-ocorrência.

**ABSTRACT:** Mood disorders are increasingly prevalent. With great social and cognitive impact for patients and one of the highest comorbidities is a chemical dependence. This article deals with the possible physical, culture and clinical factors that, together, contribute to the co-occurrence of activities as pathologies. As personal experiences and characteristics of the risk, factors related to the culture, educational level, financial situation and marital contribution so that simultaneous pathologies occur. Understand how the episodes manifest themselves, if already hospitalized, to know which ones as medications and as substances and patients. Drug abuse as a way to alleviate the symptoms of mood past a perceived being in a way considered to be a single episode of abuse may occasion something manic / depressive crisis. This leads one to believe that more should be invested in prevention and health promotion between bipolar disorder and chemical dependence, such as continuing to invest in psychoeducation of patients.

Keywords: Bipolar disorder, Substance dependence, Co-occurrence.

<sup>1</sup> Graduada em psicologia pela PUCRS (2016), pós graduanda em terapia cognitiva comportamental e terapia do esquema. E-mail agarciapastoris@gmail.com

## Introdução

Um dos maiores desafios da ciência e da clínica em saúde mental é entender comorbidades diagnósticas. O presente trabalho aborda a relação entre o Transtorno Bipolar (TBP) e dependência química. A bipolaridade, como é chamada também, atinge cerca de 5% da população mundial, e a dependência química próximo de 10% (Moreno, Moreno & Ratzke, 2005; Scheffer, Pasa & Almeida, 2010).

O transtorno bipolar é caracterizado por episódios em que há alteração de humor e forte impulsividade e é uma doença que afeta o corpo e a mente, causando prejuízos para as atividades sociais e intelectuais da pessoa. A bipolaridade dá-se pela oscilação de humor entre episódios de mania/hipomania e depressão. Para fechar o diagnóstico de bipolaridade, é necessário que, na fase da mania, os sintomas permaneçam por, no mínimo, uma semana e são eles: autoestima inflada, redução de sono, rapidez ao falar, fuga de ideias, distração, aumento da atividade dirigida a objetos e envolvimento excessivo em atividades com possíveis consequências negativas. Na fase depressiva, os sintomas devem permanecer por, no mínimo, duas semanas, sendo eles: humor deprimido, diminuição de interesse nas atividades, insônia ou hipersonia e capacidade de pensar ou agir diminuída (APA, 2014; Moreno et al., 2005).

Alguns estudos apontam que a etiologia da bipolaridade é biopsicossocial e que o indivíduo é predisposto geneticamente para o desenvolvimento do transtorno, ou seja, pessoas que possuem familiares bipolares terão mais chances de desenvolver o transtorno. Outros estudos mostram que a causa pode também estar relacionada a alterações nos receptores de neurotransmissores (APA, 2014).

A maioria dos indivíduos com TB possui um ou mais transtornos comórbidos, e é essencial que a equipe multidisciplinar saiba deles para um melhor tratamento, diagnóstico e prognóstico. Os transtornos mais comuns associados ao TBP são os de ansiedade, que atingem cerca de três quartos dos indivíduos, os por uso de substâncias, onde se enquadram os dependentes químicos, que correspondem à metade dos bipolares, seguido pelos transtornos de compulsão alimentar (bulimia e anorexia) que são 14% mais frequentes neste grupo do que na população em geral (APA, 2014; Alves, Kessler & Ratto, 2004).

Esses transtornos comórbidos aparecem de forma e intensidade diferentes nos indivíduos. Porém, o que chama atenção é que grande parte dos bipolares fazem uso e abusam de alguma droga, enquadrando-se no transtorno comórbido por esse motivo e, conseqüentemente, prejudicando suas vidas com a dependência química que esses dois transtornos associados geram (Alves et al., 2004; APA, 2014; Moreno et al., 2005).

O uso de substâncias é um problema de saúde grave na nossa sociedade, pois está altamente ligado a comportamentos violentos e impulsivos, principalmente entre indivíduos com complicações psiquiátricas. Cerca de 200 milhões de pessoas sofrem com a dependência química no mundo, o que provoca danos severos em suas vidas, como desemprego, baixa escolaridade, autodestruição, violência, isolamento e desprezo. Além disso, são altos os índices de mortalidade ocasionados pela dependência química, chegando a 20% ao ano (Aragão, Milagres & Figlie, 2009; Scheffer et al., 2010).

A dependência química é um transtorno mental que leva o portador a perder o controle do uso da substância e da sua vida. Nessas condições, a maioria das pessoas precisa de um tratamento e de ajuda adequada. Os casos vêm crescendo na sociedade, principalmente entre a população jovem, e contribuindo para a constituição de enfermidades psíquicas mais severas como desencadeantes de transtornos de humor, de ansiedade e de personalidade (Crauss & Abaid, 2012; Scheffer et al., 2010).

O tratamento é delicado e exige do paciente o que o nome por si só já pede: paciência. O número de reincidência é alto, sendo que metade dos usuários têm

recaídas no primeiro semestre de tratamento e 90% no primeiro ano. Considerada, assim como a bipolaridade, uma doença de etiologia biopsicossocial, uma das principais dificuldades das pessoas que sofrem com a dependência química é a abstinência, fase na qual ocorre o enfrentamento de sinais desagradáveis, como alteração da frequência cardíaca, sudorese, tremor e, em casos mais graves, confusão mental, alucinação e convulsões (Alves et al., 2004; Crauss & Abaid, 2012).

O consumo de cocaína caiu nos últimos 10 anos, em contrapartida o número de dependentes de crack aumentou, fato preocupante, pois essa droga chega de forma mais rápida no cérebro e, conseqüentemente, causa dependência também de forma mais rápida. Segundo pesquisas, as substâncias mais usadas pelos indivíduos são álcool, tabaco e maconha desde o início da história da humanidade, porém as razões pelas quais as drogas eram usadas antigamente não são as mesmas de hoje em dia. Há anos atrás, utilizavam-se substâncias em eventos religiosos, como forma medicamentosa e cultural. Hoje, perdeu-se o controle do uso, e, talvez por isso, pensa-se em dependência química automaticamente ligada à violência ou à delinquência (Guimarães, Santos, Freitas & Araujo, 2008; Monteiro et al., 2011).

Considerando os altos índices de pessoas bipolares que abusam de alguma substância, o presente artigo aborda as possíveis características do transtorno de humor que podem contribuir para a comorbidade mais alta de dependência química. Identificar os sintomas que provocam o desejo de usar alguma droga, bem como caracterizar o que o indivíduo sente ao fazer uso da mesma é relevante para se compreender a razão pela qual o uso é maior entre aqueles que estão em alguma fase de mania/hipomania ou depressão.

## Transtorno bipolar e a dependência química: fatores individuais

A dependência química e a bipolaridade têm diversas características que variam de indivíduo para indivíduo. Cada doença apresenta os sintomas de forma singular, havendo semelhanças e diferenças durante o seu curso. Fatores individuais influenciam o desenvolvimento de episódios de mania/depressão e/ou o uso abusivo de alguma substância. Assim, tanto a bipolaridade quanto a dependência química e outras patologias psíquicas têm fatores comuns para o diagnóstico, mas a doença sempre se manifestará falando daquele indivíduo, e suas questões particulares devem ser tratadas e respeitadas para o melhor tratamento e diagnóstico (Alves et al., 2004; Costa & Valerio, 2008).

É sempre delicado para a família e para o indivíduo quando ocorre a primeira crise ou o primeiro episódio de abuso de alguma droga, pois ela vem de modo nem sempre esperado. De acordo com o DSM-V (APA, 2014) e CID-10, a primeira crise de mania do TB ocorre, na maior parte das vezes, em pacientes antes dos 18 anos, e a prevalência é de 10% a 25% para as mulheres e de 5% a 12% para indivíduos do sexo masculino. Tal proporção não segue quando se fala em dependência química, pois se constata um número quatro vezes maior de homens abusando de alguma substância psicoativa em relação às mulheres. As duas patologias apresentam de 10 a 15 vezes mais chance de serem desenvolvidas em parentes de primeiro grau, sendo o fator genético e a história familiar importantes para o desenvolvimento de ambas (APA, 2014; CID-10; Capistrano, Ferreira, Silva, Kalinke & Maftum, 2013).

O diagnóstico correto e o elo terapêutico são fundamentais para o tratamento dos pacientes, pois é preciso conhecer a história de vida da pessoa para implementar o melhor tratamento e, por vezes, entender qual patologia surgiu primeiro, se foi a dependência química que ocasionou a primeira crise maníaca ou depressiva, ou se, após o primeiro episódio bipolar, ela passou a abusar de alguma droga. Cerca de 70% dos indivíduos bipolares apresentam três ou mais comorbidades, e, desse total, 37% têm algum transtorno relacionado à substância, 75% apresenta

transtorno de ansiedade e outros, como alimentares, TDHA e síndrome do pânico. O mesmo ocorre com os pacientes dependentes químicos, porém, os transtornos que mais se apresentam são os de humor bipolar, ansiedade e transtorno de personalidade antissocial. Além disso, aqueles relacionados ao álcool aumentam significativamente a chance de ocorrer uma crise depressiva maior na bipolaridade, podendo causar prejuízo severo para o paciente e seus familiares (APA, 2014; Mardsen, 2009; Silva et al., 2010; Sousa & Oliveira, 2010).

Devido à brusca mudança de comportamento quando os pacientes estão em crise maníaca ou depressiva ou sob os efeitos de substâncias, as chances de suicídio passam a ser maiores. Pessoas que apresentam transtorno de humor bipolar respondem por um quarto das causas de todos os suicídios, sendo que ocorrem também 15 vezes mais tentativas em indivíduos diagnosticados com TB do que na população em geral. No caso dos dependentes químicos, o que eleva o número de suicídios e suas tentativas são as vivências pessoais relatadas por eles, muitas vezes fechando diagnóstico para quadros de depressão maior, ou o abuso de alguma droga durante a fase da mania, levando a crenças fantasiosas e de grandiosidade (Crauss & Abaid, 2012; Sousa & Oliveira, 2010; Silva et al., 2010).

Ambas as patologias são consideradas de demanda biopsicossocial, ou seja, o indivíduo é visto como um todo. Deve-se ter uma dimensão física, psicológica e social do paciente para melhor se entender como a doença se estrutura, sua história de vida e como são as suas crises, bem como seus gatilhos. Algum fato marcante que aconteceu na vida do sujeito pode ter sido facilmente o motivo de desorganização psíquica para que tenha ocorrido a primeira crise e o estímulo para fazer uso de alguma substância (Tavares & Almeida, 2010; Silva et al., 2010). Pessoas com TB relatam que, ao usarem alguma substância, o sentimento de sofrimento ameniza e é comum que o primeiro uso da droga e a primeira crise bipolar ocorram em um período próximo, visto que ambas as primeiras crises acontecem por volta dos 18 anos, via de regra em algum momento delicado na vida do sujeito (Costa & Valerio, 2008; Moreno et al., 2005).

Uma pesquisa realizada pela Universidade do Porto, em Portugal, para estudar a relação entre dependência química, pedofilia e transtorno bipolar aponta que 93% dos pedófilos preenchem critério para transtorno de humor e ansiedade, e 54% para dependência química e transtornos relacionados a outras substâncias. A pesquisa concluiu que a hipersexualidade, vista como um sintoma na fase maníaca do transtorno bipolar, pode ser um agravante na busca compulsiva por pornografia infantil (Mardsen, 2009). De acordo com o DSM-V (APA, 2014) e CID-10, indivíduos pedófilos costumam apresentar comorbidades como transtornos de personalidade, transtorno bipolar e transtorno relacionado ao uso de alguma substância, sendo este último um “facilitador” para esses pacientes aumentarem a busca por pedofilia. Assim como a dependência química pode ser, para alguns indivíduos, motivo de fuga de sentimentos ruins, para outros pode ser um agente que encoraja (Costa & Valerio, 2008).

Outra pesquisa realizada por Alves et al. (2005) apresenta a relação de médicos de diversas áreas com a dependência química e algum transtorno psíquico. Médicos apresentam taxa de dependência de alguma substância psicoativa variando entre 8% e 14% maior do que a da população em geral. O resultado da pesquisa foi compatível com o das demais, visto que os do sexo masculino fazem uso mais frequente de alguma droga do que as médicas. Entre ele, 56% apresentaram comorbidades psíquicas, como transtorno de humor, com 13%, e ansiedade e depressão, com 20%. As drogas mais citadas foram álcool seguido de cocaína, benzodiazepínicos, maconha e anfetaminas, e parte da amostra dessa pesquisa, relatou fazer uso de mais de uma delas (Alves et al., 2005).

Os fatores individuais são determinantes para cada pessoa experimentar a droga pela primeira vez, bem como para continuar fazendo uso e gerando a dependência química. Sabe-se também que vivências pessoais desencadeiam de diferentes formas o transtorno de humor bipolar, as fases de mania e depressão

que permeiam suas vidas e as formas de enfrentamento dos indivíduos. Para que haja um olhar de cuidado e para que os indivíduos vivam e se sintam melhor em sociedade, é importante que se olhe a individualidade de cada um, entendendo sua estrutura e seus recursos psíquicos, bem como suas limitações reais (Figueiredo, Souza, Dell’Áglio & Argimon, 2009; Moreno et al., 2005).

### **Transtorno bipolar e dependência química: fatores socioculturais**

O meio em que uma pessoa vive, assim como sua cultura, condição financeira, situação conjugal e escolaridade, vai desenhando com o sujeito sua trajetória de vida, história e dificuldades. Todos esses pontos também são determinantes para o desenvolvimento de alguma doença psíquica, como a bipolaridade e a dependência química (Alves et al., 2004; Scheffer et al., 2010).

Quando se fala em grau de escolaridade, pode-se concluir, segundo os autores, que indivíduos que estudaram até o ensino fundamental são os que mais apresentam problemas relacionados à dependência química, seguidos pelos que concluíram o ensino médio e, logo após e em menor grau, por aqueles que possuem ensino superior completo, vindo, por último, os analfabetos. Isso pode estar relacionado ao alto número de pessoas que não chegam ao ensino médio porque, no fundamental, já começam a apresentar problemas com drogas, que, segundo os autores, chega a ser cerca de 80% dos indivíduos dependentes químicos (Capistrano et al., 2013; Silva et al., 2010).

O transtorno bipolar é 1,4 vez mais comum em países com renda *per capita* elevada (APA, 2014). O mesmo ocorre com a dependência química, verificando-se que a maior parte das pessoas que apresentam problemas com drogas são procedentes de capitais e regiões metropolitanas. Porém os indivíduos em situação empregatícia mais vulnerável apresentam um número maior de dependência química, estando os desempregados em primeiro lugar, seguidos pelos autônomos ou sem carteira assinada e, logo após, por aqueles com carteira assinada (Monteiro, 2011; Peixoto et al., 2010).

Quando abordadas pela ótica conjugal, tanto a bipolaridade quanto a dependência química apresentam taxas mais altas entre pessoas separadas, divorciadas e viúvas do que entre as casadas. Entretanto, os indivíduos solteiros na faixa etária dos 18 aos 25 anos possuem taxa muito alta de dependência química, fato que pode ser agravante, pois é nessa idade que podem surgir as primeiras crises de bipolaridade, esquizofrenia ou outros transtornos de humor e personalidade (Capistrano et al., 2013; APA, 2014; Silva et al., 2010).

As questões socioculturais fazem parte do curso e do desenvolvimento de qualquer doença psíquica. Como visto acima, as pessoas casadas ou com maior rede de apoio possuem menos chance de desenvolver algum transtorno psíquico. A família é considerada parte da prevenção primária dessas doenças, e, por isso, a rede de apoio é fundamental no tratamento. Diante da realidade, ressalta-se que boa parte dos indivíduos adultos que apresentam dependência química e/ou bipolaridade são resultados do meio social, cultural e econômico em que vivem (Figueiredo et al., 2009; Scheffer et al., 2010).

### **Transtorno bipolar e a dependência química: fatores clínicos**

Os episódios de transtorno bipolar podem ocorrer de modos distintos e intensidades diferentes. A mania é a fase mais comum da bipolaridade e também a mais incapacitante, visto que é nela que se dá a maior necessidade de internações. A hipomania é a mais leve, apresentando dificuldade de diagnóstico, visto que

pode ser tratada com normalidade por familiares e amigos e confundida com outros transtornos, como de personalidade *borderline*, histriônico, narcisista ou antissocial, uma vez que os sintomas são mais leves e espaçados. Atualmente, o Sistema Único de Saúde de São Paulo ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)) afirma que há mais de 10 mil registros de internação por episódios de transtorno bipolar, no Brasil, atualmente. (Figueiredo et al., 2009; Moreno et al., 2005).

A mania pode ser motivada pelo uso ou pela abstinência de alguma substância como álcool, anfetaminas, benzodiazepínicos, cocaína e narcóticos. O abuso de alguma dessas drogas pode gerá-la, assim como outras doenças neurológicas, como epilepsia, AVC ou doenças endócrinas (Moreno, 2002; Roso, Moreno & Costa, 2005).

A bipolaridade é um fator de risco para indivíduos que possuem predisposição em serem dependentes químicos assim como o contrário também. Alguns estudos hipotetizam que o transtorno de humor ocorre antes do uso indevido de substâncias, contudo, o uso do álcool e outras drogas podem cooperar para o desencadeamento da primeira crise maníaca ou depressiva em certos grupos de pacientes, principalmente naqueles entre os 15 e 20 anos de idade (Kessler, 2004; Ribeiro, Laranjeira & Cividanes, 2005). Tal fato é considerado agravante, pois pode gerar prognósticos mais reservados tanto para a evolução do transtorno de humor quanto para a resposta ao tratamento (Ribeiro et al., 2005).

O álcool é a droga comorbida mais ligada ao TB nos quadros de abuso, sendo cinco vezes mais comum do que na população geral. Este consumo entre os portadores do transtorno de humor bipolar aumenta significativamente o risco de crises, internações e tentativas de suicídio. Já fazendo o uso abusivo de cocaína, os pacientes apresentam mais chances de permanecer ou entrar em uma crise maníaca, podendo dificultar o tratamento visto que nesta fase o indivíduo apresenta ideia de autoestima inflada e de que nada está errado com a sua vida (Cividanes, 2001; Ribeiro et al., 2005).

Segundo a literatura, as pessoas portadoras do transtorno de humor, que fazem abuso de substâncias psicoativas, aumentam o tempo de remissão das crises e elas podem ocorrer de maneira mais severa, aumentando as complicações clínicas e elevando o risco de suicídio. O consumo de álcool e drogas tem se apontado como fator que fracassa nas abordagens terapêuticas sendo causa do elevado número e duração de internações (Krishnan, 2005; Ribeiro et al., 2005).

As internações se fazem necessárias quando o indivíduo apresenta risco de vida ou violência para ele ou outrem ou quando já houve tentativa anterior e fracassada de tratamento. O ambiente da internação deve ser um local acolhedor e estruturado, visando que o paciente não se tenha estímulos que façam com que o paciente entre para a fase maníaca ou hipomaniaca. É sempre importante lembrar com a família que o tratamento na internação deve ser seguido conforme orientação médica e por vezes, em longo prazo, visando construir boas alianças terapêuticas para o maior sucesso e prognóstico dos pacientes (Alves et al., 2004; Moreno et al., 2005).

Visto que os pacientes apresentam sequelas emocionais e funcionais dos episódios vivenciados, devem-se trabalhar juntamente com a família cada intervenção e abordagem no momento adequado. Considerando o melhor para o indivíduo e sua rede de apoio, auxiliá-los a identificar os primeiros sintomas e pensar em grupos de orientação e psicoeducação sobre o TB e a dependência química para saber como enfrentar e conviver melhor com as patologias é considerado essencial no tratamento (Figueiredo et al., 2009; Moreno et al., 2005).

As medicações são necessárias tanto em indivíduos portadores do TB quanto nos dependentes químicos, pois o uso de fármacos é essencial para o alívio de sintomas e regulação da química cerebral. Mesmo que a pessoa não esteja em nenhuma das fases (mania ou depressão) a medicação se faz imprescindível, pois ela auxilia o indivíduo a controlar a remissão de crises e manter-se o mais

saudável em suas atividades e cotidiano. Os indivíduos devem ser tratados com singularidade nas suas doenças, pois mesmo que elas se manifestem de maneira e sintomas semelhantes, as medicações devem ser prescritas por uma equipe para aquele paciente (Costa & Valerio, 2008; Moreno et al., 2005).

O medicamento de primeira escolha da equipe médica para tratar indivíduos com transtorno de humor bipolar é o Lítio, que demonstra bons resultados no controle do risco de suicídio, regulação de pensamentos psicóticos e delirantes, porém seu início é um pouco lento e este medicamento costuma ter maior eficácia nas fases de mania e hipomania. Um dos cuidados que se deve ter com o Lítio, é que pacientes com dependência química, principalmente os que abusam de álcool, apresentam uma pré-disposição à intoxicação pelo lítio. Ou seja, a comunicação paciente-equipe é muito importante (Alves et al., 2004). Outros medicamentos como anticonvulsivantes, benzodiazepínicos, antipsicóticos e eletroconvulsoterapia são utilizados para tratar indivíduos tanto na fase da mania quanto na depressão e não se achou literatura que especificou sobre possível relação com o uso de alguma substância psicoativa.

Considerando a literatura, o tratamento usado na fase da mania, juntamente com as medicações usadas para tratar a dependência química, devem ser mantidas no tratamento de manutenção. As doses medicamentosas devem ser ajustadas em intervalos de duas semanas após a estabilização do humor, podendo ser mantida a medicação por um longo período ou por toda vida. É importante que se tenha cuidado com o excesso de medicação, pois se tratando de duas patologias, o excesso de fármacos pode causar efeitos colaterais e interações metabólicas, e a equipe médica/psicológica deve estar a par da situação (Figueiredo et al., 2009; Moreno et al., 2005).

## Considerações finais

A partir dessa revisão bibliográfica, podemos hipotetizar que os pacientes bipolares fazem o uso de drogas e/ou álcool com o objetivo de amenizar os seus sintomas de humor e que o abuso da dependência química pode ocasionar ou potencializar episódios de humor do transtorno bipolar. As comorbidades psíquicas relacionadas ao abuso de alguma substância podem ser fator limitante ao prognóstico, porém, quando em boa aliança com a equipe médica-psicológica, a adesão ao tratamento o futuro clínico passa a ser mais positivo para estes pacientes e suas famílias.

Quanto aos dados clínicos, foi possível observar que nos últimos anos as comorbidades psiquiátricas cresceram entre os dependentes químicos e são consideradas de grande importância que as intervenções das equipes multidisciplinares atendam ambas as demandas. Entender o indivíduo como um todo, voltando o olhar de atendimento para as suas questões individuais, socioculturais e clínicas, permite compreender a singularidade de cada um, a estruturação das patologias, os motivos e os sintomas do transtorno de humor bipolar e da dependência química. Este tipo de abordagem empática deve aumentar e prolongar adesão e efeitos terapêuticos.

Este trabalho tem suas limitações, visto que se apoia em diversas literaturas que tratam o assunto de forma isolada, além de não ter se baseado em um método sistemático. Considerando isso, sugere-se para os próximos estudos investigar a ocorrência entre outros transtornos de humor e dependência química, investigando fatores genéticos e epigenéticos. Sugere-se, ainda, maior investimento em estudos do efeito desta comorbidade em desfechos de intervenções.

Visto que ambas as patologias vêm crescendo, deve-se pensar em intervenções que visem à prevenção e promoção da saúde. A equipe multidisciplinar que receberá esses sujeitos, seja de forma particular ou os sistemas públicos de saúde, deve estar preparada para acolher essas pessoas com demandas psíquicas e tratá-

las da melhor forma, visando diminuir a intensidade e frequência dos episódios bipolares, bem como manejo e/ou trabalho com redução de danos com pacientes dependentes químicos. Psicoeducar os pacientes sobre os seus transtornos e patologias é outra ferramenta bastante importante para que a relação terapêutica ocorra de modo direto e educativo.

## Referências

- Alves, H. N. P., Surjan, J. C., Nogueira-Martins, L. A., Marques, A. C. P. R., Ramos, S. P., & Laranjeira, R. R. (2005). Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 51(3), 139-143.
- Alves, H., Kessler, F., & Ratto, L. R. C. (2004). Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 51-53.
- American Psychiatric Association, APA (2014). *DSM-V: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (3a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Aragão A. T. M., Milagres E., & Figlie N. B. (2009). Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos. *Psico-USF*, 14(1), 117-123.
- Capistrano, F. C., Ferreira, A. C. Z., Silva, T. L., Kalinke, L. Pi, & Maftum, M. A. (2013). Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. *Escola Anna Nery*, 17(2), 234-241.
- Cividanes, G. C. (2001). *Alcoolismo e transtorno bipolar do humor: Um estudo de comorbidade*. (Dissertação de Mestrado). USP, São Paulo.
- Costa, J. B. P., & Valerio, N. I. (2008). Transtorno de personalidade anti-social e transtornos por uso de substâncias: caracterização, comorbidades e desafios ao tratamento. *Temas em Psicologia*, 16(1), 119-132.
- Crauss, R. M. G. & Abaid, J. L. W. (2012). A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. *Contextos Clínicos*, 5(1), 62-72. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v5n1/v5n1a08.pdf>
- Figueiredo, A. L., Souza, L., Dell'Áglio Jr, J. C., & Argimon, I. I. L. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11(1), 15-24.
- Guimarães, C. F., Santos, D. V. V., Freitas, R. C., & Araujo, R. B. (2008). Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2), 101-108.
- Kessler, R. C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis: Impact of substance abuse on the diagnosis, course, and treatment of mood disorders. *Biological Psychiatry*, 56(10):738-748.
- Krishnan, K. R. R. (2005). Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 1-8.
- Marsden, V. F. M. G. (2009). Pedofilia, transtorno bipolar e dependência de álcool e opioides. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(2), 119-121.
- Moreno, D. H.; DIAS, R. S. *Epidemiologia: Transtorno bipolar do humor*. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.
- Moreno, R. A., Moreno, D. H., & Ratzke, R. (2005). Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 32(1), 39-48.
- Monteiro, C. F. S., Fé, L. C. M., Moreira, M. A. C., Albuquerque, I. E. M., Silva, M. G., & Passamani, M. C. (2011). Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. *Escola Anna Nery*, 15(1), 90-95.
- Organização Mundial da Saúde. *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.
- Peixoto, C., Prado, C. H. O., Rodrigues, C. P., Cheda, J. N. D., Mota, L. B. T., & Veras, A. B. (2010). Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 317-321.
- Ribeiro, M., Laranjeira, R., & Cividanes, G. (2005). Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 32(1), 78-88.
- Roso, M. C., Moreno, R. A., & Costa, E. M. S. (2005). Intervenção psicoeducacional nos transtornos do humor: a experiência do Grupo de Estudos de Doenças Afetivas (GRUDA). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 165.
- Silva, L. H. P., Borba, L.O., Paes, M. R., Guimarães, A. N., Mantovani, M. F., & Maftum, M. A. (2010). Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. *Escola Anna Nery*, 14(3), 585-590.
- Scheffer, M., Pasa, G. G., & Almeida, R. M. M. (2010). Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 533-541.
- Sousa, F. S. P., & Oliveira, E. N. (2010). Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 671-677.
- Tavares, G. P., & Almeida, R. M. M. (2010). Violência, dependência química e transtornos mentais em presidiários. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 27(4), 545-552.