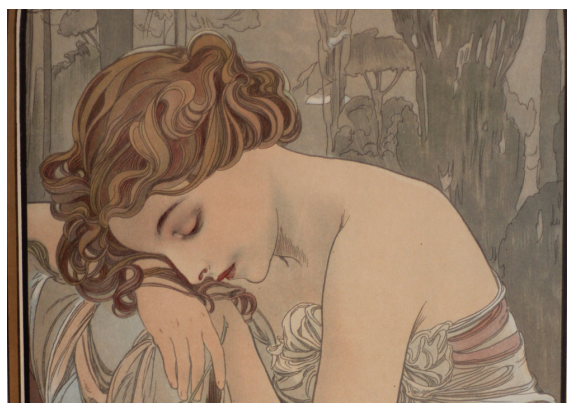
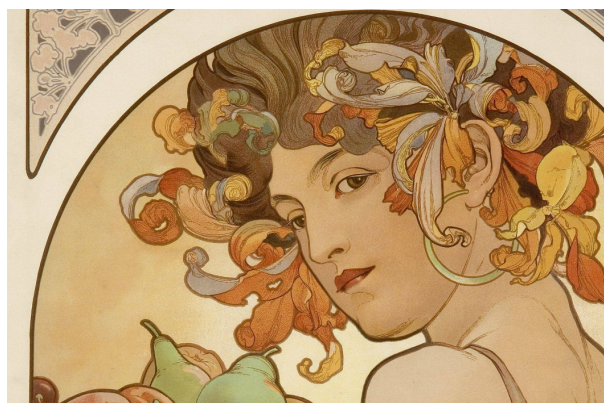


Transtorno Afetivo Bipolar



Quadro de Alphonse Mucha fotografado em Praga por Oyvind Holmstad.



Fruta, de Alphonse Mucha, 1897.

Protocolo de Acolhimento

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para o acolhimento de problemas de saúde vinculados ao transtorno afetivo bipolar.

Sistema Único de Saúde
Estado de Santa Catarina, 2015.



1. A inclusão na linha de cuidado

A equipe de atenção primária tem um papel fundamental na identificação de casos que possam representar transtornos afetivos bipolares e integrá-los a uma linha de cuidado em saúde mental. Como a atenção primária é a organizadora do sistema, cabe a ela saber onde um usuário de sua área de adscrição está sendo tratado. Seu contato com ele e seu apoio poderá melhorar grandemente sua qualidade de vida. O maior problema no tratamento dos transtornos afetivos bipolares, que se manifestam ciclicamente, com períodos sintomáticos e períodos de acalmia, é o abandono do tratamento, quando sintomas desaparecem. A atenção primária, através de visitas domiciliares, pode trabalhar no resgate dos desistentes.

As linhas de cuidado constituem-se em modelos matriciais de organização da atenção à saúde que visam a integralidade do cuidado e conjugam ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna e responsável dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica em todos níveis da atenção, como também uma visão global das condições de vida.

O atendimento pode se dar em qualquer ponto do sistema de saúde: no SAMU, no pronto-socorro do hospital, na UPA, na unidade básica, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e assim por diante. O interessante é que o usuário, após ter seu quadro clínico estabilizado num CAPS, possa ser acompanhado pela equipe de saúde da família. A equipe, idealmente, poderia esclarecer possíveis dúvidas, com os especialistas que lhe dão apoio matricial em saúde mental.

Independentemente do ponto em que o cidadão for atendido, os profissionais de saúde deverão avaliar qual o grau de severidade de seus sintomas atuais, como está sua capacidade de funcionamento, seu grau de insight, se há sintomas de psicose ou não, se há riscos financeiro (por prodigalidade e esbanjo) e riscos de agressão a terceiros (por exagero da autoconfiança ou por delírio de grandeza ou persecutório). Deverão avaliar, também, a natureza e a intensidade do suporte familiar e do potencial de suporte social a ser utilizado. A partir daí os profissionais de saúde poderão avaliar o quanto o paciente está capacitado para combinar com eles as formas de manter um tratamento, se sua capacidade de julgamento e crítica lhe permite fazer acordos e cumpri-los, se os impulsos podem ser controlados de forma socialmente aceitável. A partir daí a equipe já poderá definir se o tratamento compreenderá, no momento, medicação ou não, se ela será oral ou injetável, e se será voluntário ou involuntário. A noção geográfica da rede municipal e regional precisa ser conhecida pelos profissionais, pois eles deverão saber para onde se pode encaminhar o paciente, em caso de o serviço precisar enviá-lo a uma referência sequencial.

Para o tratamento sequencial da bipolaridade, propõe-se uma aliança terapêutica, incluindo a equipe de saúde, os membros da família e o paciente, com o propósito de promover a participação ativa e adesão do paciente a seu tratamento¹. É importante que cada membro do sistema de sustentação do paciente – e ele mesmo – ocupe uma posição de responsabilidade para contribuir no tratamento e garantir a adesão.

¹ Trata-se do modelo participativo preconizado na PUC de Campinas. Vide: BALLONE, G.J. Tratamento do Transtorno Bipolar do Humor. **PsiquWeb**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=267>>.

Reuniões da equipe de saúde com o paciente, seus familiares e outras pessoas importantes em sua vida podem definir os papéis de cada um, melhorar a tolerância aos sintomas, aprimorar a capacidade de entender a doença e de detectar sinais de melhora e de piora. O uso da medicação deve ser discutido nestas condições. Em CAPS se pode montar, também, grupos de pessoas que usam lítio.

2. Recomendações gerais aos profissionais de saúde atendendo transtornos bipolares

O transtorno afetivo bipolar é um problema clínico comum, que pode ser eficazmente tratados com uma combinação de medicamentos e de intervenções psicossociais. Contudo, é comum que pessoas com transtorno bipolar descumpram os tratamentos recomendados e com elas combinados nas unidades de saúde, ou mesmo os abandonem. Logo, diversos fatores devem ser levados em conta na elaboração de um plano terapêutico individual para um usuário bipolar.

Algumas recomendações tradicionais e exemplares, constantes em protocolos reconhecidos mantêm sua utilidade. Buscamos adaptá-las às condições brasileiras:

Recomendação 1:

A equipe deve fazer uma cuidadosa avaliação e, se necessário, reavaliações frequentes e sequenciais do caso.

Ao se deparar com uma suspeita de transtorno bipolar, o retorno do usuário deve ser agendado para breve. Sem se saber, ainda, qual o padrão da ciclagem, não se sabe se o episódio vai remitir rapidamente, se ele vai se agravar, ou se vai mudar de padrão. Para um caso novo, vivenciando crise de humor (maníaca, hipomaníaca, depressiva ou mista), é aconselhável que a equipe de saúde tenha contato assíduo com o usuário. Sua ida diária ao CAPS, ou a visita de um membro da equipe de saúde à sua casa, pode ser de grande valia. Seria bom se o médico pudesse reexaminá-lo pelo menos uma semana após a primeira consulta, pois a sintomatologia pode mudar rapidamente. Somente os casos já conhecidos, bem estudados, podem ter agendamentos espaçados. Somente usuários de longo tempo, que tenham um bom entendimento da doença, com os sintomas sob controle, assintomáticos, podem fazer consultas espaçadas e eventuais.

Enquanto a equipe de saúde ainda não conhece bem o usuário e seu padrão de variação do humor, pode pedir a ele ou a familiar íntimo, que anote os fatos mais chamativos e as variações importantes do humor em um diário. O uso de um “diário de humor” simples e claro pode ser valioso para esclarecer a sequência temporal dos sintomas.

A reavaliação diagnóstica é extremamente importante (1) para as pessoas nas quais o tratamento foi parcialmente eficaz e (2) para as pessoas que apresentam recaída dos sintomas.

Há recomendações úteis para os casos de recaída ou quando houve pouca ou nenhuma melhora após o tratamento inicial:

1. Reavaliar o diagnóstico, com atenção ao perfil dos sintomas, a sintomas atípicos, à história familiar, a doença comórbidas (tais como psicose não tratada, abuso de substâncias ou outras doenças orgânicas).
2. Avaliar se há problemas no vínculo terapêutico ou na adesão ao tratamento medicamentoso.

3. Avaliar traços de personalidade, assim como a presença de estressores atuais e de fatores psicossociais e familiares que estejam influenciando sobre a conduta e o humor, ou estejam prejudicando a adesão ao tratamento. Alguns usuários apresentam traços constitucionais de personalidade, com componentes narcísicos, que dificultam o seguimento da terapia e a montagem de um vínculo terapêutico.
- 4 . Avaliar a dosagem da medicação, avaliar se o tempo de uso da medicação foi o adequado e considerar medir as concentrações séricas do medicamento. Lembrar que algumas pessoas precisam ingerir doses maiores de lítio para chegar à janela terapêutica.
- 5 . Considerar a obtenção de informações sobre quais tratamentos foram eficazes para familiares porventura portadores de quadros bipolares.
6. Avaliar fatores de confusão, como a perda de resposta a alguma medicação e potenciais efeitos de drogas prescritas por outros médicos. Avaliar possíveis interações medicamentosas entre drogas usadas.
7. Se possível, quando persistem dúvidas diagnósticas, deve-se solicitar supervisão, matriciamento ou consulta de ligação com especialista experiente.
8. Entender efeitos culturais sobre as relações que os usuários montam com os serviços e com as práticas clínicas. Muitas vezes questões religiosas podem influir, positiva ou negativamente sobre o tratamento. Preconceitos precisam ser trabalhados, eventualmente. O uso de ervas medicinais deve ser avaliado quanto a possíveis interações farmacológicas (o *Hipericum perforatum* ou erva de São João, por exemplo, interage com tricíclicos, inibidores seletivos de recaptação da serotonina, ciclosporina, dextrometorfano, digoxina, loratadina, cetirizina, fexofenadina, methotrexate, anti-retrovirais, triptanos, antifúngicos, estatinas, anticonvulsivantes, tranquilizantes menores, etc.. A valeriana interage com anticonvulsivantes, tranquilizantes menores, tricíclicos, anti-histamínicos, estatinas, antifúngicos, etc.).

Uma história familiar de transtorno bipolar é preditora de aumento de probabilidade para quem apresentar variações bifásicas de humor inicialmente manifestadas na forma de depressão grave. Em crianças, adolescentes ou adultos jovens, a presença de depressão psicótica ou de episódios recorrentes de depressão atípica ou de depressão com características obsessivo-compulsivas levanta forte suspeita de futuro aparecimento de bipolaridade.

O clínico deve planejar intervenções que tenham um menor risco de mudar o paciente da depressão para a mania. Deve buscar diminuir as tendências à ciclagem rápida e amenizar as manifestações de estados mistos e de sintomas psicóticos.

Recomendação 2:

Estabelecer um bom vínculo de tratamento, entre a equipe e o usuário, envolvendo, se possível, sua família.

O vínculo poderá depender de atitudes pedagógicas e psicoterápicas. Considerando que a farmacoterapia racional é eficaz e ocupa um lugar central na gestão de transtorno bipolar. Contudo, ela depende do estabelecimento de uma aliança terapêutica de qualidade, com a equipe do serviço. Muitos usuários, ao sentirem que os sintomas estão remitidos, decidem abandonar o tratamento, pensando não mais necessitar dele. Somente reaparecem no serviço de saúde quando estão entrando em novo episódio bipolar. Personalidades histriônicas complexas, paranóides e emocionalmente instáveis (bordelines e explosivas), quando agravadas por traços narcísicos intensos, podem dificultar a sequência do tratamento.

Uma compreensão do paciente, de sua família e dos amigos, sobre a doença facilita o desenvolvimento de estratégias específicas de apoio, de monitoramento e de intervenções. Inculcando esperança na possibilidade de controle dos sintomas e da prevenção de novas recaídas, a equipe pode ajudar o paciente e a família a entender a característica recorrente (cíclica) e a natureza flutuante da doença. A gestão eficaz e empática de sentimentos de negação, culpa, auto-culpa e hostilidade, num ambiente de psicoeducação adequada, pode melhorar o potencial de uma aliança terapêutica saudável e facilitar o desenvolvimento de um plano terapêutico individualizado e colaborativo, melhorando a adesão. Se o paciente fizer uma adesão ótima ao tratamento o risco de recaída e de complicações (incluindo o aumento da morbidade e mortalidade) diminui. Muitos pacientes costumam usar a negação ou a minimização dos problemas decorrentes da bipolaridade. Um número significativo de pacientes reluta em abandonar os aspectos prazerosos dos episódios maníacos e hipomaniacos (o aumento do desejo e da energia, o excesso de auto-confiança e a falsa sensação de tudo poder, pela diminuição da capacidade de julgamento). Muitos optam por boicotar o tratamento ao temer uma redução sua inflada produtividade e criatividade, ou ao perceber hipomania e mania como um contraponto eficaz para o sentimento desesperançoso e melancólico outrora sentido. Os efeitos adversos, os planos de gravidez, os riscos teratogênicos, as opiniões negativas sobre medicamentos no paciente, família, amigos e profissionais de saúde também afetam a adesão ao tratamento.

Um ingrediente essencial da aliança terapêutica é a criação de um ambiente em que o indivíduo pode sentir-se livre para discutir vários aspectos da sua doença, incluindo a satisfação ou insatisfação com medicamentos. Ignorar os regimes de farmacoterapia recomendados, sem discutí-los com a equipe de saúde, resulta em exacerbação da doença.

Há necessidade de estabelecer ritmos sociais e biológicos saudáveis, desde o início do tratamento. A privação ou a diminuição do sono pode provocar ou agravar a hipomania e a mania. O abuso de substâncias psicoativas pode induzir, agravar e manter um transtorno de humor, em pessoas predispostas. Ter padrões saudáveis de sono, alimentação, interação social, atividade física e envolvimento social e num trabalho compensador são fatores significativamente benéficos e protetores.

Apesar de o transtorno bipolar não ser uma doença curável, ele geralmente pode ser gerido de forma eficaz, com uma combinação de intervenções psicoeducacionais, farmacoterapêuticas, psicoterapêuticas e sociais. A prevenção de recorrências e recaídas merece grande atenção. Estas recidivas podem ter um efeito cumulativo, deteriorando as respostas ao tratamento. O diagnóstico precoce e o tratamento ideal, portanto, podem melhorar significativamente as chances de remissão e propiciar melhor qualidade de vida.

Recomendação 3:

Apoio, psicoeducação e psicoterapia para pacientes e familiares quando necessário

É útil ajudar o usuário e sua família a identificar uma rede de apoio, constituída por pessoas dispostas que, de uma forma prática e sem estigmatização, envolvam-se quando procuradas. Os planos a serem feitos com tais apoiadores devem inculcar esperança e serem voltados a metas realistas e atingíveis. Alguns usuários necessitam de assistência ativa para manter e não comprometer os relacionamentos-chave, o emprego e a situação financeira durante a crise afetiva. A equipe de saúde pode ajudar o usuário e sua rede de apoio na identificação dos sinais de alerta precoce de transtorno afetivo iminente (por exemplo, distúrbios do sono, mudanças nos padrões de uso de álcool, problemas de relacionamento interpessoal, de comportamento acadêmico ou de trabalho disfuncional). Tais temas devem ser

abordados no projeto terapêutico individual.

A psicoeducação pode ser considerada uma modalidade de intervenção que visa propiciar melhores condições de entendimento e compreensão da patologia, bem como salientar e potencializar os aspectos positivos do paciente².

Dependendo do caso, a psicoeducação pode incluir todos ou alguns dos seguintes tópicos:

- 1) Reconhecimento e aceitação da doença.
- 2) Identificação dos gatilhos para a recaída e os primeiros sinais de problemas.
- 3) Padronização rotinas diárias.
- 4) Estratégias para lidar com os amigos e a família e minimização de estressores.
- 5) Aprender a lidar melhor com as mudanças de humor.
- 6) Entendimento da necessidade do uso da medicação e de como seguir a prescrição corretamente.
- 7) Os riscos potenciais do uso de substâncias psicoativas, os problemas relacionados às drogas ilícitas e à automedicação.
- 8) Informações sobre grupos de auto-ajuda para problemas específicos, se houverem (por exemplo, a frequência a grupo de Alcoólicos Anônimos para dependentes de bebidas alcoólicas é interessantíssimo).
- 9) Planejamento familiar.
- 10) Riscos relativos a doenças sexualmente transmissíveis.
- 11) Informações sobre recursos e eventuais encaminhamentos para serviços de apoio, tais como CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), serviços previdenciários (INSS), comunidades terapêuticas para dependentes químicos, centros de reforço escolar, serviços de aperfeiçoamento profissional (SESI, SENAI), por exemplo.
- 12) Devem ser feitos esforços para fazer psicoeducação compreensível, dada a linguagem do indivíduo, sua origem, cultura e nível de leitura.

O artigo seminal de Colom e Vieta³ propõe um programa psicoeducacional de 12 sessões, nascido em Barcelona, para pacientes bipolares e seus familiares, com os seguintes pontos:

- 1) Informação sobre os altos índices de recorrência associados à doença e à sua condição crônica;
- 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;

² FIGUEIREDO, Ângela Leggerini et al. O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, Campinas-SP, 2009, Vol. XI, nº 1, 15-24. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/download/412/306>>.

³ COLOM, Francesc; VIETA, Eduard. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, supl. 3, Oct. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000700011&lng=en&nrm=iso>.

- 12) Lidar com o estigma e outros problemas sociais relacionados à doença que os pacientes bipolares não podem discutir facilmente com seus amigos "saudáveis".

A qualidade das evidências científica favoráveis à psicoeducação têm bom suporte (há pelo menos um estudo randomizado controlado, feito no Canadá⁴).

Várias abordagens psicoterapêuticas coadjuvantes têm sido utilizados com pacientes bipolares como hipotéticos mecanismos de mudança. As principais modalidades psicoterapêuticas que podem ser úteis para alguns pacientes são a terapia de grupo, a terapia cognitivo-comportamental, a terapia familiar sistêmica e a terapia psicodinâmica (psicanaliticamente orientada).

A recomendação de incluir uma dimensão psicoterápica e psicossocial do cuidado de pessoas bipolares é baseado em um forte consenso clínico sobre a existência de suporte preliminar para psicoterapia e para outras intervenções psicossociais. Empiricamente sabe-se do efeito das psicoterapias, contudo há problemas metodológicos para montar pesquisas comparativas (envolvendo grande número de sujeitos, capazes de afeirir, com rigor e objetividade, seus efeitos) e comparar sua validade. A prática clínica dos Centros de Atenção Psicossociais, muitas vezes, envolve uma síntese de abordagens adaptadas às necessidades e preferências do paciente, bem como aos recursos dos terapeutas.

Intervenções psicoterápicas podem melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso, especialmente ao lítio, reduzir a recaída, aprimorar a comunicação familiar melhorar o resultado global da abordagem. A terapia focada na família pode ajudar a apressar a recuperação e manter o sujeito em remissão por mais tempo⁵. Por várias razões práticas é difícil montar um cenário para exercer terapia familiar regular. Mesmo assim, os membros da família podem e devem ser parceiros integrais no processo de reabilitação através de envolvimento e de contato regular. Há um amplo espectro de envolvimento que a família pode ter no plano de tratamento. Os planos de tratamento podem refletir a singularidade de cada sistema familiar.

Iniciativas na área da reabilitação, supervisionadas por terapeutas ocupacionais, podem ser utilizadas quando a pessoa demonstra déficits funcionais capazes de interferir significativamente no desempenho de responsabilidades cotidianas, de funções e de interesses. Essas áreas incluem as atividades da vida diária (higiene, vestir, alimentação, medicação de rotina, manutenção da saúde, socialização, comunicação funcional, mobilidade funcional, resposta de emergência), trabalho e atividades produtivas (administração da casa, cuidar dos outros, oportunidades educacionais, as atividades de formação profissional), lazer (capacidade de experimentar e identificar interesses de lazer novos e pessoalmente gratificante e capacidade de envolver e aumentar os níveis de habilidade em atividades de lazer passados). Terapia ocupacional pode auxiliar pessoas para estabelecer rotinas diárias

⁴ PARIKH, S.V.; ZARETSKY, A.; BEAULIEU, S. et al. A randomized controlled trial of psychoeducation or cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) study. **J Clin Psychiatry**. 2012 Jun;73(6):803-10. doi: 10.4088/JCP.11m07343. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22795205>>. Também em: <<http://www.drthimothylau.com/documents/CBT%20vs%20psychoed%20in%20bipolar%20JCP%202012.pdf>>.

⁵ MIKLOWITZ, D.J. et al. Early psychosocial intervention for youth at risk for bipolar I or II disorder: a one-year treatment development trial. **Bipolar Disord**. 2011;13(1):67-75. Disponível em: <<http://www.jaacap.com/article/S0890-8567%2812%2900775-7/abstract>>.

MIKLOWITZ, D.J.; OTTO, M.W.; FRANK, E. et al. Psychosocial Treatments for Bipolar Depression: A 1-Year Randomized Trial From the Systematic Treatment Enhancement Program. **Arch Gen Psychiatry**. 2007;64(4):419-426. doi:10.1001/archpsyc.64.4.419. Disponível em: <<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210013>>.

saudáveis e equilibrar as funções e responsabilidades, a aumentar habilidades vocacionais funcionais e melhorar os comportamentos de trabalho necessário para encontrar, obter e manter um emprego remunerado.

A manutenção de uma aliança entre o paciente, a família e a equipe de saúde deve ser um objetivo principal em todas as fases do tratamento. Ela se baseia nos princípios de terapia de apoio sempre que o paciente esteja mais gravemente doente, em especial nos quadros depressivos. Durante a fase maníaca as psicoterapias formais não têm demonstrado utilidade. Porém, algumas técnicas psicoterapêuticas, como a construção de vínculos e de alianças, a discussão e o estabelecimento de limites, a adoção de medidas de suporte, a redução dos estímulos e o uso de técnicas comportamentais pontuais mostram-se de grande utilidade.

Recomendação 4:

O profissional de saúde deve valorizar o uso dos protocolos, diretrizes e linhas guias.

Após o protocolo da Texas Implementation of Medication Algorithms Project, de 2005, várias diretrizes de tratamento baseadas em evidências para o transtorno bipolar foram publicadas a partir de 2009: as do projeto australiano, as da British Association for Psychopharmacology e as produzidas pela International Society for Bipolar Disorders and the Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT).

Uma das mais completas pesquisas atuais sobre as diretrizes baseadas em evidências, hoje em vigor no mundo, para diagnóstico e tratamento de adultos com transtorno bipolar, é a de Connolly e Thase (2011)⁶. Mesmo após passada a fase aguda, a farmacoterapia deve ser continuada, sob monitoramento. A psicoeducação individual ou em grupo, para prevenir recaídas e melhorar a adesão ao tratamento, deve ser oferecida.

Apesar das dificuldades da empreitada de construção e aplicação de diretrizes, algumas delas temperadas por uma carência de realismo, as linhas guia têm se mostrado indispensáveis ao bom desempenho dos sistemas de saúde do século XXI⁷.

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis organizou uma primeira linha guia municipal para a saúde mental⁸, no Sistema Único de Saúde, em Santa Catarina, em 2010, tornada referência histórica no Estado, e referência inicial para o conjunto de protocolos da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Santa Catarina.

⁶ Esta pesquisa utilizou o banco de dados do National Guideline Clearinghouse, a base de dados da Agency for Healthcare Research and Quality Evidence Reports e a Cochrane Database of Systematic Reviews. Adicionalmente envolveu a consulta ao banco de dados PubMed e pesquisas de sites de fabricantes de drogas para os ensaios não publicados, identificando estudos controlados e randomizados e metanálises de avaliação de estratégias para tratar a depressão resistente. Selecionou dados de ensaios clínicos randomizados, metanálises e ensaios naturalistas bem conduzidos publicados desde 2005. Vide: CONNOLLY, Kevin R.; THASE, Michael E.. The Clinical Management of Bipolar Disorder: A review of evidence-based guidelines. **Prim Care Companion CNS Disord.** 2011; 13(4): PCC.10r01097. doi: 10.4088/PCC.10r01097. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3219517/>>.

⁷ VIETA, E.; MURRU, A.; ROSSI, A. Treatment guidelines for bipolar disorder: a bit unrealistic, but indispensable. **Giorn Ital Psicopat** 2010;16:380-388. Disponível em: <<http://www.gipsicopatol.it/issues/2010/vol16-4/07Vieta.pdf>>.

⁸ FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental.** Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde. Tubarão: Ed. Copiart, 2010. Disponível em: <http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>.