

# Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla\*

Social disability in patients with bipolar and unipolar affective disorders, dysthymia and double depression

Adriana M Tucci<sup>a</sup>, Florence Kerr-Corrêa<sup>b</sup> e Ivete Dalben<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Psicobiologia da Unifesp/EPM. São Paulo, SP, Brasil. <sup>b</sup>Departamento de Neurologia e Psiquiatria da Unesp. <sup>c</sup>Departamento de Saúde Pública da Unesp. Botucatu, SP, Brasil.

**Resumo** **Objetivos:** Dados internacionais mostram que os transtornos afetivos têm uma prevalência de, aproximadamente, 11,3% da população. Além disso, são uma das doenças que mais geram perdas sociais e nos relacionamentos familiares. O objetivo deste trabalho foi avaliar o ajuste social e familiar de pacientes com transtornos afetivos (bipolar, unipolar, distímia e com depressão dupla), comparando o resultado entre as categorias diagnósticas, além de verificar quais variáveis estão associadas e conduzem ao pior ajuste.

**Métodos:** Foram feitas a caracterização socioeconômica e demográfica e um levantamento dos dados de evolução e de história da doença por meio de um questionário elaborado para essa finalidade. Para a avaliação de ajuste social, utilizou-se a Escala de Avaliação da Incapacitação Psiquiátrica (DAS/OMS, 1998). O relacionamento familiar foi avaliado pelo *Global Assessment of Relational Functioning Scale* (GARF/APA, 1994). Foram estudados 100 pacientes em tratamento, por pelo menos seis meses, no Ambulatório de Psiquiatria da Faculdade de Medicina Unesp, Botucatu, SP.

**Resultados/Conclusões:** Com predomínio de mulheres, a maioria dos pacientes tinha no mínimo dois anos de seguimento, idade acima de 50 anos, baixa escolaridade e nível socioeconômico baixo. Não houve diferença estatística significativa quanto aos dados socioeconômicos e demográficos. Na análise de regressão logística, o diagnóstico e o relacionamento familiar tiveram papel significativo no resultado de ajustamento social. Os pacientes unipolares e os distímicos tiveram melhores resultados no ajustamento social e no relacionamento familiar do que os bipolares e aqueles com depressão dupla.

**Descritores** Transtornos afetivos. Depressão. Ajustamento social. Brasil.

**Abstract** **Objectives:** International data show that affective disorders have a prevalence of 11.3% in the general population. Besides that, they are responsible for social dysfunctioning and family relationship distress. The aim of this study was to assess social and family disability in affective disorder patients (bipolar and unipolar disorders, dysthymia, and double depression); and then compare the results among diagnostic groups to identify variables associated with an increased level of disability.

**Methods:** Socioeconomic and demographic data as well as evolution, outcome and disease history data were collected using a specific questionnaire. To assess social disability, the Disability Assessment Scale (DAS-WHO, 1988) was used. Family relationship distress was assessed through the Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF-APA, 1994). A hundred patients who were under treatment for at least 6 months at the university outpatient clinic were studied.

**Results/Conclusions:** Most of the patients were females, 50 years old or more, had at least 2 years of follow-up, and low educational and socioeconomic level. There was no statistical significant differences among demographic and socioeconomic levels and different diagnostic categories. Logistic regression analysis showed an important impact in social functioning due to the diagnosis and family relationship. Unipolar and dysthymic patients had better outcome in social and family functioning than bipolar and double depression ones.

**Keywords** Mood disorders. Depression. Social adjustment. Brazil.

## Introdução

Estudos<sup>1-3</sup> têm mostrado resultados menos otimistas do que os descritos por Kraepelin, no início do século, para a maioria dos pacientes com transtornos afetivos, incluindo, para alguns, deterioração cognitiva.

Apesar do número escasso de trabalhos indicativos das variáveis clínicas e sociais que levam os portadores de transtornos afetivos a apresentar maus ajustamentos sociais, os resultados são unânimes quanto à gravidade. As principais esferas atingidas estão nas áreas de trabalho e relacionamento interpessoal, com 1/3 dos pacientes apresentando desempenho ruim tanto no trabalho quanto no ajuste em outras áreas.<sup>4</sup>

Somando-se a isto, o tratamento profilático com lítio e antidepressivos, apesar de melhorar as relações interpessoais e o funcionamento global dos pacientes,<sup>5</sup> tem efeito apenas parcial sobre o ajuste psicossocial.<sup>1</sup> Adicionalmente, ainda hoje alguns médicos têm medo de usar lítio em razão dos efeitos colaterais.<sup>6</sup>

Vários estudos de países demonstraram a dificuldade e a deterioração dos pacientes com transtorno afetivo na readaptação ao meio.<sup>2,7</sup> Os problemas encontrados na reinserção social de pacientes psiquiátricos são, geralmente, atribuídos às condições inadequadas de seu processo de integração na comunidade, como: falta de acompanhamento médico freqüente e contínuo; falta de programas comunitários; falta de atividade ocupacional; ausência de apoio social de pessoas próximas; falta de centros extra-hospitalares para atendê-los em momentos de crise ou assisti-los em domicílio.<sup>8</sup>

O risco de desemprego desses pacientes é duas vezes maior do que o da população geral e, quando empregados, apresentam marcante queda ocupacional.<sup>9,10</sup>

Sabe-se que a interação entre os familiares e os pacientes é uma importante desencadeadora de admissões hospitalares e que, normalmente, essas relações estão permeadas por hostilidade, desconfiança e falta de aceitação. O trabalho de Vaughan & Leff<sup>11</sup> trouxe grande contribuição para o entendimento de como as formas de interação dos pacientes com seus familiares afetam o curso das doenças mentais como um todo e, especificamente, da esquizofrenia.

No Brasil, são poucos os estudos que relatam as características médicas, sociais e demográficas dos pacientes com transtorno afetivo. Questões de grande importância necessitam ser respondidas, tal como a definição dessa população com doenças mentais graves, que corre o risco de ser hospitalizada, receber licenças constantes e pletorar o sistema de saúde, o qual já é tão deficiente. Pretende-se propiciar melhor entendimento da situação presente, possibilitando propor programas de saúde mental que sejam mais condizentes com as reais necessidades dessa população e de seus familiares.

Para atender o objetivo exposto, esta pesquisa propõe caracterizar e avaliar pacientes com diagnóstico de transtorno afetivo – bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla – residentes em Botucatu, SP, em tratamento ambulatorial no Hospital das Clínicas da Unesp quanto a: relacionamento familiar; possíveis associações entre variáveis sociodemográficas; história da doença; história familiar de transtorno afetivo; relacionamento familiar; e ajustamento social.

## Métodos

### Sujeitos

Foram entrevistados todos os pacientes com transtorno afetivo que preenchessem os critérios de inclusão do estudo. Esses pacientes foram diagnosticados por psiquiatras do Ambulatório de Psiquiatria do HC da Unesp/Botucatu, de acordo com a CID-10,<sup>12</sup> e tratados no programa ambulatorial específico para esse distúrbio. Todos os pacientes eram moradores de Botucatu com, pelo menos, seis meses de acompanhamento no serviço. Os critérios de exclusão foram: (a) ter tido apenas um episódio de depressão maior; (b) apresentar transtorno orgânico do humor; (c) apresentar dependência de álcool e/ou drogas; (d) ter doença física grave e/ou crônica; (e) ter quadros demenciais; (f) apresentar transtornos esquizoafetivos; (g) estar a mais de dois anos sem acompanhamento no serviço; e (h) apresentar ciclagem rápida.

Foram excluídos, antes das entrevistas e aplicações das escalas, 16 pacientes: cinco pela presença de apenas um episódio de depressão maior; quatro por quadros orgânicos crônicos; um por uso de drogas; um pelo diagnóstico de transtorno esquizoafetivo; e cinco pela ausência de acompanhamento no serviço por mais de dois anos. O estudo não incluiu quadros depressivos de outras causas. No total, foram entrevistados 100 pacientes.

### Instrumentos utilizados

#### *Questionário para obtenção de dados sociodemográficos, históricos e de evolução da doença*

A entrevista foi realizada de acordo com um questionário elaborado pelos psiquiatras do serviço. Os questionários foram todos preenchidos e/ou atualizados pela primeira autora deste trabalho. Trata-se de um questionário com total de 138 questões, mas para este estudo foram excluídas questões não-pertinentes, totalizando, ao final, 90 questões subdivididas em duas categorias: (a) dados sociodemográficos e (b) dados de história e evolução clínica. Ao final do processo de coleta de dados, as questões tiveram suas respostas categorizadas e codificadas para possibilitar uma análise estatística.

#### *Escala de Verificação de Incapacitação Psiquiátrica (DAS/WHO)<sup>13</sup>*

Essa escala propõe avaliar níveis de incapacitação apresentados por pacientes psiquiátricos. A incapacitação é dada pelo comprometimento do comportamento do paciente e pelo seu desempenho nas relações sociais. A escala pode ser aplicada por psiquiatras, psicólogos, sociólogos e assistentes sociais, além das fontes poderem ser o próprio paciente, familiares ou registros de prontuários. Para o presente estudo, utilizou-se a versão traduzida por Chaves et al.<sup>14</sup> As sessões traduzidas foram: 1, 2 e 5. Essas mesmas sessões foram utilizadas neste estudo. A sessão 5 é composta por 6 escores de 0 a 5. No entanto, nenhum dos pacientes recebeu avaliação 0 ou 5; assim, os dados são apresentados em quatro grupos de 1 a 4. Esse instrumento tem sido considerado de aplicação simples, sendo que a versão em português apresentou boa confiabilidade entre diferentes avaliadores.<sup>15</sup>

### ***Escala de Avaliação Global do Relacionamento Social e Familiar (GARF)***<sup>16</sup>

Essa escala propõe avaliar o funcionamento familiar em continuidade, desde relações satisfatórias com poucos conflitos até padrões de relacionamentos disfuncionais com pouca comunicação e muitos conflitos.

Os escores da GARF estão distribuídos em quatro categorias: de 81 a 100 – funcionamento familiar bom com relações afetivas, calorosas e aconchegantes e sem grandes conflitos que, quando presentes, são resolvidos com comunicação satisfatória; de 61 a 80 – padrão de relacionamento familiar de alguma forma insatisfatório, mas com resolução sem grandes frustrações e conflitos para os problemas e presença de relações afetivas de amor e respeito; de 41 a 60 – família com momentos de satisfação, mas com predomínio de relações insatisfatórias e de comunicação inviabilizada por conflitos não resolvidos; e de 21 a 40 – família claramente disfuncional, com presença de poder tirânico ou muito negligente, contato afetivo raramente satisfatório e conflitos não resolvidos.

### ***Procedimento para realização da entrevista e aplicação das escalas***

Todos os pacientes do Ambulatório de Psiquiatria da FMB-Unesp têm fichas de identificação que contêm nome do paciente, registro no HC da FMB-Unesp, endereço e diagnóstico. Por meio dessas fichas, os pacientes foram identificados e convocados, quando necessário, para a realização da entrevista e a aplicação das escalas. Todos os pacientes que participaram do estudo já haviam tido seus diagnósticos definidos anteriormente pelos psiquiatras docentes que atendem nesse ambulatório.

As entrevistas, bem como a aplicação das escalas, foram realizadas individualmente ou, quando necessário, com a presença dos familiares. As aplicações foram precedidas de um breve treinamento sobre sua utilização por parte da avaliadora.

A pontuação da escala GARF baseou-se em entrevistas com os pacientes e com os psiquiatras do serviço responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes, além de anotações dos prontuários.

### ***Análise estatística dos dados***

As informações coletadas foram digitadas em computador e analisadas pelos programas estatísticos Epi Info 6.0<sup>17</sup> e SPSS versão 7.0.<sup>18</sup> Para analisar as associações entre as variáveis categóricas, utilizaram-se o teste qui-quadrado<sup>19</sup> ou o teste exato de Fisher.<sup>20</sup> Todas as hipóteses alternativas formuladas foram bicaudais, e os resultados dispostos em tabelas descritivas.

A comparação entre as médias dos subitens da escala DAS foi feita por análise de variância.<sup>20</sup> A avaliação prognóstica de vários fatores agindo simultaneamente no resultado do ajustamento social foi realizada por análise de regressão logística.<sup>20</sup> Essa técnica de análise permite estimar a *odds ratio* (OR). Os resultados dos níveis globais de ajustamento social foram agrupados em duas categorias para a análise de regressão logística. Foram agrupadas as categorias ajustamento bom com ajustamento razoável e ajustamento ruim com ajustamento grave.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética da FMB-Unesp. A participação dos pacientes foi sempre voluntária, e as entrevistas foram realizadas, sempre que possível, no mesmo dia da consulta agendada, de forma a facilitar sua aplicação. Todos os pacientes, após os devidos esclarecimentos, assinaram um termo de consentimento de participação.

## **Resultados**

### **Dados socioeconômicos e demográficos**

As principais características sociodemográficas estão apresentadas na Tabela 1. Os quatro grupos diagnósticos – bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla – não apresentaram diferença significativa em relação a idade, sexo, ocupação, estado civil, renda familiar e escolaridade.

As principais características socioeconômicas e demográficas apresentadas pela maioria dos pacientes, nos quatro grupos diagnósticos, foram: idade (superior a 30 anos), sexo feminino, dona de casa, casada, renda familiar de até três salários mínimos e escolaridade até primeiro grau.

### **Dados de história clínica e de evolução da doença**

Na Tabela 2 estão distribuídos os dados de história clínica e evolução da doença.

Considerando os quatro grupos estudados, não se encontrou diferença estatística significativa no que diz respeito a: idade de início da doença, número de episódios de depressão, presença de fatores desencadeantes dos episódios e presença de doença mental na família. Apesar dessas variáveis não terem apresentado diferença estatística significativa entre as categorias diagnósticas, em alguns casos, a diferença foi expressiva.

A maioria dos pacientes estudados iniciou a doença, assim como o tratamento, entre 20 e 50 anos. Entre os pacientes que iniciaram a doença antes dos 20 anos, a maior concentração esteve entre aqueles com diagnóstico de depressão dupla, seguida dos bipolares.

Os grupos se diferenciaram significativamente em relação ao número de internações ao longo da vida ( $\chi^2=25,6$ ;  $p=0,00001$ ). Entre os bipolares, houve maior proporção de pacientes que já haviam passado por alguma internação ao longo da vida, e, entre os distímicos, foi encontrada menor proporção. A maioria dos pacientes com diferentes tipos de depressão nunca havia sido internada. A idade da primeira internação ocorreu após os 40 anos para a maior parte dos pacientes em todos os grupos diagnósticos, com exceção do grupo dos bipolares, que foi entre 31 e 40 anos.

A maior parte dos pacientes bipolares apresentou mais de três episódios de mania e até três episódios de depressão. Entre as diferentes formas de depressão, a maioria dos pacientes teve até três episódios. Um maior número de pacientes, tanto entre os bipolares quanto entre aqueles com depressão, relatou ter apresentado fatores desencadeantes de seus episódios.

Grande parte dos pacientes, em todas as categorias diagnósticas, tinha mais de dois anos de tratamento.

A maioria não tem familiares com história de doença mental. Os pacientes que mais apresentaram doença mental na família foram os bipolares e os com depressão dupla.

Outra variável, para a qual se encontrou diferença significativa

**Tabela 1 - Dados socioeconômicos e demográficos dos pacientes com transtornos afetivos do Ambulatório de Psiquiatria Unesp/Botucatu.**

Variáveis	Bipolar N=29		Unipolar N=35		Distímia N=23		Dupla N=13	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Idade (anos)								
Até 30	3	10,3	3	8,5	1	4,3	1	7,6
De 30 a 50	15	51,7	10	28,5	12	52,1	6	46,1
Acima de 50	11	37,9	22	62,8	10	43,4	6	46,1
Sexo								
Masculino	9	31,0	3	8,5	4	17,3	2	15,3
Feminino	20	68,9	32	91,4	19	82,6	11	84,6
Estado civil								
Solteiro	5	17,2	4	11,4	1	4,3	1	7,7
Casado/amasiado	16	55,2	24	68,6	16	69,6	8	61,5
Viúvo	4	13,8	5	14,3	1	4,3	1	7,7
Separado/divorciado	4	13,8	2	5,7	5	21,7	3	23,1
Escolaridade								
Até 1º grau	15	51,7	25	71,4	16	69,5	8	61,5
Até 2º grau	11	37,9	5	14,2	5	21,7	5	38,4
Acima de 2º grau	3	10,3	5	14,2	2	8,7	0	-
Ocupação								
Donas-de-casa	9	31,0	14	40,0	7	30,4	6	46,1
Empregado	11	38,0	16	45,7	11	47,8	5	38,5
Aposentado	5	17,2	5	14,3	5	21,7	1	7,7
Desempregado	4	13,7	0	0	0	0	1	7,7

**Tabela 2 - Dados de evolução clínica e história da doença dos pacientes com transtornos afetivos do Ambulatório de Psiquiatria de Botucatu.**

Variáveis	Bipolar N=29		Unipolar N=35		Distímia N=23		Dupla N=13		Total N=100	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Início da doença										
Antes dos 20 anos	7	24,1	2	5,7	5	21,7	5	38,4	19	19,0
Entre 20 e 50 anos	17	58,6	27	77,1	13	56,5	7	53,8	64	64,0
Acima de 50 anos	5	17,2	6	17,1	5	21,7	1	7,6	17	17,0
Internações*										
Não foram internados	5	17,2	23	65,7	19	82,6	7	53,8	55	55,0
Já foram internados	24	82,8	12	34,3	4	17,4	6	46,2	45	45,0
Idade da 1ª internação										
Antes dos 30 anos	8	33,3	1	8,30	0	-	2	40,0	11	24,4
Entre 31 e 40 anos	9	37,5	2	16,7	1	25,0	1	20,0	13	28,9
Acima de 40 anos	7	29,2	9	75,0	3	75,0	2	40,0	21	46,7
Episódios de mania										
Até 3 episódios	12	41,38	-	-	-	-	-	-	12	41,3
Acima de 3 episódios	17	58,62	-	-	-	-	-	-	17	58,6
Episódios de depressão										
Até 3 episódios	15	60,00	22	62,8	16	72,7	9	69,2	62	65,3
Acima de 3 episódios	10	40,0	13	37,1	6	27,2	4	30,7	33	34,7
Episódios de mania										
Com fator desencadeante	22	75,8								
Sem fator desencadeante	6	20,6								
Ignorado	1	3,4								
Episódios de depressão										
Com fator desencadeante	17	58,6	25	71,43	16	69,5	12	92,3		
Sem fator desencadeante	5	17,2	9	25,7	4	17,3	1	7,6		
Ignorado	7	24,1	1	2,8	3	13,0	0	0		
Tempo de tratamento										
Até 1 ano	2	6,9	2	5,9	3	13,0	1	7,7	8	
De 1 a 2 anos	2	6,9	7	20,6	5	21,7	3	23,1	17	
Acima de 2 anos	25	86,2	25	73,5	15	65,2	9	69,2	74	
Tratamento preventivo***										
Sim	26	89,6	23	65,7	10	43,4	7	53,8	66	66,0
Não	3	10,34	12	34,2	13	56,5	6	46,1	34	34,0
Dias perdidos no ano**										
Até 3 meses	12	41,3	22	62,8	14	60,8	11	84,6		
Acima de 3 meses	13	44,8	7	20,0	6	26,0	0	-		
Ignorado	4	13,7	6	17,1	3	13,0	2	15,3		
Doença na família										
Tem	12	41,3	8	22,8	6	26,0	5	38,4	31	31,0
Não tem	16	55,1	24	68,5	15	65,2	7	53,8	62	62,0
Ignorado	1	3,45	3	8,5	2	8,6	1	7,6	7	7,0

\* $\chi^2=25,64$ ;  $g=1$ ;  $p=0,00001$   
\*\* $\chi^2=10,81$ ;  $g=2$ ;  $p=0,013$   
\*\*\* $\chi^2=13,28$ ;  $g=1$ ;  $p=0,004$

tiva entre os grupos, foi o número de dias perdidos de trabalho no decorrer do ano por causa da doença ( $\chi^2=10,81$ ;  $p=0,013$ ), mostrando que os pacientes bipolares foram os que mais perderam dias de trabalho.

Os pacientes bipolares também foram os que, significativamente, mais fizeram tratamento preventivo medicamentoso ( $\chi^2=13,28$ ;  $p=0,004$ ).

### Características do relacionamento familiar

Na Tabela 3 estão os resultados obtidos pelos pacientes na escala que avaliou o relacionamento familiar.

**Tabela 3 - Escores obtidos na Escala GARF pelos pacientes com transtornos afetivos do Ambulatório de Psiquiatria Unesp/Botucatu.**

	Bom		Razoável		Ruim		Grave	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bipolar	2	6,90	15	51,70	9	31,10	3	10,30
Unipolar	12	34,30	16	45,70	3	8,60	4	11,40
Distímia	3	13,10	11	47,80	5	21,70	4	17,40
Dupla	2	15,40	4	30,80	4	30,80	3	23,00

Apesar de não ter havido resultado estatisticamente significativo entre o padrão de relacionamento familiar e as diferentes categorias diagnósticas, a que apresentou melhor resultado numérico foi o grupo dos unipolares no funcionamento e no relacionamento familiar. Em seguida, apareceu o grupo dos distímicos. O grupo que apresentou piores resultados numéricos no relacionamento familiar foram os pacientes com depressão dupla. Os bipolares vieram logo em seguida. Foi feita também uma tentativa de agrupamento em duas categorias de relacionamento familiar para verificação de um possível resultado estatisticamente significativo entre o resultado dessa escala e as categorias diagnósticas, mas o resultado encontrado, tanto no teste qui-quadrado quanto no teste exato de Fisher, não foi significativo.

### Ajustamento social

No Tabela 4 estão os resultados obtidos pelos pacientes na Escala de Incapacitação Psiquiátrica (DAS).

**Tabela 4 - Escores obtidos na Escala DAS pelos pacientes com transtornos afetivos do Ambulatório de Psiquiatria da Unesp/Botucatu.**

	Bom		Razoável		Ruim		Grave	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bipolar	2	6,9	11	37,9	10	34,4	6	20,6
Unipolar	10	28,5	19	54,2	3	8,5	3	8,5
Distímia	4	17,3	16	69,5	3	13,0	0	0
Dupla	3	23,0	1	7,6	7	53,8	2	15,3

\* $p=0,000$

Verifica-se que os pacientes que tiveram o pior resultado no ajustamento social foram os bipolares e aqueles com depressão dupla. Os pacientes bipolares apresentaram a maior porcentagem (20,60%) dentro da categoria desajustamento grave e 34,40% em ajustamento ruim. Os pacientes com depressão dupla apresentaram desajustamento grave em 15,30% e ajustamento ruim em 53,80%. Os unipolares apresentaram pequena diferença em relação aos distímicos, com vantagem para esses últimos.

A frequência da distribuição dos escores em cada item da DAS aparece na Tabela 5. Esses dados permitem a identificação das áreas nas quais o ajustamento social esteve mais prejudicado. Para facilitar a análise estatística dos resultados, os escores brutos foram transformados, em média, em cada item da escala. Quanto mais alta a média atribuída, pior o resultado obtido no item analisado.

Verifica-se que, de um modo geral, o papel sexual, tanto para pessoas casadas quanto para as não-casadas, foi o item que encontrou piores resultados, com alta proporção de sujeitos com ajustamento ruim. Interesse em arrumar trabalho também teve alta proporção de pacientes com desempenho ruim, exceto para os pacientes distímicos, dentre os quais não foi encontrado nenhum paciente com ajustamento ruim. Outras áreas que tiveram resultados prejudicados foram: interesse em adquirir informações, seguido pelo isolamento social.

Para a comparação das quatro categorias diagnósticas, foi utilizada uma análise de variância. Nota-se que os itens que encontraram valores estatisticamente significantes na comparação dos quatro diagnósticos foram: cuidado pessoal ( $p=0,012$ ); isolamento social ( $p=0,035$ ); participação domés-

**Tabela 5 - Distribuição das médias dos escores dos itens da escala DAS obtidos pelos pacientes com transtornos afetivos do Ambulatório de Psiquiatria da Unesp/Botucatu.**

Itens da DAS	Bipolar		Unipolar		Distímia		Dupla	
	Média	SD	Média	SD	Média	SD	Média	SD
1.1 Cuidado pessoal *	0,34	0,72	0,002	0,17	0	0	0,63	0,48
1.2 Inatividade	0,79	1,05	0,31	0,68	0,30	0,47	0,54	0,66
1.3 Lentificação	0,79	1,08	0,51	0,85	0,57	0,51	0,85	0,80
1.4 Isolamento social**	1,52	1,40	0,74	1,22	0,70	0,88	1,38	1,50
2.1 Participação***	1,10	1,08	0,31	0,72	0,27	0,55	0,85	0,90
2.2 Conjugal/afetivo	1,00	0,85	0,96	1,02	1,00	1,00	1,22	0,97
2.3 Conjugal/sexual	1,20	1,15	1,12	1,05	1,12	0,99	1,56	1,13
2.4 Função parental	0,67	0,86	0,55	0,96	0,30	0,66	0,92	0,90
2.5 Sexual	1,17	0,94	1,89	0,93	1,33	0,82	1,00	0,82
2.6 Contatos sociais	0,15	0,61	0,17	0,62	0,002	0,29	0,23	0,60
2.7 Desempenho no trabalho****	1,30	1,34	0,33	0,82	0,25	0,45	1,20	1,10
2.8 Interesse em trabalho	1,83	1,47	1,20	0,84	0,60	0,55	1,75	0,50
2.9 Informação	1,00	1,20	0,69	0,99	1,04	1,02	0,77	0,83
2.10 Emergências	0,83	0,97	0,66	0,97	0,43	0,66	1,08	1,32

\* $F=3,876$   $gl=3$   $p=0,012$

\*\* $F=2,982$   $gl=3$   $p=0,035$

\*\*\* $F=6,376$   $gl=3$   $p=0,001$

\*\*\*\* $F=3,572$   $gl=3$   $p=0,023$

tica ( $p=0,001$ ); e desempenho no trabalho ( $p=0,023$ ). Em todos os itens em que a diferença encontrada foi estatisticamente significativa, pacientes bipolares e pacientes com depressão dupla estiveram mais prejudicados do que pacientes unipolares e distímicos.

### Variáveis associadas ao ajustamento social

A Tabela 6 apresenta os dados obtidos a partir de uma análise de regressão logística. Como variável dependente, foi escolhido o resultado global do ajustamento social (DAS). O *logito* da DAS foi o melhor resultado no ajustamento social sobre aqueles com piores resultados.

**Tabela 6 - Variáveis significativas na avaliação global do ajustamento social dos pacientes com transtornos afetivos do Ambulatório de Psiquiatria da Unesp/Botucatu, evidenciadas na Análise de Regressão Logística.**

Variáveis	p	Odds Ratio	Intervalo de Confiança
Unipolar	0,003	0,075	0,014 - 0,043
Distímia	0,001	0,040	0,006 - 0,275
Garf	0,002	0,948	0,917 - 0,981

As variáveis que entraram na análise de regressão logística foram aquelas que apresentaram valores estatisticamente significantes na análise univariada. Foram elas: diagnóstico, tempo de acompanhamento da doença, número de episódios de mania e de depressão, número de internações por mania e por depressão, idade atual, idade de início da doença, presença de doença mental na família e relacionamento familiar. Devido ao baixo número de pacientes, o intervalo de confiança encontrado em algumas variáveis foi relativamente grande.

As variáveis em que as diferenças alcançaram valores estatisticamente significantes foram: diagnóstico e relacionamento familiar.

O *logito* do diagnóstico escolhido foi o resultado obtido pelos pacientes com depressão dupla sobre cada um dos outros diagnósticos. A *odds ratio* obtida entre depressão dupla e transtorno bipolar não assumiu significância estatística no que se refere ao ajustamento social, mostrando não haver diferença significativa entre esses dois grupos diagnósticos em relação ao resultado do ajustamento social.

A *odds ratio* obtida entre depressão dupla e unipolares foi de 0,075, e o intervalo de confiança, de 0,014-0,403. Esse resultado mostrou que os pacientes unipolares apresentaram resultados significativamente melhores no ajustamento social do que os pacientes com depressão dupla.

A *odds ratio* obtida entre depressão dupla e distímia foi de 0,40, e o intervalo de confiança, de 0,006-0,275. Isso mostrou que esses pacientes com distímia apresentaram resultados significativamente melhores no ajustamento social, quando comparados com aqueles com depressão dupla.

Relacionamento familiar foi associado significativamente ao ajustamento social dos pacientes neste estudo (OR=0,953; IC=0,914-0,992). Portanto, quanto pior o relacionamento familiar dos pacientes, pior o ajustamento social.

### Discussão

O fato de este estudo incluir pacientes que apresentaram mais de um episódio de doença com, pelo menos, seis meses de acompanhamento em serviço especializado, caracteriza-o como um trabalho com pessoas com quadros mais graves em todos os transtornos investigados e, além disso, constituído por aqueles que conseguiram acesso a esse serviço. As avaliações foram feitas com conhecimento do diagnóstico e da história clínica dos pacientes, o que pode ter influenciado alguns dos resultados.

A primeira observação a ser feita quanto aos dados dos pacientes é o grande número de mulheres. A proporção relatada na literatura é 2:1<sup>21,22</sup> e, neste estudo, encontrou-se um índice maior. Uma das possíveis explicações para essa taxa elevada é a grande concentração de donas de casa. Estudos têm mostrado que mulheres que trabalham fora são menos vulneráveis à depressão e ao uso de medicações psicotrópicas, quando comparadas às mulheres donas de casa.<sup>25,26</sup>

As tendências recentes para tentar explicar o aumento das taxas de depressão, encontradas em mulheres em relação aos homens, têm se centrado tanto nas diferenças biológicas quanto nas psicossociais e culturais.<sup>27</sup>

Entre os pacientes bipolares, também houve predominância do sexo feminino, na proporção 2:1. Grande parte dos estudos de prevalência não encontrou diferença significativa na distribuição por sexo dessa síndrome<sup>28,29</sup> e, mesmo no ambulatório utilizado para concretizar este trabalho, um estudo anterior, feito em Botucatu e região, não encontrou tal diferença.<sup>30</sup> Os dados podem ser, portanto, um viés dos usuários do serviço, moradores de Botucatu.

Os dados relativos às internações dos pacientes estudados mostraram diferença estatisticamente significativa entre as quatro categorias diagnósticas. Os pacientes bipolares foram aqueles que mais sofreram internação ao longo da vida. Entre os deprimidos, os pacientes com depressão dupla foram os que mais sofreram alguma internação ao longo da vida. Vários estudos têm mostrado que pacientes bipolares são mais hospitalizados do que os unipolares.<sup>5,31</sup>

A presença de fatores desencadeantes de novos episódios ocorreu com grande frequência em todas as categorias diagnósticas estudadas. Eventos estressantes têm sido relatados como desencadeadores do início e da recorrência do transtorno afetivo, tanto em pacientes bipolares quanto entre os depressivos, principalmente quando estes ocorrem três ou quatro semanas antes do episódio.<sup>32</sup> Apesar de não ser possível controlar muitos desses eventos, eles podem servir como alerta para que haja intervenções rápidas no período de risco, evitando-se, assim, o curso crônico.

Em relação à presença de doença mental na família, nota-se que, em todos os grupos de pacientes, houve maior número de pacientes que não a mencionaram. Embora não tenha havido diferença estatisticamente significativa em relação a esse item, percebe-se que pacientes bipolares e aqueles com depressão dupla foram os grupos em que houve maior presença de familiares com doença mental. Esses dados são semelhantes aos encontrados por McCullough et al.<sup>33</sup>

No que diz respeito aos dias perdidos no ano por causa da doença, pacientes bipolares foram os que, significativamente, mais se prejudicaram. Os resultados sugerem que, dentre os pacientes estudados, os com transtorno bipolar apresentam-se de forma mais incapacitante que os demais para o trabalho, em função do maior número de dias em que permanecem em casa por causa da doença.

Entre os grupos diagnósticos estudados, verificou-se melhor padrão de relacionamento familiar entre pacientes unipolares e pior entre aqueles com depressão dupla. Leader & Klein<sup>34</sup> avaliaram o relacionamento familiar de pacientes com depressão unipolar, distímia e depressão dupla. Descreveram que pacientes com depressão dupla foram os que apresentaram, significativamente, piores resultados em relação aos outros dois grupos, e os pacientes distímicos apresentaram relacionamento familiar mais prejudicado do que os unipolares; porém, essa diferença não assumiu significância estatística. Esses dados são semelhantes aos apresentados pelos pacientes do presente estudo.

Não foi possível encontrar na literatura trabalhos que tenham avaliado, comparativamente, o relacionamento familiar dos quatro grupos diagnósticos estudados.

O ambiente familiar de pacientes com transtorno afetivo é tido como fator que afeta o início e o curso desse transtorno.<sup>35</sup> Portanto, evidências indicam que a qualidade emocional do ambiente familiar é preditor significativo do curso dos transtornos afetivos.

Alguns trabalhos têm mostrado que a inclusão de familiares no tratamento de pacientes com transtorno afetivo tem efeito positivo no curso do tratamento, havendo, assim, maior entendimento e aceitação da doença.<sup>36</sup>

Este é o primeiro estudo feito no Brasil em que pacientes com transtornos afetivos, provindos de hospital universitário público, são avaliados com relação ao ajustamento social, por meio de instrumento padronizado para doença mental e ajustamento social.

A proporção de pacientes com algum prejuízo social, no presente estudo, foi muito alta. Nenhum dos pacientes obteve ajustamento excelente na avaliação global do ajustamento social, e mais de 80% deles indicaram algum grau de prejuízo no ajustamento social (avaliação global regular e grave). Em mais de 30% dos pacientes, o ajustamento social global foi ruim ou grave.

O estudo de Judd & Akiskal et al<sup>37</sup> mostra que, mesmo a presença de poucos sintomas depressivos – sem ser uma síndrome propriamente dita –, constitui fator importante para piora da evolução dos casos, e que cada nível de gravidade do sintoma está associado a significantes perdas psicossociais.

Gitlin et al,<sup>38</sup> em estudo prospectivo de 82 pacientes bipolares, verificaram que a adaptação social era boa para 39% e com perdas razoáveis ou intensas para 62% dos pacientes. No trabalho de Kocsis et al,<sup>39</sup> os pacientes distímicos apresentaram prejuízos nos papéis sociais analisados – trabalho, vida em família, tempo para atividades sociais e lazer. Por meio de estudo em seis países da Europa, Lépine et al<sup>40</sup> mostraram que aproximadamente dois de cinco pacientes com depressão apre-

sentavam queda na qualidade de suas vidas e no âmbito social e de trabalho. Os dados deste estudo confirmam os achados da literatura em relação ao prejuízo no ajustamento social de pacientes com transtornos afetivos.

Ao se fazer a comparação entre ajustamento social global e diferentes categorias diagnósticas dos transtornos afetivos, verifica-se que não houve associação estatisticamente significativa entre essas duas variáveis. Embora não tenha havido significância estatística entre elas, os pacientes bipolares e aqueles com depressão dupla foram os que apresentaram piores resultados numéricos. No entanto, os pacientes unipolares foram os que apresentaram resultados melhores no ajustamento social global.

É escasso o número de trabalhos que comparam os resultados do ajustamento social dos diferentes tipos de transtornos afetivos. O estudo encontra alguns trabalhos que comparam transtorno unipolar e bipolar, e outros que compararam as diferentes formas de depressão.

São ainda incertos os resultados apresentados nas comparações entre pacientes unipolares e bipolares quanto ao ajustamento social. Alguns dos trabalhos concluíram que pacientes bipolares apresentam piores resultados no ajustamento social, quando comparados aos unipolares.<sup>31</sup> Por outro lado, Vocisano et al<sup>3</sup> mostraram que pacientes unipolares apresentam piores resultados no ajustamento social e demonstram deterioração do funcionamento social com idade inferior à dos bipolares.

Os dados deste trabalho confirmam os dados da literatura: o ajustamento social de pacientes bipolares é pior em relação aos unipolares.

Nas comparações feitas entre esses pacientes com depressão – distímia, unipolar e dupla –, os resultados também não são unânimes, embora a maioria deles tenha relatado pior ajustamento social entre aqueles com depressão dupla.<sup>34</sup> Muitos encontraram os resultados dos distímicos piores do que os apresentados pelos unipolares no relacionamento social.<sup>34,39</sup> No entanto, há autores que encontraram piores resultados de ajustamento social entre os unipolares.<sup>41</sup> Embora os resultados dos trabalhos acima citados sejam conflitantes, eles sugerem que a distímia e a depressão maior têm mais semelhanças do que se considerava anteriormente, e que a depressão dupla seria uma forma mais grave, com perdas mais sérias na área social.

Percebe-se que as áreas mais prejudicadas nesses pacientes, em todas as categorias diagnósticas, relacionavam-se ao trabalho e ao relacionamento sexual (das pessoas casadas e também das não-casadas). Vários estudos têm mostrado que as diferentes formas de depressão conduzem à queda no setor de trabalho e ocupacional em função da redução da atividade diária dos pacientes.<sup>34,39</sup> No trabalho de Goering et al,<sup>42</sup> com mulheres deprimidas, havia grande insatisfação destas no relacionamento sexual. Os dados deste trabalho confirmam esses achados, mostrando que a área de trabalho e a sexual são fortes preditores do curso da doença e sugerem ser as mais atingidas pelos transtornos afetivos.

Na análise multivariada (regressão logística), as variáveis que resultaram significantes como preditivas do ajustamento social

dos pacientes foram: diagnóstico e relacionamento familiar.

Com relação aos tipos de diagnósticos de transtornos afetivos estudados, verifica-se que transtorno bipolar e depressão dupla estiveram associados significativamente a piores resultados no ajustamento social, quando comparados com transtorno unipolar e distímico. Os dados deste estudo concordam com os achados da literatura, mostrando que os pacientes bipolares e aqueles com depressão dupla apresentam-se mais desajustados socialmente, tendendo a evoluir para um curso crônico, com perdas significantes em várias áreas, principalmente no relacionamento familiar, na sexualidade e no trabalho.<sup>34</sup>

Neste estudo, o padrão de relacionamento familiar associou-se, de forma estatisticamente significativa, com o resultado do ajustamento social. Quanto pior o relacionamento familiar, pior também o ajustamento social. Esses resultados concordam com vasta literatura. Trabalhos mostraram que a dinâmica familiar conflituosa, permeada por sentimentos hostis e presença excessiva de críticas, desencadeiam mau ajustamento psicossocial nos pacientes com transtornos afetivos.<sup>5,43</sup> O que esses dados sugerem é que o ambiente familiar, permeado de sentimentos negativos e altas emoções expressas, funciona como forte fator estressante e desencadeador de novos episódios. Portanto, pacientes que convivem com tal dinâmica familiar estariam sujeitos a frequentes episódios, os quais, muitas vezes, os conduzem a internações e constantes rupturas com o meio social, traba-

lha e familiar. Após a alta hospitalar, momento no qual o paciente necessita de apoio para poder retomar sua rotina diária com todas as dificuldades conhecidas, o apoio familiar é extremamente importante. Uma sugestão seria um adequado processo psicoeducativo sobre as características dos transtornos afetivos, curso, prognóstico e tratamento, que poderia trazer benefícios para o paciente e para a família, pois poderia diminuir o estresse e melhorar o funcionamento entre episódios. Além disso, a capacidade do paciente e dos familiares para detectar precocemente os sintomas e os sinais associados ao episódio pode prevenir o agravamento do mesmo, além de reduzir a frequência de hostilizações.

## Conclusões

As altas frequências e a intensidade de incapacitação social dos pacientes com transtornos afetivos apontam para a necessidade de intervenções mais eficazes nessa área. Verificou-se a importância de propor atendimento aos familiares dos pacientes identificados com esse diagnóstico, assim como formas de tratamento que privilegiem os aspectos sociais dessa doença, como uma maior ênfase na reinserção social dos pacientes e nos grupos educacionais e/ou psicoterapia familiar, com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre a doença e seus sintomas e, também, melhorar o padrão de relacionamento familiar, que pode ser eficaz na melhora da qualidade de vida dos pacientes com transtornos afetivos.

## Referências

1. Winokur G, Coryell W, Akiskal HS, Endicott J, Keller M, Mueller T. Manic-depressive (bipolar) disorder: the course in light of a prospective ten-year follow-up of 131 patients. *Acta Psych Scand* 1994;89:102-10.
2. Solomon DA, Ristow WR, Keller MB, Kane JM, Gelenberg AJ, Rosenbaum JF, et al. Serum lithium levels and psychosocial function in patients with bipolar I disorder. *Am J Psychiatry* 1996;153:1302-7.
3. Vocisano C, Klein DN, Keefe RSE, Dienst ER, Kincaid MM. Demographics, family history, premorbid functioning, development characteristics, and course of patients with deteriorated affective disorder. *Am J Psychiatry* 1996;153:248-55.
4. Tsuang MT, Winokur G, Crowe RR. Morbidity risks of schizophrenia and affective disorder among first degree relatives of patients with schizophrenia, mania, depression and surgical conductions. *Br J Psychiatry* 1980;137:497-504.
5. Winokur G, Coryell W, Keller M, Endicott J, Akiskal HS. A prospective follow-up of patients with bipolar and primary unipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:457-65.
6. Kerr-Corrêa F, Souza LB, Calil HM. Doenças afetivas e sazonalidade no Brasil. *Rev ABP-APAL* 1995;17:122-6.
7. Klerman GL, Weissman MM. The course, morbidity and costs of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:831-4.
8. Bandeira M. Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das rehospitalizações. *J Bras Psiq* 1993;42:491-8.
9. Beiser M, Bean G, Erikson D, Zhang J, Iacono WG, Rector NA. Biological and psychosocial predictors of job performance following a first episode of psychosis. *Am J Psychiatric* 1994;51:857-63.
10. Martin JK, Blum TC, Black SRH, Roman PM. Subclinical depression and performance at work. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 1996;31:3-9.
11. Vaughn CE, Leff JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *Br J Psychiatry* 1976;129:125-37.
12. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 351.
13. World Health Organization. Psychiatric disability assessment schedule (WHO/DAS) Geneva; 1988.
14. Chaves AC, Sarin LM, Mari JJ. Escala de avaliação de incapacitação psiquiátrica (DAS) [Mimeografado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1990.
15. Menezes PR, Scazufca M. Estudo de confiabilidade da versão em português da Escala de Avaliação da Incapacidade Psiquiátrica (WHO/DAS), *Rev ABP/APAL* 1993;15:65-7.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
17. Epi Info, v. 6.04: A word-processing, database and statistics program for public health. Atlanta; 1996.
18. SPSS. SPSS advanced Statistics TM. Software version 7.0-7.5. Michigan; 1996.
19. Siegel S. Estatística não paramétrica. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1975.
20. Kahn HA, Sempos CT. Statistical Methods in Epidemiology. London: Oxford University Press; 1989. p. 292.
21. Paykel ES. Depression in women. *Br J Psychiatry* 1991;158:22-9.
22. Coryell W, Endicott J, Keller M. Major depression in a non-clinical sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:117-25.
23. Weissman MM, Paykel ES. The depressed woman: a study of social relationships. Chicago: University of Chicago Press; 1974.
24. Brown GN, Harris T. Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women. New York: Free Press; 1978.
25. Rocha-Coutinho ML. Tecendo por trás dos panos. A mulher brasileira nas relações familiares. Rio de Janeiro: Rocco; 1994.

26. Madrigal E. Patrones de consumo y dependencia del alcohol y de sustancias psicoactivas en la mujer. In: Gómez Gómez E, ed. Género, mujer Y Salud en Las Americas. OPS; 1993. p. 163-77.
27. Kornstein SG. Gender differences in depression: implications for treatment. *J Clin Psychiatry* 1997;58(Suppl15):12-8.
28. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernando JG, Andreoli SB, et al. Estudo multicêntrico em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Rev ABP-APAL* 1992;14(3):93-104.
29. Kessler RC, Mcgonagle KA, Zhao S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
30. Kerr-Corrêa F, Corat S. Depressões unipolares, bipolares e distímia: características de evolução clínica e antecedentes em 74 pacientes. *Anais da XIX Jornada Científica da Associação dos Docentes*. Botucatu (SP): UNESP; 1993.
31. Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS. Recurrent affective syndromes in bipolar and unipolar mood disorders at follow-up. *Br J Psychiatry* 1995;66:382-5.
32. Henry AD, Coster WJ. Predictors of functional outcome among adolescents and young adults with psychotic disorders. *Am J Occup Therapy* 1996;50:171-80.
33. McCullough JP, Braith JA, Champman RC, Carr KF, Cones JH, Fielo J, et al. Comparison of dysthymic major and nonmajor depressives. *J Nerv Ment Dis* 1990;178:596-7.
34. Leader JB, Klein DN. Social adjustment in dysthymia, double depression and episodic major depression. *J Affect Disord* 1996;37:91-101.
35. Davenport YB, Adland ML, Gold PW, Goodwin FK. Manic-depressive illness: psychodynamic features of multigenerational families. *Am J Orthopsychiatry* 1979;49:24-35.
36. Sherril JT, Frank E, Geary M, Stack JA, Reynolds CF. Psychoeducational workshops for elderly patients with recurrent major depression and their families. *Psychiatr Serv* 1997;48:76-81.
37. Judd LL, Akiskal HS. Delineating the longitudinal structure of depressive illness: beyond clinical subtypes and duration thresholds. *Pharmacopsychiatry* 2000;33:3-7.
38. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller JL. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152(11):1635-40.
39. Kocsis JH, Zisook S, Davidson J, Shelton R, Yonkers K, Hellerstein DJ, et al. Double-blind comparison of sertraline, imipramine and placebo in the treatment of dysthymia: psychosocial outcomes. *Am J Psychiatry* 1997;154:390-5.
40. Lépine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression research in european society). *Intern Clin Psychopharmacol* 1997;12:12-9.
41. Coryell W, Leon A, Winokur G, Endicott J, Keller M, Akiskal H, et al. Importance of psychotic features to long-term course in major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 1996;153:483-9.
42. Goering PN, Lance WJ, Freeman JJ. Marital support and recovery from depression. *Br J Psychiatry* 1992;160:76-82.
43. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Huschfeld RMA. The National Depressive and Manic-Depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord* 1994;31:281-94.

---

**Correspondência:**

Florence Kerr-Corrêa

Caixa Postal 540 Botucatu, SP

E-mail: fcorrea@fmb.unesp.br

---