

FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

Dissertação de Mestrado:

ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTIGMA E FUNCIONALIDADE
EM UMA AMOSTRA DE PACIENTES COM TRANSTORNO
BIPOLAR

Autora: Emi da Silva Thomé

Orientador: Flávio Pereira Kapczinski

Novembro de 2010

FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

Dissertação de Mestrado:

ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTIGMA E FUNCIONALIDADE
EM UMA AMOSTRA DE PACIENTES COM TRANSTORNO
BIPOLAR

Emi da Silva Thomé

*Dissertação apresentada no Programa de
Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas,
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
para a obtenção do título de Mestre em
Ciências Médicas*

Mestrado

2010

Agradecimentos

“E que a minha loucura seja perdoada
Porque metade de mim é amor
E a outra metade também.”
Oswaldo Montenegro

Ao Flávio Kapczinski por ter me aceito e acolhido em seu grupo tão prontamente. Por ter me ensinado que é possível, sim, conciliar minhas tendências humanitárias à ciência.

Keila Ceresér. É o centro da engrenagem, a própria ordem do caos, agradeço-lhe infinitamente por seu otimismo e paciência, que me conduziu de volta ao eixo em tantas ocasiões. Ao Marcello Mascarenhas, pessoa tão iluminada e cheia de inebriante alegria, obrigada por seu apoio. Sou também grata ao Lourenço Jakobson, dono de uma serenidade e competência sem precedentes. Obrigada também à Fabiane Moraes Migliavacca e ao Wagner Antônio Potter que auxiliaram nas coletas de dados com agilidade.

Aos meus familiares, sem exceção que apesar da distância geográfica estão tão presentes e próximos em cada um dos meus longos dias e nas mais diversas situações. Agradeço a vocês por serem parte da minha vida, por saber também que tenho com quem contar. Aos meus amigos de Porto Alegre (Nether, Ilka, Rejane, Liz, Ed, Alessandro, Michele, Débora), perdoem-me se esqueci algum nome, que me acolheram e tornam minha vida mais fértil e terna. Meus colegas de trabalho (Emília, Elsira, Carmem, Rosane) e todos que me agüentam nestes doze anos de instituição. Obrigada! Meus filhos Emmanuel e Gabriel que são a razão mais importante de tentar ser uma pessoa melhor a cada dia, meus amores, obrigada por terem povoado tão bem minha existência.

Resumo

O Transtorno Bipolar (TB) é uma doença crônica, caracterizada pela alternância de episódios de mania ou de episódios de mania e depressão. Como transtorno psiquiátrico, o TB repercute na vida do indivíduo nos aspectos social, laboral e familiar e traz consigo uma gama de preconceitos que se tornam entraves para a vida e o tratamento. Ao longo da vida, o portador de TB está sujeito a graves perdas nos aspectos funcionais. Estudos sugerem que a preocupação com estigma prediz maiores dificuldades na interação social. A fim de evitar a discriminação e a rejeição, pessoas com doença mental reduzem sua interação social a pessoas também estigmatizadas ou que os conheçam e aceitem, como por exemplo, familiares. Este trabalho trata da avaliação da associação entre a percepção do estigma e a funcionalidade em uma amostra de pacientes bipolares. Foram coletados os dados de 60 pacientes bipolares do tipo I ou tipo II, em acompanhamento no programa de tratamento do transtorno de humor bipolar (PROTAHBI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre a fim de verificar a percepção do estigma por parte dos pacientes, corrigindo por escores de funcionalidade, sintomas depressivos e sintomas de euforia. Foram aplicadas quatro escalas de avaliação (inventário de avaliação do estigma e discriminação social, FAST-funcionalidade nos domínios de autonomia, laboral, cognição, finanças, interação social e lazer-Hamilton -para sintomas depressivos -e YMRS- para sintomas maníacos). O objetivo primordial da avaliação é prestar atenção mais individualizada aos pacientes com TB, considerando suas crenças e percepções e a forma como estas dificultam o retorno do paciente a um modo de vida mais saudável.

Sumário

Introdução: Revisão Bibliográfica	6
Objetivos	15
Bibliografia	16
Artigo	21
Considerações Finais	51
Anexos	53

Introdução: Revisão Bibliográfica

O Transtorno Bipolar (TB), classicamente conhecido como psicose-maníaco-depressiva, é uma doença crônica, com elevados índices de recorrências, que acarreta um alto grau de incapacidade¹.

Segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders², em sua 4ª edição (DSM- IV), divide-se em:

- Transtorno Bipolar do tipo I - quando o paciente apresenta ao menos um episódio maníaco, hipomaníaco ou ainda episódios mistos;
- Transtorno Bipolar do tipo II - quando o paciente apresenta um ou mais episódios depressivos acompanhados por ao menos um episódio hipomaníaco;
- Ciclotimia - presença de numerosos períodos de sintomas hipomaníacos e sintomas depressivos.

O TB é um transtorno com múltiplas faces, cujo diagnóstico é realizado de modo tortuoso³ havendo uma lacuna de até dez anos entre o início dos sintomas e o diagnóstico preciso. Há uma dificuldade em compreender as alterações no comportamento como sintomas, grande parte dos pacientes somente procura atendimento quando com sintomas depressivos, acarretando um diagnóstico de depressão unipolar. Além disto, os pacientes evitam buscar atendimento especializado por preocupação com o preconceito a que estarão sujeitos⁴.

O Transtorno Bipolar é uma doença comum, com prevalência entre 0,5 e 2,4% da população adulta, atingindo igualmente homens e mulheres, com comorbidade de abuso de álcool e drogas e transtorno de ansiedade em aproximadamente 50% dos pacientes. A idade de início dos sintomas situa-se mais comumente entre os 17 e os 21 anos, resultando em um impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo. Segundo a Organização Mundial de Saúde em 1990 o TB é a sexta doença a causar perda de habilidades e dificuldade de ajustamento em pessoas entre 15 e 44 anos. Comparadas com pessoas saudáveis, indivíduos com TB apresentam maior dificuldade no desempenho profissional, nas atividades de lazer, assim como prejuízos na interação social e familiar⁵⁻⁷. Estudo de revisão sistemática⁴ sobre o impacto do TB na população trabalhadora encontrou 17 artigos que tratavam do assunto e concluiu que o TB possui em ambientes de trabalho uma carga alta de prejuízos, relacionados aos custos diretos (tratamentos) e custos indiretos (absenteísmos, perda de produtividade) havendo uma necessidade de programas nas empresas que auxiliem os pacientes a lidar com seus sintomas, pois os portadores de TB podem ser muito criativos, trazendo energia e paixão aos ambientes de trabalho.

Acredita-se que o TB tenha influência genética, já que 50% dos pacientes bipolares possuem história familiar da doença, algumas vezes por gerações consecutivas. Estudos com gêmeos monozigóticos confirmam esta prevalência, mesmo assim, herda-se a possibilidade da doença, mas não o TB; no entanto o TB é uma doença multicausal⁵.

O TB ainda está relacionado com um aumento no risco para o suicídio. Estima-se que indivíduos com a doença tentam suicídio 15 a 20 vezes mais que a população em geral. Em torno de 25-50% dos bipolares tentam suicídio ao menos uma vez durante a vida⁸.

Além dos desafios genético e ambiental a que o homem fica exposto ao longo do tempo e que trazem o envelhecimento e perdas nas funções biológicas, pacientes com TB experimentam uma sobrecarga, pois quando comparados com controles saudáveis, pareados por idade, nível de instrução e gênero, apresentam uma maior disfunção funcional. Embora não haja consenso, acredita-se que as origens desta disfunção se devem a vários fatores como um aumento da carga alostática, perda de massa cinzenta no hipocampo, desregulação fisiológica contínua decorrente da carga medicamentosa, disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, alteração na imunidade, marcadores inflamatórios e estresse oxidativo⁹. O efeito cumulativo destes danos afeta grandes áreas da vida dos pacientes, muitas vezes resultando em incapacidade e extrema dependência. O impacto negativo do TB sobre a vida do paciente é elevado em todos os países, não havendo diferenças transnacionais. A relação com membros da família parece ser gravemente afetada na maior parte dos casos e seriam interessantes intervenções psicoeducacionais envolvendo familiares do paciente¹⁰.

Diversos estudos demonstram que os pacientes com TB apresentam

uma significativa perda no funcionamento social, inclusive nos períodos de remissão da doença¹¹. Contrário ao pensamento inicial de que o paciente bipolar, entre as crises voltava ao padrão de funcionamento anterior, observa-se atualmente que a recuperação funcional ocorre em pequena parcela dos pacientes bipolares e que a cada novo episódio da doença há um retorno a um nível cada vez mais distante do estado anterior da doença ¹². Variáveis como sexo masculino, idade, solteiros, baixo nível socioeconômico, falta de suporte social, número de episódios prévios, longa duração da doença, crises mistas, psicose, abuso de substâncias, sintomas depressivos residuais têm sido apontados como preditores de piora global na funcionalidade¹¹.

A Functioning Assesment Short Test (FAST) tem demonstrado ser útil na mensuração da funcionalidade em pacientes com TB por ser clara, concisa, de fácil e rápida aplicação, além de avaliar seis áreas do funcionamento: autonomia, ocupação, cognição, relações interpessoais, finanças e lazer ^{11,12}.

No TB há uma causa endógena, mas interfere na vida do indivíduo de muitas formas. Pode ocorrer alteração de 25-30% no curso e prognóstico diante das situações cotidianas e do modo como o paciente lida com aqueles. Inúmeros eventos de vida relacionados ao estresse têm demonstrado influenciar o curso do TB¹³. A labilidade, as oscilações no humor, o comportamento, o temperamento, refletem-se nas vivências e interações do indivíduo. Frequentemente o juízo crítico prejudicado ora pela depressão, em que predominam conceitos negativos e autodepreciativos; ora pela euforia, na

qual há excesso de confiança e diminuição dos sentimentos de culpa e do senso de responsabilidade, dificultam a percepção da realidade e induzem a comportamentos inadequados. As crises acarretam perdas algumas vezes irreparáveis na vida, levando a uma deterioração global do indivíduo na medida em que a doença evolui ¹⁴. Todos estes fatores influem no modo como o paciente percebe a si mesmo, ao mundo e a sua doença. Em primeiro lugar vem a dificuldade em compreender e aceitar o diagnóstico, reconhecer suas atitudes e sentimentos como sintomas e assimilar que terá que fazer uso de medicação por longos períodos e muito provavelmente por toda a vida. Em segundo lugar, embora não menos importante, está o fato de além de ter que conviver com sua doença, suas instabilidades, tem ainda que lidar cotidianamente com o estigma relacionado às doenças mentais¹⁵. A natureza deste preconceito reside na convicção das pessoas em geral que os indivíduos com doença mental são perigosos, imprevisíveis e que são de algum modo responsáveis por sua condição¹⁵.

Situa-se entre 43 a 92% dos cuidadores de pessoas com problemas mentais que relatam sentirem-se estigmatizados¹⁶. O grau de estigmatização tem sido positivamente associado com a gravidade (magnitude) do transtorno psiquiátrico¹⁷. Pessoas com transtornos psiquiátricos se desvalorizam e receiam atitudes discriminatórias por parte da sociedade; eles antecipam a discriminação ou rejeição por parte das outras pessoas e desenvolvem estratégias de adaptação, como segredo sobre a doença ou isolamento social. Indivíduos diagnosticados com problemas psiquiátricos são socialmente

estigmatizados ou discriminados em vários âmbitos, como trabalho, escola, família e mesmo por profissionais da saúde mental. Muitas vezes os pacientes apresentam atitudes de irritação por receio de serem marginalizados em certos ambientes, evitando o contato social¹⁸. Além disso, a natureza e o estigma da doença mental podem provocar sentimentos de vergonha diante das pessoas¹⁹. Não é fácil para os pacientes bipolares lidarem com o estigma e outros problemas sociais relacionados com a doença e discutir com os seus amigos “saudáveis”. A desestigmatização e melhoria da percepção da doença são essenciais para executar com êxito um programa psicoeducativo¹.

Além de todas as outras faces da doença mental, o preconceito em relação ao paciente e à doença é muito difícil de erradicar, isto se deve provavelmente à relação que o homem tem com a loucura, ou o modo como a compreende, desde o início de sua existência. Durante séculos estudiosos, médicos, clero e público em geral atribuíam as desordens de comportamento a espíritos demoníacos, a falta de fibra moral, injustiça social. O próprio conceito “mente” se refere à doença da alma e não do corpo²⁰. Há atualmente uma preocupação maior com a questão do estigma em vários campos como psicologia, saúde pública, sociologia, psiquiatria, dentre outros. O termo estigma vem da antiga Grécia, era a denominação da marca atribuída a alguém que fosse considerado traidor ou que tivesse alguma desvalorização social, atualmente refere-se às minorias étnicas, gays e lésbicas, pessoas com deficiência física, indivíduos com AIDS ou outras condições crônicas, assim como as doenças mentais²⁰. Agora o termo estigma constitui-se de um termo

com maior conotação psicológica, referindo-se a uma maior tendência ao distanciamento e à limitação dos direitos dos estigmatizados, além da tendência destes a internalizar esta condição (*self-stigma*)²⁰. Irwin Goffman em *Stigma*^{21, 22} (1963) teoriza que para evitar a discriminação externa, o indivíduo com doença mental costuma voltar-se para as pessoas mais próximas ou mais parecidas, por anteciparem a rejeição distanciam-se de interações sociais. Corroborada em estudo de Perlick¹⁸ com amostra de 264 pacientes admitidos em internação psiquiátrica com diagnóstico de TB tipo I, tipo II e transtorno esquizoafetivo em episódio maníaco. Como predito, os indivíduos com maiores preocupações com estigma durante episódios agudos de mania, apresentaram em acompanhamento por sete meses, pobre interação social fora dos laços familiares e maior isolamento social. O estigma é um processo que abarca estereotipia: um rótulo que caracteriza os grupos desvalorizados, um exemplo disto é a noção de periculosidade dos doentes mentais; prejuízo: tonalidade afetiva negativa que freqüentemente emerge em relação aos estigmatizados; discriminação: redução dos direitos e das oportunidades de vida das minorias. A internalização dos estereótipos reduz a auto-estima e auto-eficácia, levando ao isolamento social e a redução do engajamento com os serviços de tratamento⁷.

Proudfoot⁶ em estudo sobre a experiência subjetiva de bipolares após receberem diagnóstico da doença, encontrou vários temas importantes, como ambivalência em relação ao uso de medicação, o impacto dos sintomas no cotidiano, o desafio de identificar sintomas prodrômicos e gatilhos de um

episódio, sensação de falta de identidade, incerteza sobre o futuro e finalmente o estigma. Houve maior número de relatos de percepção de estigma envolvendo familiares e amigos próximos, além de relatos de medo de perder amigos e suporte social ao contar ter a doença, ficando implícito que este fator contribui para o isolamento do bipolar.

A tendência à estigmatização e segregação é um mecanismo potente e inerente a todas as estruturas sociais e comunidades. É uma defesa construída sobre o preconceito, ignorância e o medo diante do diferente. Esta tendência no campo de saúde mental corrobora para a ruptura familiar, o empobrecimento de redes sociais, o desemprego, baixa adesão aos regimes terapêuticos, baixa auto-estima e o conseqüente deterioro cognitivo precoce dos pacientes²³.

O estigma está ainda relacionado com um decréscimo na qualidade de vida e no funcionamento social, este definido como “habilidade em estabelecer e manter relacionamentos com familiares e amigos assim como ser capaz de empreenderem-se em trabalho, atividades de lazer e do dia-a-dia”^{23,24}. Todo este processo repercute no cuidador do paciente tornando-o mais vulnerável a percepção do preconceito²⁵. Decorrente destes entre outros aspectos a questão do estigma deve ser vista pela sociedade e profissionais de saúde como prioridade em saúde pública²².

Apesar da existência de muitas pesquisas sobre a relação do estigma

com a doença mental e mais recentemente com o TB, não encontramos no Brasil estudos que verifiquem se há associação entre a percepção do estigma e o decréscimo funcional entre pacientes bipolares.

Objetivos

Objetivo primário

- Verificar a associação entre estigma e funcionalidade em uma amostra de pacientes com transtorno bipolar em estado de eutimia.

Objetivos secundários

- Verificar a associação entre estigma e os domínios da FAST;
- Verificar a influência de variáveis clínicas sobre a percepção do estigma.

Bibliografia

1. Colom F, Vieta E. 2004. Improving the outcome of bipolar disorder through non-pharmacological strategies: the role of psychoeducation. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 26(supl III): 47-50.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM IV-TR* 4. ed. Tradução para o português. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
3. Cacilhas AA, mensuração de funcionalidade em pacientes bipolares: avaliação das propriedades psicométricas da FAST (funcional assessment short TEST): versão em português.
4. Laxman, Kiran E., Lovibond, Kate S; Hassan Mariam K. Impact of Bipolar Disorder in Employed Populations. *The American Journal of Managed Care*. Vol 14, ano 11. November, 2008: 757-764.
5. Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, Parikh SV, Beaulieu S, O_Donovan C, *et al.* 2009. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disord* 11: 225–255.

6. Proudfoot GJ, Parker GB, Benoit M, Manicavasagar V, Smith M, MCrim AG. 2009. What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed bipolar disorder. *Health Expectations* 12 120–129
7. Michalak EE, Yatham LN, Maxwell V, Hale S, Lam RW. 2007. The impact of bipolar disorder upon work functioning: a qualitative analysis. *Bipolar Disord* 9: 126–143.
8. Belmaker RH. 2004. Bipolar disorder. *New England Journal of Medicine* 351 (5): 476-86.
9. Cacilhas AA, Magalhães PV, Walz JC, Ceresér KM, Weyne F, Rosa AR *et al* 2009. Bipolar disorder and age-related functional impairment. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 31(4):354-7
10. Huxley N, Baldessarini RJ. 2007. Disability and its treatment in bipolar disorder patients. *Bipolar Disorders* 9: 183–96.
11. Rosa AR, Reinares M, Franco C, Comes M, Torrent C, Sánchez-Moreno J *et al*. Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. *Bipolar Disorders* 2009; 11: 401–409.

12. Cacilhas AA, Magalhães PV, Walz JC, Ceresér KM, Weyne F, Rosa AR *et al* 2009.. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Value in Health* 12(4): 624-627
13. Machado-Vieira R; Santin A; Soares Jair C. 2004. O papel da equipe multidisciplinar no manejo do paciente bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 26 (supl.3): 51-53.
14. Juruena MF. 2001. Terapia Cognitiva: abordagem para o Transtorno Afetivo Bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica* 28 (6): 322-330.
15. Wolkenstein L; Meyer DT. 2010. What factors influence attitudes towards people with current depression and current mania? *International Journal of Social Psychiatry*, January 18.
16. Struening EL, Perlick DA, Link BG, Hellman F, Herman D, Sirey JA. 2001. Stigma as a barrier to recovery: the extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatric Services* 52: 1633-38.
17. Farina A, 1981. Are women nicer people than men? Sex and the stigma of mental disorders. *Clinical Psychology Review* 1: 223-43.
18. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Sirey JA, Salah J, Struening EL, *et al*. 2001. Stigma as a barrier to recovery adverse effects of perceived stigma on

social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services* 52(12): 1627-32.

19. Bandeira M, Barroso SM. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. 2005. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 54(1): 34-46.

20. Hinshaw SP; Stier A. 2008. Stigma as Related to mental disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 4:367-93.

21. Goffman E, apud Perlick DA, ET AL. Adverse Effects of Perceived Stigma on Social Adaptation of persons diagnosed whit bipolar disorder. *Psychiatric Services- December 2001. vol 52 N° 12. 1627-32. New Haven.*

22. Goffman, E. Stigma- notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. LTC. Rio de Janeiro, 1988.

23. Elgie R, Moeselli PL. 2007. Social and functioning in bipolar patients: the perception and perspective of patients, relatives and advocacy organizations – a review. *Bipolar Disorders* 9: 144-47.

24. Alonso J, Buron A, Rojas-Faneras S, de Graaf R, Haro JM, Gerolaino G, *et al.* 2009. Perceived stigma among individuals with comon mental disorders. *Journal of Affective Disorders* 118(1-3): 180-6.

25. Perlick DA, Miklowitz DJ, Link BG, Struening EL, Kaczynski R, Gonzalez J, Rosenheck *et al.* 2007. Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry* 190: 535-36.

Artigo submetido à Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul

Stigma experiences in bipolar patients: the impact upon overall and specific areas of functioning.

Emi da Silva Thomé¹, Aroldo Ayub Dargél², Fabiana Morais Migliavacca³, Wagner Antônio Potter³, Daniel Martins Costa Jappur³, Keila Maria Mendes Ceresér⁴, Flávio Kapczinski⁵

¹Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

²Médico, Aluno de Doutorado do Programa de Pós-Graduação Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

³Aluno de Graduação de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

⁴Farmacêutica, PhD, Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

⁵Psiquiatra, Professor do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Correspondência:

Emi da Silva Thomé, Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Laboratório de Psiquiatria Molecular. Rua Ramiro Barcelos, 2350, Centro de Pesquisa Experimental, CEP 90035-903, Porto Alegre, RS. Tel. : (51)3359-8845. e-mail: taquemi222@yahoo.com.br

Não há conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Todos os pacientes concordaram em participar do estudo, mediante a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo CEP-HCPA.

Declaração de transferência de direitos autorais: Os autores concordam que, em caso de aceite do artigo, os direitos autorais a ele referentes, se tornarão propriedade exclusiva da Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada.

Este artigo faz parte da Dissertação de Mestrado em Medicina: Ciências Médicas, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, da autora Emi da Silva Thomé.

Este artigo contém 2954 palavras.

Artigo original.

Última revisão bibliográfica realizada em 01/08/2010.

Abstract

Objectives: We aim to investigate whether the stigma-related experiences and impact were associated with functional impairment in a bipolar euthymic sample. Methods: Sixty consecutively recruited bipolar outpatients were assessed by SCID-I for DSM-IV and a standard protocol in order to evaluate socio-demographic and clinical features. The Stigma Experiences Scale (SES) was used to assess the frequency of stigma experienced; the Stigma Impact Scale (SIS) to evaluate the intensity of psychosocial impact of stigma. The Functioning Assessment Short Test (FAST) was used to assess multiple areas of functioning. Correlation analysis was conducted to determine association between stigma and functioning.

Results: Age at onset of treatment and depressive symptoms were associated with poor overall functioning ($r_s = 0.300$, $p < 0.05$; $r_s = 0.492$, $p < 0.01$). BD patients with higher HAM-D scores showed a worse functioning in all the FAST domains. Association between age at onset of treatment, age at diagnosis, and cognitive functioning was encountered ($r_s = 0.340$, $p < 0.01$; $r_s = 0.262$, $p < 0.05$). There was a robust association between SES and SIS ($r_s = 0.744$, $p < 0.001$). SIS and SES were associated with HAM-D ($r_s = 0.469$, $p < 0.001$; $r_s = 0.303$, $p = 0.021$) respectively; FAST total ($r_s = 0.486$, $p < 0.001$; $r_s = 0.540$, $p < 0.001$) respectively.

Conclusions: Our findings suggest that stigma-related impact and experiences are associated significantly with functioning impairment in bipolar patients. Further longitudinal studies are needed to confirm our results and try to explain these relations. **Keywords: stigma, bipolar, functioning**

Introduction

Bipolar disorder (BD) is a chronic condition characterized by intermittent periods of both mania/hypomania and depression. Bipolar disorder represents a major public health concern, with an estimated 0.3-1.5% of the population experiencing BD type I¹, and up to 8% experiencing bipolar spectrum disorders². It has been rated the sixth leading cause of disability in the world today^{3,4} and individuals with the disorder are four times more disabled than the general population^{5,6}. Currently, it is thought that 3.5% to 6% of the population suffers from BD^{7, 8}. Bipolar Disorder can be difficult to detect, because of its varied and often subtle presentation⁹ and while onset is typically in adolescence and young adulthood, accurate diagnosis can take 10-20 years¹⁰. Of those with BD, only 30% are correctly diagnosed on first presentation¹¹. In addition, misdiagnosis is not only common but also occurs repeatedly^{12, 13}. It is also accepted that BD is a recurrent illness in the case of 90% of all affected patients¹⁴, with 40% of patients relapsing within 1 year, 60% relapsing over 2 years and 73% over 5 years¹⁰. Between 25% and 50% of all such patients attempt suicide, 15% of who are successful^{15, 16}. The suicide rate is the highest of all psychiatric conditions¹⁰. Somewhat is know about the concerns patients face after receiving a diagnosis of bipolar disorder and how these issues impact on their ability and willingness to work with their health professionals to find an optimal treatment regimen and to set up effective self-management strategies to control the condition¹⁷. For reasons not completely understood a significant amount of these patients deny their illness, thereby delaying the take-up of effective treatments. A reason include patients having suffered many years of

incorrect diagnoses and treatments with associated disability and distress, resulting in negative emotional reactions, discrimination and status loss. Avoidance to seek professional help¹⁸, for some, may be because of the stigma associated with BD¹⁹.

Modern conceptualizations of stigma usually begin with the observance of a mark (or stigma) that is used by members of the public to separate those with a mental illness (“them”) from all others (“us”). Stigma may result in a person experiencing rejection and feeling shame about their condition. This situation can lead to social isolation²⁰. In the case of mental illness, stigma could be visible or invisible, such as diagnostic label, signs or symptoms of a mental disorder, use of psychiatric medication, or a past history of psychiatric treatment²¹. Family members who help care for them report feeling stigmatized as a result of their association with loved one with mental illness^{22, 23}. Studies have shown that 43% to 92% of caregivers of people with mental illness report feeling stigmatized²⁴. In addition, the general public seems to disapprove persons with mental illness more than persons with physical disabilities²⁵.

Male gender, belonging to an ethnic minority, low educational and socioeconomic status, problems with employment or getting a job, being unmarried or separated/divorced, as well as problems in friendships and social relationships, severity of the disease, perceived dangerousness, and drug abuse, have been associated with stigma²⁶.

Bipolar disorder has a significant negative impact on work-related, interpersonal and leisure activities^{26, 27}. For example, a study of first-episode patients²⁸ reported that 98% of the sample achieved syndromal recovery within 2 years,

compared to only 38% achieving functional recovery (defined as the proportion of patients who regained occupational and living situations equivalent to those they held prior to their episode). The burden of BD also impacts adversely on family and friends. Information about the disorder is not shared with family members, friends and work colleagues, thereby perpetuating many of the myths and misunderstandings surrounding this devastating condition¹¹. Relatives are too often left feeling distressed and helpless. They encounter economic pressures as a consequence and experience a negative impact on their daily activities in a similar fashion to the patient²⁹.

Factors as older age at onset³⁰, unmarried status³¹, male sex³¹, low socioeconomic level, lack of social supports³², number of previous episodes³³, mixed episodes³⁴, psychosis³⁵, longer period of the illness^{36,37} and substance abuse³⁸ have been associated to low-grade psychosocial functioning^{39,40}. Many studies have suggested poor direct correlation between these variables, with the exception of residual depressive symptoms and functioning^{41, 42}. As recently reported, the depressive component appears to play a major role in the reduction of social functioning⁴³. Recovery from persistent alteration in social adjustment can be very slow, and there is a risk that such function will become a permanent feature of the subjects' behavior^{44, 45, 46}. Patients who experience onset of the disorder during adolescence have a risk around 60% of impairment social functioning^{26, 44, 45, 47}. The presence of stigma, too, may have a significant negative impact on the potential complete recovery of the individual's social functioning^{48, 49}. Likewise, automatic and deliberative aspects of stigmatizing

attitudes can predict different kinds of cognitive, affective, and behavioral tendencies^{50,51} and may respond differently to attempts to reduce stigma^{52,53}.

Different methodological process may explain some inconsistency among the studies about stigma experiencing and the predictors of functioning in BD. Regularly, studies have assessed overall functioning, and fail to take into account the specific areas for an optimal functioning³³ and correlate with stigma-related experiences and impact. Furthermore, most of previous studies have relied on self-reporting instruments, which are likely to be biased by current mood state or personality traits of the patients^{54,55}.

The aim of the present study, therefore, was to investigate whether the stigma experiences as well as its impact are associated with functioning impairment in bipolar patients. Second, we aimed to evaluate the level of overall functioning and the specific domains of functioning in a euthymic bipolar sample (HDRS and YMRS ≤ 7).

Methods

This is a cross-sectional study. Consecutively, we recruited sixty bipolar outpatients from the Bipolar Disorders Program of the University Hospital at the Federal University, Porto Alegre, Brazil, between March 2009 and May 2009. The subjects were assessed by Structured Clinical Interview for DSM-IV⁵⁶ – Axis I (SCID-I) for diagnosis and a standard protocol in order to evaluate socio-demographic and clinical features. Patients with BD type I and type II were included after receiving a complete verbal description of the study, and all patients gave written informed consent before entering the study. The present research was approved by the local ethical committee and was carried out in

compliance with the Helsinki Declaration of 2004 (Evaluation, Support and Prevention Unit). Patients presented with substance abuse/dependence, neurological comorbidities or personality disorders were excluded using DSM-IV criteria⁵⁶. Depressive and manic symptoms were assessed using the Hamilton Depression Rating Scale-17 items (HDRS)⁵⁷, and Young Mania Rating Scale (YMRS)⁵⁸, respectively. The Functioning Assessment Short Test (FAST)⁵⁹ was used to assess functional impairment in bipolar patients. The FAST is a reliable instrument developed for the clinical evaluation of the main difficulties presented by psychiatric patients, and has been validated in several languages for patients with bipolar disorder^{59, 60}. The FAST is an interview-administered scale that is composed of 24 items, which permit the assessment of six specific areas of functioning, including autonomy, occupational functioning, cognitive functioning, financial issues, interpersonal relationships, and leisure time. Items are rated using a four-point scale: 0 = no difficulty, 1 = mild difficulty, 2 = moderate difficulty, 3 = severe difficulty. The cutoff for each domain was calculated as follows: autonomy (cutoff > 1), occupational functioning (cutoff > 1), cognitive functioning (cutoff > 3), and overall FAST cutoff was > 11, as high scores indicate poor functioning. The FAST score can range from 0 to 72, where 72 indicate the lowest overall functioning⁵⁹).

In developing inventories to assess stigma from the perspective of consumers (of mental health services) and family members, respondents were asked to conceptualize stigma in terms of “negative feelings that people may have toward those with a mental or emotional disorder”. To capture a range of stigma experiences, both inventories contain a frequency and an intensity scale. In

each case, the Stigma Experiences Scale (SES) is composed of 10 items, measure the frequency of stigma experienced. The total score reflects the pervasiveness of stigma that was experienced across a variety of life domains. Seven items making up the Stigma Impact Scale (SIS) that measure the intensity of the psychosocial impact of stigma on major life domains such as quality of life, family relations, social contacts and self-esteem⁶¹.

Statistical analysis

The statistical methods were performed with the Statistical Package for Social Sciences software, version 16.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). Data following normal distribution are presented as mean \pm standard deviation (SD). Regarding the nonparametric data's distribution, median and interquartile range (IQ) were performed. Spearman correlation coefficients were used to analyze correlations between FAST and SES and SIS scores. Spearman correlation coefficients were also conducted to assess correlations between quantitative variables and functioning; $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results

The sample comprised 60 euthymic bipolar disorder patients with an overall mean age of 46.79 years (SD 11.44), ranging from 22 to 80 years. Seventy-three percent of the group comprised women (n=44). Approximately, one third never had been married (n=17). Eighty percent (n=48) had low schooling level (≤ 12 years of education); the rest of the sample had more than 12 years of schooling (complete or not); 66.7% were unemployed (n=40) and about one third were employed in a part (n=15) or full-time basis (n=5). The mean age at which patients reported onset of illness symptoms was 26.21 (SD 12.06), less

than one year before the first episode ($27.13 \pm SD 12.39$). The mean age of the participants when they received the diagnosis of BD was 32.30 ($SD=9.97$). The median of illness episodes was six ($IQ=3-15$).

The majority of participants ($n=49$) reported being hospitalized in psychiatric unit lifetime. The median of hospitalizations was two ($IQ=0-5$) and the median age of the first hospitalization was 25 ($IQ=0-40$). Furthermore, 63.3% ($n=38$) of the patients experienced psychotic symptoms in first episode and 56.7% ($n=34$) attempted suicide at least once in their lives. Detailed clinical and socio-demographic characteristics are described in Table 1.

Correlates of functioning and stigma

The correlation between functioning and socio-demographic and clinical variables was examined. Results of detailed analysis are shown in Table 2. Age at onset of treatment and depressive symptoms were significantly associated with FAST total score. HAM-D scores were associated with all FAST specific domains scores. There was a positive correlation also between age at onset of treatment and age at diagnosis and cognitive functioning.

The relationship between stigma experiences and stigma impact and functioning was explored.

There was a robust association between SES and SIS with statistically significant difference ($r_s = 0.744$; $p < 0,001$). Stigma impact and stigma experiences was significantly associated with HAM-D scores ($r_s SES = 0.469$; $p < 0.001$ and $r_s SIS = 0.303$; $p = 0.021$) and FAST total scores ($r_s SES = 0.486$; $p < 0.001$ and $r_s SIS = 0.540$; $p < 0.001$). No correlation was found between SES and SIS scores and YMRS scores ($r_s SES = 0.016$; $r_s SIS = -0.016$).

SES and SIS total scores were significantly associated with all of the six specific areas of functioning: autonomy, cognitive functioning, financial issues, interpersonal relationships, leisure time and occupational functioning. In addition, there was a stronger association between the stigma impact and functioning than the association between stigma experiences and functioning in this bipolar sample. Regarding leisure time, cognitive functioning and interpersonal relationships the correlations showed a remarkable statistical difference. The results are shown in Table 3.

Discussion

Our results suggest that presence of lifetime stigma is highly prevalent among bipolar individuals and may have a significant impact on functioning. Psychiatric hospitalizations, low schooling, high unemployment levels as well as delay in correct diagnosis were also reported by the patients.

Most of these patients had been, for sometime, in psychiatric hospitalizations in life. Hospitalization represents an important break in multiple areas of a patient's life as a result of delayed functional recovery or because of the stigma associated with psychiatric illness^{62, 63}.

Concerning the difference between age of onset of symptoms and age of diagnosis, our results suggest a delay in obtaining a correct diagnosis in agreement with most of the surveys^{12, 64, 65, 66, 67, 68}.

Previous studies have reported delays range from 2 to 7 years but may be in excess of 10 years (In part, the delay is apparently due to the attitude of the patient and their family who do not seek help when the first signs manifest

themselves as a result of the adverse impact of stigmatization and possible social exclusion)^{12,69,70}.

Consistent with previous reports, most of our sample was composed by patients with lower education^{25, 71, 72, 73, 74}. There is evidence that individuals with mental illness report reduced educational opportunities²⁵ and stigma experiences make people with mental disorders less likely to apply for educational opportunities²⁵. Furthermore, unemployment has also been previously associated with stigma^{75,71,76,73,74}. Public stigma in the workplace could manifest as people with BD having difficulty finding and keeping jobs and fulfilling their potential in the workplace due to stereotyping, prejudice and discrimination. Self-stigma, on the other hand, may be associated with reduced self-esteem and self-efficacy^{77, 78} which in turn have been associated with failure to pursue work opportunities^{79,80} and attain employment goals⁸¹. Higher unemployment rates among people with stigma could be due not only to discrimination from employers, but also because people with perceived stigma are less likely to apply for job opportunities⁷⁴.

Our results suggest that presence of lifetime stigma is highly prevalent among bipolar patients. Furthermore, those with a history of stigma experience and/or stigma impact are more likely to have overall functional impairment as well as impairment in specific domains of functioning despite bipolar disorder remission. Although the euthymia criteria were restricted (HAM-D \leq 7; YMRS \leq 7) higher HAM-D scores had a negative impact on overall functioning. These findings are consistent with previous studies where residual depressive symptoms have been associated with poor functioning^{82, 83}. Subsyndromal depressive

symptoms in BD have been related to functional role impairment in multiple domains such as duties at work/school, duties at home, and relationships with family/friends ⁴². Longitudinal data from the National Institute of Mental Health Collaborative Depression study showed an association between increasing depressive symptoms and increased disability, including when the symptoms were not severe enough to fulfill criteria for a depressive episode. In the same line, our study found a strong correlation between depressive symptoms and multiple domains of functioning even in patients with low HAM-D scores.

Stigma decreases the number and the quality of social relationships⁸⁴. Therefore, suffering from stigma will increase the probability of a severe disorder. Similar to above, the cross-sectional design and lack of specific retrospective data preclude establishing a causal relationship between social limitation and stigma.

Considering specifically predictors of cognitive functioning as assessed by the FAST, we found that depressive symptoms, age at diagnosis and age at onset of treatment were strongly associated with cognitive impairment. These findings support the evidence that significant morbidity and delay in diagnosis and beginning treatment BD may lead to greater cognitive decrements with long-term consequences. Some studies have shown neuropsychological impairments in BD^{85, 86}. Deficits in memory, attention, and planning in remitted bipolar patients may lead to impairment in social, interpersonal, and occupational functioning, and these deficits make it complicate to undertake occupational tasks or carry out interpersonal relationships without difficulty^{39,87}. Moreover, stigma experiences and stigma impact are associated mainly with

impairment in cognitive functioning, interpersonal relationships, and leisure time.

These results should be interpreted taking into account our study limitations. First, our study was recruited from a tertiary hospital where many critical patients are enrolled, which may limit the external validity of our findings. Second, the possible influence of past history of treatment, adherence, and response on outcome cannot be ruled out. Third, the reliability of bipolar patients' reports of past stigma experiences may vary, given possible association with recall bias and poor insight. In addition, it is possible that stigma-related perceptions and experiences are manifestation of symptoms of the mental disorder⁸⁴. This could artificially inflate our estimates of perceived stigma. Thus the association between stigma and symptoms and between stigma and other outcomes cannot only be attributed to the effect of symptoms on stigma measures⁸⁸. Furthermore, it has also been suggested a conceptual model where stigma may lead to additional stress and worsening of the mental disorder, in a vicious cycle of stigmatization²⁵. Fourth, we may have overestimated the prevalence of stigma among individuals with bipolar disorder because there was not a control group for comparison. Conversely, we may have underestimated the prevalence of stigma by not including schizophrenia and other severe mental disorders in our study, which are associated with a high degree of stigma^{25, 71}. Finally, our data are cross-sectional in nature and it is not possible to infer causality between stigma experiences and stigma impact and functioning. Despite these limitations, this study indicates that there is a

significant functional impairment in euthymic bipolar patients with stigma experience.

Conclusions

The data presented may open some clinical and research perspectives and have some important policy implications. Clinical characteristics such as age at diagnosis, age at onset of treatment and current subclinical depressive symptoms were associated as potential factors of functional impairment. This study indicates that relative amount of euthymic bipolar patients with stigma-related impact and experiences showed impairment in overall functioning and in all specific domains, including autonomy, cognitive functioning, financial issues, interpersonal relationships, leisure time and occupational functioning.

Will be necessary for anti-stigma policies development, recognize stigma experienced by individuals with bipolar disorder, focusing on minimize psychosocial impact of stigma on BD patients and their families.

Longitudinal studies are necessary to provide stronger evidence in terms of temporal and accurate relationship between stigma and functioning and clinical factors in bipolar disorder.

References

1. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al. Cross- national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276: 293–99.
2. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 1998; 50: 143–51.
3. Murray CJL, Lopez AD, eds. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Global Burden of Disease and Injury Series, Vol.1.* Cambridge, MA: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.
4. WHO. Chapter 2: Burden of mental and behavioral disorders. *The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hopes.* Geneva: World Health Organization, 2001.
5. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 1995 Nov; 152(11):1635-40.
6. Morgan VA, Mitchell PB, Jablensky AV. The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar Disord.* 2005 Aug; 7(4):326-37.
7. Kupfer DJ, Frank E, Grocochinsky VJ, Cluss PA, Houk PR, Staff DA. Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 120–25.
8. Hirschfeld RMA. Bipolar spectrum disorder: improving its recognition and diagnosis. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (Suppl. 114): 5-9.

9. Proudfoot JG, Parker GB, Benoit M, Manicavasagar V, Smith M, Gayed A. What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly diagnosed bipolar disorder. *Health Expect*. 2009 Jun; 12(2):120-9.
10. Mitchell PB, Slade T, Andrews G. Twelve-month prevalence and disability of DSM-IV bipolar disorder in an Australian general population survey. *Psychol Med*. 2004 Jul; 34(5):777-85.
11. Elgie R, Morselli PL. Social functioning in bipolar patients: the perception and perspective of patients, relatives and advocacy organizations - a review. *Bipolar Disord*. 2007 Feb-Mar;9(1-2):144-57.
12. Christiana JM, Gilman SE, Guardino M, Michelson L, Morselli PL, Kessler RC. Duration between onset and time of obtaining treatment among people with anxiety and mood disorders: an international survey of mental health patient advocacy groups. *Psychol Med* 2000; 30: 693–703. onset important? *J Nerv Ment Dis* 2004; 192: 796–99.
13. Dunner DL. Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. *Bipolar Disord* 2003; 5: 456–63.
14. Dion GL, Tohen M, Anthony WA, Waternaux CS. Symptoms and functioning of patients with bipolar disorder six months after hospitalization. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39: 652–57.
15. Simpson SG, Jamison KR. The risk of suicide in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl. 2): 53–56.
16. Baldessarini RJ, Jamison KR. Effects of medical interventions on suicidal behavior. Summary and conclusions. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl. 2):

117–22.

17. Colom F, Vieta E. Treatment adherence in bipolar patients. *Clinical Approaches in Bipolar Disorder* 2002; 1: 49-56.

18. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003 Feb; 64(2):161-74.

19. Michalak EE, Yatham LN, Maxwell V, Hale S, Lam RW. The impact of bipolar disorder upon work functioning: a qualitative analysis. *Bipolar Disord*. 2007 Feb-Mar; 9(1-2):126-43.

20. Goffman I. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall 1963.

21. Stuart H, Milev R, Koller, M. The inventory of stigmatizing experiences: its development and reliability. *World Psychiatry* 2005; 4 (S1): 35-9.

22. Matza L, De-Lissovoy G, Sasane R, Pesa J, Mauskopf J. The impact of bipolar disorder on work loss. *Drug Benefit Trends*. 2004; 16 (9): 479-81.

23. Kleinman NL, Brook RA, Rajagopalan K, Gardner HH, Brizee TJ, Smeeding JE. Lost time, absence costs, and reduced productivity output for employees with bipolar disorder. *J Occup Environ Med*. 2005 Nov; 47(11):1117-24.

24. Perlick DA, Miklowitz DJ, Link BG, Struening E, Kaczynski R, Gonzalez J, Manning LN, Wolff N, Rosenheck RA. Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2007 Jun; 190:535-6.

25. Alonso J, Buron A, Rojas-Farreras S, de Graaf R, Haro JM, de Girolamo G,

- Bruffaerts R, Kovess V, Matschinger H, Vilagut G; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *J Affect Disord*. 2009 Nov; 118 (1-3):180-6. Epub 2009 Mar 13.
26. Morselli PL. Social adjustment in stabilized sufferers from mood disorders and their relatives: a Fondazione IDEA survey. *Prim Care Psychiatry* 2002; 8: 85–90.
27. Calabrese JR, Hirschfeld RM, Reed M et al. Impact of bipolar disorder on a US community sample. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 425–32.
28. Tohen M, Hennen J, Zarate CM Jr et al. Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first- episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 220–28.
29. Tsang HW, Tam PK, Chan F, Chang WM. Sources of burdens on families of individuals with mental illness. *Int J Rehabil Res* 2003; 26: 123–30.
30. Depp CA, Jin H, Mohamed S, Kaskow J, Moore DJ, Jeste DV. Bipolar disorder in middle-aged and elderly adults: is age of onset important? *J Nerv Ment Dis* 2004; 192: 796-99.
31. Morriss RK, Faizal MA, Jones AP, Williamson PR, Bolton C, McCarthy JP. Interventions for helping people recognize early signs of recurrence in bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; CD004854.
32. Keck PE Jr, McElroy SL, Strakowski SM et al. 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 646–52.
33. MacQueen GM, Young LT, Robb JC, Marriott M, Cooke RG, Joffe RT. Effect of number of episodes on wellbeing and functioning of patients with

bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 374–81.

34. Goetz I, Tohen M, Reed C, Lorenzo M, Vieta E, EMBLEM Advisory Board. Functional impairment in patients with mania: baseline results of the EMBLEM study. *Bipolar Disord* 2007; 9: 45–52.

35. MacQueen GM, Young LT, Robb JC, Cooke RG, Joffe RT. Levels of functioning and well-being in recovered psychotic versus nonpsychotic mania. *J Affect Disord* 1997; 46: 69–72.

36. Robb JC, Cooke RG, Devins GM, Young LT, Joffe RT. Quality of life and lifestyle disruption in euthymic bipolar disorder. *J Psychiatr Res* 1997; 31: 509–17.

37. DelBello MP, Hanseman D, Adler CM, Fleck DE, Strakowski SM. Twelve-month outcome of adolescents with bipolar disorder following first hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 582–90.

38. MacQueen GM, Young LT, Joffe RT. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 163–70.

39. Martínez-Arán A, Vieta E, Torrent C et al. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disord* 2007; 9: 103–13.

40. Torrent C, Martínez-Arán A, Daban C et al. Cognitive impairment in bipolar II disorder. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 254–59.

41. Fagiolini A, Kupfer DJ, Masalehdan A, Scott JA, Houck PR, Frank E. Functional impairment in the remission phase of bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2005; 7: 281–85.

42. Altshuler LL, Post RM, Black DO et al. Subsyndromal depressive symptoms are associated with functional impairment in patients with bipolar disorder: results of a large, multisite study. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 1551–60.
43. Calabrese JR, Hirschfeld RM, Frye MA, Reed ML. Impact of depressive symptoms compared with manic symptoms in bipolar disorder: results of a US community based sample. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 1499–1504.
44. Hirschfeld RMA, Montgomery SA, Keller MB et al. Social functioning in depression: a review. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 268–75.
45. Renoue AG, Kovacs M, Mukerji P. Relationship of depressive, conduct and co-morbid disorders and social functioning in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 998–1004.
46. Weissmann MM. Beyond symptoms: social functioning and the new antidepressants. *J Psychopharmacol* 1997; 11 (Suppl. 4): S7–S8.
47. Goldberg JF, Ernst CL. Clinical correlates of childhood and adolescent adjustment in adult patients with bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192: 187–92.
48. Perlik DA, Rosenheck RA, Carin JF et al. Stigma as a barrier to recovery: adverse effects of perceived stigma on social adaptation of person diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 1627–32.
49. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol* 2004; 59: 614–25.
50. Dovidio JF, Kawakami K, Gaertner SL. Implicit and explicit prejudice and interracial interaction. *J Pers Soc Psychol*. 2002 Jan; 82(1):62-8.
51. Greenwald AG, Poehlman TA, Uhlmann EL, Banaji MR. Understanding and

using the Implicit Association Test: III. Meta analysis of predictive validity. *J Pers Soc Psychol*. 2009 Jul;97(1):17-41.

52. Stier, A., Hinshaw, S.P. Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness. *Australian Psychologist*. 2007 42: 106-17.

53. Lincoln TM, Arens E, Berger C, Rief W. Can antistigma campaigns be improved? A test of the impact of biogenetic vs psychosocial causal explanations on implicit and explicit attitudes to schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2008 Sep; 34(5):984-94.

54. Atkinson.M, Zibin S, Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *Am J Psychi- atry* 1997; 154: 99–105.

55. Simon NM, Zalta AK, Otto MW et al. The association of comorbid anxiety disorders with suicide attempts and suicidal ideation in outpatients with bipolar disorder. *J Psychiatr Res* 2007; 41: 255–64.

56. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

57. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 1960; 23: 56–62.

58. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 1978; 133: 429–35.

59. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Arán A et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007; 3: 5.
60. Cacilhas A, Magalhaes P, Weyne F et al. Validity of a short functioning test (FAST) in Brazilian outpatients with bipolar disorder. *Value in Health* 2009; 12(4):624-7.
61. Stuart H, Koller M, Milev R. Inventories to measure the scope and impact of stigma experiences from the perspective of those who are stigmatized – consumer and family versions. In: Arboleda-Flórez J and Sartorius N, ed. *Understanding the Stigma of Mental Illness: Theory and Interventions*. ed. Wiley; 2008. P. 193-204.
62. Chengappa KN, Hennen J, Baldessarini RJ et al. Recovery and functional outcomes following olanzapine treatment for bipolar I mania. *Bipolar Disord* 2005; 7: 68–76.
63. Strakowski SM, DelBello MP, Fleck DE, Arndt S. The impact of substance abuse on the course of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 477–85.
64. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybow PC, Price RA, Hirschfeld RMA. The National Depressive and Manic Depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord* 1994; 31: 281–94.
65. Morselli PL. What the patients tell us: report on the GAMIAN International survey with specific reference to the Italian data. In: Guimón J, Sartorius N eds. *Manage or Perish?* New York: Kluwer, 1999: 475–88.
66. Ten Have M, Vollenbergh W, Bijl R, Nolen WA. Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care

utilization): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affect Disord* 2002; 68: 203–13.

67. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornick LA. Perception and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 161–74.

68. Wang PS, Gilman SE, Guardino M et al. Initiation and adherence to treatment for mental disorders. Examination of patient advocate group members in 11 countries. *Med Care* 2000; 38: 926–36.

69. Morselli PL, Cantarelli C, Rizzi M. Cosa ci dicono i pazienti? Rapporto preliminare sui dati italiani del ÔÔGA- MIAN International SurveyÕÕ. *G Ital Psicopat* 1999; 5: 82–87.

70. Morselli PL, Cesana BM. Risultati dell'inchiesta GAMI- AN: cosa ci dicono i pazienti ed i loro familiari. *Psichiatria Oggi* 1999; XII: 26–31.

71. Corrigan P, Thompson V, Lambert D, Sangster Y, Noel JG, Campbell J. Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2003 Aug; 54(8):1105-10.

72. Social Exclusion Unit, 2004. Mental Health and social exclusion. Social Exclusion Union Report London.

73. Van Brakel WH. Measuring health-related stigma literature review. *Psychol Health Med*. 2006 Aug; 11 (3):307-34.

74. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophr Bull*. 1999; 25(3): 467-78.

75. Angermeyer MC. [The stigma of mental illness from the patient's view—an overview]. *Psychiatr Prax.* 2003 Oct; 30 (7): 358-6.
76. Link BG, Cullen FT, Struening E, Shrout PE, Dohrenwend BP. A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *Am Sociological Review.* 1989; 54: 400-23.
77. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract* 1998; 5: 201–22.
78. Holmes EP, River LP. Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness. *Cogn Behav Pract* 1998; 5: 231–39.
79. Link BG. Mental patient status, work and income: an examination of the effects of a psychiatric label. *Am Soc Rev* 1982; 47: 202–15.
80. Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Soc Rev* 1987; 52: 96–112.
81. Regenold M, Sherman MF, Fenzel M. Getting back to work: self-efficacy as a predictor of employment outcome. *Psychiatr Rehabil J* 1999; 22: 361–67.
82. Tohen M, Bowden CL, Calabrese JR et al. Influence of subsyndromal symptoms after remission from manic or mixed episodes. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 515–19.
83. Frye MA, Yatham LN, Calabrese JR et al. Incidence and time course of subsyndromal symptoms in patients with bipolar I disorder: an evaluation of 2 placebo-controlled maintenance trials. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 1721–28.
84. Gaebel W, Z \sqrt ske H, Baumann AE. The relationship between mental illness severity and stigma. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2006;(429): 41-5.

85. Martínez-Arán A, Vieta E, Colom F et al. Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome. *Bipolar Disord* 2004; 6: 224–322.
86. Martínez-Arán A, Vieta E, Colom F et al. Neuropsychological performance in depressed and euthymic bipolar patients. *Neuropsychobiology* 2002; 46 (Suppl. 1): 16–21.
87. Kennedy N, Foy K, Sherazi R, McDonough M, McKeon P. Long-term social functioning after depression treated by psychiatrists: a review. *Bipolar Disord* 2007; 9: 25–37.
88. Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav.* 1997 Jun; 38(2): 177-90.

Table 1: Clinical and demographic characteristics of sample

Characteristic	Media	SD
Age	47.58	11.72
Age at first episode	27.13	12.39
Age of diagnosis	32.57	10.73
Years of disease	20.60	11.23
Number of episodes	11.94	14.52
Age of onset of symptoms	26.21	12.06
Age of onset of treatment	31.75	10.90
	Median	IR
FAST total	26.5	(17.25-43.0)
HAM-D total	8.5	(4.0-13.0)
YMRS total	2.0	(0.25-4.0)
SES total	5.04	(2.5-8.0)
SIS total	32.46	(16.5-48.0)
	n	%
Gender		
Female	44	73.3
Male	16	26.7
Marital status		
Married/cohabiting	23	38.3
Previously married	20	33.3
Never married	17	28.3
Employment		
Full time	5	8.3
Part time	15	25
Unemployed	40	66.7
Schooling (years)		
0-8	14	23.3
9-11	34	56.7
≥12	12	20
Bipolar type		
I	58	96.7
II	2	3.3
Psychotic symptoms in first episode		
Yes	38	63.3
No	22	36.7
Suicide attempts		
Yes	34	56.7
No	26	43.3
Psychiatric hospitalization		
Yes	49	81.7
No	11	18.3

Table 2: Spearman correlations (r_s) between FAST domains scores and SES and SIS scores in the bipolar sample

FAST domain/Stigma scale	SES	SIS
Autonomy	$r_s = 0.272$ ($p = 0.037$)	$r_s = 0.298$ ($p = 0.023$)
Occupational functioning	$r_s = 0.263$ ($p = 0.044$)	$r_s = 0.306$ ($p = 0.020$)
Cognitive functioning	$r_s = 0.441$ ($p < 0.001$)	$r_s = 0.474$ ($p < 0.001$)
Financial issues	$r_s = 0.301$ ($p = 0.022$)	$r_s = 0.360$ ($p = 0.006$)
Interpersonal relationships	$r_s = 0.453$ ($p < 0.001$)	$r_s = 0.509$ ($p < 0.001$)
Leisure time	$r_s = 0.461$ ($p < 0.001$)	$r_s = 0.473$ ($p < 0.001$)

Table 3: Spearman correlations (r_s) between variables versus FAST Total and FAST specific domain scores in the bipolar sample

	Total	Autonomy	Occupational	Cognitive	Financial	Interpersonal relationships	Leisure time
Age at onset of treatment	0.300 ^a	0.202	0.252	0.340 ^b	0.253	0.075	0.219
Age at diagnosis	0.192	0.110	0.153	0.262 ^a	0.214	0.011	0.149
Number of episodes	0.174	0.126	0.072	0.213	-0.023	0.177	0.259
HAM-D	0.492 ^b	0.406 ^b	0.406 ^b	0.321 ^a	0.322 ^a	0.448 ^b	0.376 ^b
YMRS	0.062	0.087	0.040	0.102	-0.026	0.060	-0.001

^a $p < 0.05$; ^b $p < 0.01$

Considerações Finais

O estigma e a conseqüente segregação de pessoas que não se enquadram nos padrões físicos e de comportamento é uma tendência natural de todas as comunidades humanas. Não é diferente com os transtornos mentais. O medo da loucura que permeia toda a história humana é resultado do preconceito e da ignorância. O TB insere-se neste contexto também por ser difícil de quantificar e enumerar, estabelecer etiologia única ou fisiopatologia. Apesar de sua natureza biológica, interfere na relação do indivíduo consigo mesmo, sua família, ambiente de trabalho e social. Portanto, não possui chagas visíveis ou palpáveis, mas está aí.

Os rótulos de loucos, imprevisíveis e difíceis de confiar perpetuam a necessidade de isolar portadores de doença mental. É uma questão de saúde pública, que precisa ser entendida, digerida por pacientes, profissionais de saúde, gestores e famílias.

O objetivo deste estudo foi verificar a associação entre o estigma e a funcionalidade em uma amostra de 60 pacientes com transtorno bipolar em eutímia. Para tal aplicou-se uma escala que avalia impacto e experiências com estigmas e a FAST.

A capacidade de manter relações estáveis, trabalhar, aprender, gerir seu próprio cuidado, administrar seu dinheiro, ter atividades sociais e de lazer é compreendida globalmente como funcionalidade, atributo imprescindível para qualquer ser humano na sociedade atual. Nos pacientes com TB observa-se com a demora no diagnóstico, evolução da doença, baixa adesão ao tratamento, recaídas freqüentes entre outros, uma deterioração global nestas

habilidades. Outra questão que vem sendo notada, é que os pacientes permanecem com sintomas, que embora não caracterizem um novo surto, dificultam muito a readaptação do bipolar ao seu meio social e familiar.

Estudos em outros países verificaram que o estigma é sério entrave na vida dos pacientes com transtornos mentais. Entretanto, poucos estudos são voltados ao entendimento deste na vida dos bipolares.

Os dados coletados mostraram haver associação entre percepção de estigma e funcionalidade, em todas as áreas avaliadas. Mostrou forte associação entre a percepção do impacto do estigma e sintomas depressivos, corroborando resultados de outros estudos, com outras doenças mentais.

Há muitos impeditivos em estabelecer relações de causa e efeito entre a piora na funcionalidade e os relatos de experiências com preconceito, talvez por serem demasiado complexos e inter-relacionados.

Várias limitações fizeram-se presentes neste estudo, como a seleção de pacientes em hospital terciário, alguns com longos períodos de doença, que ainda dificulta apreender se os dados se referem ao estigma ou a presença de sintomas da própria doença. Há necessidade de novos estudos, incluindo controles saudáveis para melhor elucidar estes conceitos.

O estudo se faz importante na medida em que suscita o exercício em nós de pensar sobre o tema do estigma e a pensar em alternativas de cuidado para com os pacientes com TB, voltadas à educação de pacientes, familiares e sociedade.

Anexos

Convite:

Temos o prazer de convidá-lo(a) a participar desta investigação sobre as experiências que você tem vivenciado em relação ao preconceito com doenças psíquicas. O estigma ou estigmatização se manifesta através de atitudes negativas, prejuízo ou tratamento injusto por sua enfermidade psíquica.

Esse questionário também tem como objetivo conhecer as suas experiências sobre o acesso aos serviços de saúde mental que você tenha necessitado até agora.

Todas as respostas são confidenciais e não há necessidade de se identificar para participar, sendo a sua participação anônima e completamente voluntária. Se você desejar, pode deixar perguntas em branco ou mesmo deixar de responder ao questionário a qualquer momento.

Esse é um projeto local e internacional, cujos resultados ajudarão a compreender a natureza das experiências da estigmatização e a desenvolver programas para combatê-la. Os investigadores poderão, então, comparar informações obtidas no Brasil com as de outros países; obtendo, assim, uma idéia global do problema.

Aceitar ou não participar deste projeto não afetará em nada os cuidados que você requer para melhorar sua saúde mental, nem hoje nem futuramente, mas você poderá se beneficiar dos achados e dos programas que poderão resultar desta investigação.

Informações sobre você:

Primeiro, desejamos conhecer um pouco sobre você e sobre seu contato com serviços de tratamento de saúde mental. Por favor, marque a alternativa correta.

1. **Sexo**

- Masculino Feminino

2. **Ano de nascimento?**

3. **Qual seu grau de escolaridade?**

- Ensino fundamental ou menos
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino técnico incompleto
- Ensino técnico completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-Graduação ou mais

4. **Vive sozinho ou acompanhado?**

- Sozinho
- Esposo (a)/companheiro (a)
- Pais
- Outro (s) parente (s)
- Outras pessoas que não são parentes
- Outros
especifique_____

5. **Qual seu estado civil atual?**

- Solteiro (a)
- Separado (a)
- Viúvo (a)
- Divorciado (a)
- União estável
- Casado (a)

6. Qual sua ocupação?

- Desempregado
 - Incapacitado para trabalhar por problemas de saúde mental
 - Incapacitado para trabalhar por outros problemas de saúde
 - Dono (a) de casa
 - Aposentado (a)
 - Estudante (a)
 - Trabalho voluntário (não remunerado)
- Trabalho em oficinas terapêuticas
- Emprego subsidiado
- Trabalho em tempo parcial
- Trabalho em tempo completo

Informação sobre seus problemas de saúde mental:

Essa seção perguntará sobre seus problemas de saúde e os serviços que você possa ter utilizado.

7.

Qual seu problema psiquiátrico?

- Nenhum
 - Esquizofrenia
 - Psicose Maníaco Depressiva / Transtorno Bipolar
 - Depressão
 - Transtorno de Ansiedade
 - Abuso de álcool ou outras drogas
 - Não sei
 - Outro - Especifique
-

8.

Comparado há um ano, como está sua saúde mental?

- Melhor
- Quase igual
- Pior

9.

Com que idade surgiram as primeiras manifestações da sua doença?

10.

Com que idade você recebeu o primeiro tratamento psiquiátrico (de um psiquiatra ou de outro médico)?

11.

Você acha que aceita a sua doença psíquica?

- Não
- Sim. Neste caso, com que idade isso ocorreu?

12.

Foi hospitalizado alguma vez por sua doença psíquica ou por intenção suicida?

- Sim
- Não

12a) Necessitou de hospitalização em:

- Um Hospital Psiquiátrico
- Uma Unidade de Psiquiatria em um Hospital General
- Uma unidade de medicina /cirurgia de um hospital geral?

12b) Alguma vez foi hospitalizado (a) contra sua vontade?

- Sim
- Não
- Não sei

12c) Você necessitou de internação hospitalar por problemas de saúde mental no último ano?

- Sim, voluntariamente.
- Sim, involuntariamente.
- Sim, como paciente em uma unidade psiquiátrica-forense ou recluso em uma prisão.
- Não tenho certeza
- Não

13. Tem sido atendido em ambulatório ou hospital ou em algum programa de saúde mental no último ano após a alta da internação?

- Não
- Sim. Com que frequência?
 - Semanalmente
 - Duas a três vezes por mês
 - Mensalmente
 - A cada 2 ou 3 meses
 - A cada 6 meses
 - Uma ou duas vezes por ano

Experiências com o preconceito.

Essa seção perguntará sobre suas experiências com o preconceito com sua doença. Ou seja, por situações em que você tem encontrado atitudes negativas, prejuízos ou tratamento injusto por causa de sua doença mental.

14. Acredita que as pessoas pensam mal de você por saberem que você tem um transtorno psiquiátrico?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

15. Acredita que as pessoas em geral têm medo de doentes psiquiátricos?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

16. **Alguma vez foi objeto de chacota, abuso ou assédio como consequência de sua doença psíquica?**

- Não
- Não tenho certeza
- Sim

Por favor, explique:

17. **Alguma vez foi tratado (a) com injustiça ou teve seus direitos negados por causa da sua doença mental?**

- Não
- Não tenho certeza
- Sim

Por favor, explique:

18. **Poderia dar um exemplo de situação em que você tenha tido algum prejuízo ou tratamento injusto por preconceito por sua doença mental no último ano?**

19. **Foi sua pior experiência com o preconceito?**

- Sim
- Não. Qual foi?

20. Quando ocorreu? _____

21. **Acredita que suas experiências com o preconceito têm afetado a sua recuperação?**

- Não
- Não sei
- Sim. Poderia dar um exemplo?

22. **Acredita que suas experiências com o preconceito têm influenciado para que você se ache, ou realmente seja, menos capaz?**

- Não
- Não tenho certeza
- Sim

Caso sim, poderia dar um exemplo de como tem sido afetado?

23. **Acredita que sua vivência com o preconceito tem lhe dificultado a criar ou manter amizades?**

- Não
- Não tenho certeza
- Sim

Explique, por favor:

24. **Acredita que sua vivência com o preconceito tem afetado sua capacidade de se relacionar com sua família?**

- Não
- Não tenho certeza
- Sim

Explique, por favor:

25. **Acredita que sua vivência com o preconceito tem afetado sua satisfação pela vida ou a qualidade dela?**

- Não
- Não tenho certeza
- Sim

Explique, por favor:

26. **Acredita que sua família sofre preconceitos por sua doença mental?**

- Não no meu caso – Não tenho contato com minha família
- Não
- Não tenho certeza
- Sim

Em caso afirmativo, poderia dar exemplos de como sua família tem sido afetada?

27.

O que você faz para enfrentar o preconceito?

28.

Você procura esconder sua doença mental dos outros?

- Não
- Não tenho certeza
- Sim

Explique, por favor:

29.

Procura evitar situações em que acredita poder sofrer preconceitos?

- Não
- Não tenho certeza
- Sim

Explique, por favor:

30.

Alguma vez tentou reduzir o preconceito informando/ensinando seus amigos ou parentes sobre sua doença psiquiátrica?

- Não
- Não tenho certeza
- Sim

Explique, por favor:

31.

Suas experiências com o preconceito tem lhe motivado a participar da defesa dos direitos dos doentes psiquiátricos?

- Não
- Não tenho certeza
- Sim

Explique, por favor:

32.

Suas experiências com o preconceito tem lhe motivado a participar de programas para educar o público sobre doenças psíquicas?

- Não
- Não tenho certeza
- Sim

Explique, por favor:

33. **Em uma escala de 10 pontos, sendo zero a menor nota e dez a maior, avalie quanto o preconceito lhe afeta. Por favor, circule o número correspondente.**

Qualidade de vida

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Relações sociais

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Relações familiares

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sua auto-estima

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

34. **Em uma escala de 10 pontos, sendo zero a menor nota e dez a maior, avalie quanto o preconceito afeta sua família como grupo. Por favor, circule o número correspondente.**

Qualidade de vida da sua família

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Relações sociais da sua família

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Relações intrafamiliares

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

35. Qual você acredita ser a causa do preconceito?

36. O que devemos fazer para diminuí-lo?

Obrigado pelo tempo dedicado a responder esse questionário. Há algo que você gostaria de falar sobre o preconceito com doentes psiquiátricos que não lhe foi perguntado?

Comentários adicionais

Nome:
Idade:
Diagnóstico:
Medicação:

Data:
Sexo:
Estado clínico:
Tempo: min

ESCALA BREVE DE FUNCIONAMENTO (FAST)

Qual é seu grau de dificuldade em relação aos seguintes aspectos?

Por favor, pergunte ao paciente as frases abaixo e responda a que melhor descreve seu grau de dificuldade. Para responder utilize a seguinte escala: **(0): nenhuma, (1): pouca, (2):**

AUTONOMIA	
1. Ser responsável pelas tarefas de casa	(0) (1) (2) (3)
2. Morar sozinho	(0) (1) (2) (3)
3. Fazer as compras de casa	(0) (1) (2) (3)
4. Cuidar-se de si mesmo (aspecto físico, higiene)	(0) (1) (2) (3)
TRABALHO	
5. Realizar um trabalho remunerado	(0) (1) (2) (3)
6. Terminar as tarefas tão rápido quanto era necessário	(0) (1) (2) (3)
7. Obter o rendimento previsto no trabalho	(0) (1) (2) (3)
8. Trabalhar de acordo com seu nível de escolaridade	(0) (1) (2) (3)
9. Ser remunerado de acordo com o cargo que ocupa	(0) (1) (2) (3)
COGNIÇÃO	
10. Concentrar-se em uma leitura, um filme	(0) (1) (2) (3)
11. Fazer cálculos mentais	(0) (1) (2) (3)
12. Resolver adequadamente os problemas	(0) (1) (2) (3)
13. Lembrar o nome de pessoas novas	(0) (1) (2) (3)
14. Aprender uma nova informação	(0) (1) (2) (3)
FINANÇAS	
15. Administrar seu próprio dinheiro	(0) (1) (2) (3)
16. Fazer compras equilibradas	(0) (1) (2) (3)
RELAÇÕES INTERPESSOAIS	
17. Manter uma amizade	(0) (1) (2) (3)
18. Participar de atividades sociais	(0) (1) (2) (3)
19. Dar-se bem com pessoas a sua volta	(0) (1) (2) (3)
20. Convivência familiar	(0) (1) (2) (3)
21. Relações sexuais satisfatórias	(0) (1) (2) (3)
22. Capaz de defender os próprios interesses	(0) (1) (2) (3)
LAZER	
23. Praticar esporte ou exercícios	(0) (1) (2) (3)
24. Ter atividades de lazer	(0) (1) (2) (3)



Transtorno Bipolar: associação entre estigma e funcionalidade

Fabiana Migliavacca, Emi Thomé, Keila Maria Ceresér, Aroldo Ayub Dargél, Lourenço Jakobson, Wagner Potter, Daniel Jappur, Flávio Kapczinski, MD, PhD, Márcia Kauer-Sant'Anna, MD, PhD.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Centro de Pesquisas, Laboratório de Psiquiatria Molecular
Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Translacional em Medicina

Introdução: o Transtorno Bipolar (TB) é uma doença comum, com prevalência entre 0,5 e 2,4% da população adulta, atingindo igualmente homens e mulheres, apresentando comorbidades como abuso de álcool e de drogas e transtorno de ansiedade em aproximadamente 50% dos pacientes. Segundo a Organização Mundial de Saúde em 1990 o TB é a sexta doença a causar perda de habilidades e dificuldade de ajustamento em pessoas entre 15 e 44 anos. Comparadas com pessoas saudáveis, indivíduos com TB apresentam maior dificuldade no desempenho profissional, nas atividades de lazer, assim como prejuízos na interação social e familiar.

Objetivo: verificar se há relação entre estigma e funcionamento nas áreas de autonomia, ocupação, cognição, relações interpessoais, finanças e lazer em pacientes com TB

Métodos: 60 pacientes com TB do Ambulatório de Transtorno do Humor Bipolar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PROTAHBI-HCPA). A avaliação psiquiátrica foi realizada através da aplicação de quatro escalas: inventário de avaliação do estigma e discriminação social (SDS) composta por duas escalas – Experiências com o Estigma (SES) e Escala do Impacto do Estigma (SIS); escala de Hamilton Depressão com 17 itens (HAM-D); escala para avaliação de mania (YMRS) e escala para avaliação de funcionalidade (FAST).

Resultados: correlação positiva entre SES e SIS ($r_s = 0,744, p < 0,001$), entre SES e FAST ($r_s = 0,486, p < 0,001$) e entre SIS e FAST ($r_s = 0,540, p < 0,001$). SES e SIS correlacionam positivamente com HAM-D (respectivamente $r_s = 0,469, p < 0,001$ e $r_s = 0,303, p = 0,021$). SES e SIS não correlacionam significativamente com YMRS.

Conclusão: o funcionamento nas áreas de autonomia, ocupação, cognição, relações interpessoais, finanças e lazer parecem sofrer influência das experiências de preconceito vivenciadas pelos pacientes com TB.

Tabela 1: Características clínicas e demográficas

	Média	Desvio-padrão
Idade	47,58	11,72
Idade do primeiro episódio	27,13	12,39
Idade do diagnóstico	32,57	10,73
Anos de doença	20,60	11,23
Número de episódios	11,94	14,52
Idade do início dos sintomas	26,21	12,06
Idade do início do tratamento	31,75	10,90
FAST total	30,22	15,65
HAM-D total	9,27	6,19
YMRS total	3,25	3,67

Tabela 2: Associação entre estigma e funcionalidade

Domínio FAST/Estigma	SES	SIS
Autonomia	$r_s = 0,272 (p = 0,037)$	$r_s = 0,298 (p = 0,023)$
Trabalho	$r_s = 0,263 (p = 0,044)$	$r_s = 0,306 (p = 0,020)$
Cognição	$r_s = 0,441 (p < 0,001)$	$r_s = 0,474 (p < 0,001)$
Finanças	$r_s = 0,301 (p = 0,022)$	$r_s = 0,360 (p = 0,006)$
Relações interpessoais	$r_s = 0,453 (p < 0,001)$	$r_s = 0,509 (p < 0,001)$
Lazer	$r_s = 0,461 (p < 0,001)$	$r_s = 0,473 (p < 0,001)$

Tabela 3: Correlação entre as variáveis versus FAST total e versus os domínios específicos FAST da amostra de bipolar.

	Fast Total	Autonomia	Ocupação	Cognição	Finanças	Relações interpessoais	Lazer
Idade no início do tratamento	0,300 ^a	0,202	0,252	0,340 ^b	0,253	0,075	0,219
Idade do diagnóstico	0,192	0,110	0,153	0,262 ^a	0,214	0,011	0,149
Número de episódios	0,174	0,126	0,072	0,213	-0,023	0,177	0,259
HAM-D	0,492 ^b	0,406 ^b	0,406 ^b	0,321 ^a	0,322 ^a	0,448 ^b	0,376 ^b
YMRS	0,062	0,087	0,040	0,102	-0,026	0,060	-0,001

^ap < 0,05; ^bp < 0,01

Referências:

1. Weisman MM, Bland PC, Canino GJ et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276: 293-99.
2. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 1999; 50: 142-151.
3. Murray CL, Lopez AD, eds. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.
4. WHO. Chapter 2: Burden of mental and behavioural disorders. The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understandings, New Horizons. Geneva: World Health Organization, 2001.
5. Ollin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 1995 Nov; 152(11):1635-40.

www.inct.info