UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE NEUROCIÊNCIAS E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

TARCISO APARECIDO BATISTA

A EFICÁCIA DA PSICOEDUCAÇÃO DOMICILIAR
EM PACIENTES COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR EM TRATAMENTO
NA REDE COLETIVA DE SAÚDE MENTAL DE RIBEIRÃO PRETO

Ribeirão Preto

2013

TARCISO APARECIDO BATISTA

A EFICÁCIA DA PSICOEDUCAÇÃO DOMICILIAR
EM PACIENTES COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR EM TRATAMENTO
NA REDE COLETIVA DE SAÚDE MENTAL DE RIBEIRÃO PRETO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. Mário Francisco Juruena

Ribeirão Preto

2013

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

Batista, Tarciso Aparecido Batista.

A eficácia da Psicoeducação Domiciliar em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar em tratamento na rede coletiva de Saúde Mental de Ribeirão Preto / Tarciso Aparecido Batista; orientador: Mário Francisco Juruena - Ribeirão Preto, 2013.

146p.

Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento. Área de concentração: Saúde Mental.

1. Transtorno Afetivo Bipolar; 2. Visita Domiciliar;
3. Psicoeducação; 4. Adesão Medicamentosa.

Nome: BATISTA, Tarciso Aparecido.

Título: A eficácia da Psicoeducação Domiciliar em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar em tratamento na rede coletiva de Saúde Mental de Ribeirão Preto.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde Mental

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho

A minha mãe que me ensinou de uma forma tão singela, a dizer sim pra vida, mesmo quando tudo em volta insiste em dizer não. A sua força e a sua fé será sempre um modelo a ser seguido. Obrigado, por ser meu presente e por ainda estar presente em minha vida.

A Ligia, com amor, carinho e muita gratidão. Obrigado por me devolver a calma em momentos de aflição e mostrar que viver, é bem melhor e mais fácil, quando compartilhamos nossa vida com alguém tão especial.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Mario Francisco Juruena pela confiança, apoio, orientação e pela oportunidade oferecida em realizar este estudo.

A minha amiga Sandra, que já algum tempo, por coincidência ou destino, temos percorrido a mesma trajetória em busca de nossos ideais, e agora compartilhamos a realização de mais um deles. Obrigado por ter me apresentado ao Dr. Mario o que viabilizou o início deste projeto e pelas valiosas sugestões na conclusão do mesmo.

As minhas amigas: Nyanne, pela parceria no grupo de psicoeducação, Camila, Cris e Mariana que compartilharam comigo seus conhecimentos contribuindo com meu trabalho.

Aos funcionários do Hospital Dia, pelo acolhimento, atenção e disponibilidade durante a realização desta pesquisa.

Aos meus amigos que iniciaram comigo o grupo de psicoeducação Claudia e Lúcio, Marina, Rose, Dona Graça, Yudi e família, que me deram a oportunidade de aprender e aumentar meus conhecimentos a respeito do Transtorno Afetivo Bipolar.

A Cidinha voluntária, uma das pessoas mais generosas que conheço e que tive o prazer de reencontrar no Hospital Dia depois de tantos anos.

Gostaria de agradecer aos pacientes que participaram deste estudo pelo carinho que me acolheram, abrindo a porta de suas casas, confiando na proposta de estudo apresentada e pela disposição e generosidade em participar desse trabalho.

RESUMO

Introdução: Nas últimas décadas a ideia limitada de que o tratamento para o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) consiste apenas em encontrar a medicação "certa" tem sido amplamente dissipada. A complexidade clínica dessa doença e os diferentes graus de adesão à farmacoterapia, demanda a utilização de opções terapêuticas variadas. Entre as alternativas para suprir essa demanda, tem-se combinado ao tratamento farmacológico uma abordagem psicoeducacional como opção eficaz no tratamento dos indivíduos com TAB. O uso da psicoeducação em formato de grupo tem sido frequentemente utilizada em vários estudos com bons resultados, porém a Psicoeducação Domiciliar ainda não foi avaliada e tal formato não tem sido aplicado em ensaios controlados até o momento. **Objetivo:** o objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia da Psicoeducação Domiciliar em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar, em tratamento farmacológico padrão, realizada em suas residências. **Metodologia:** Trata-se de um estudo randomizado controlado com 30 pacientes portadores de TAB tipo I ou II, de acordo com os critérios do DSM-IV TR; eutímicos com pontuação ≤ 8 na Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) – 17 itens e ≤ 6 na Escala de Mania de Young (YOUNG). A distribuição dos sujeitos em dois grupos foi feita por meio de randomização estratificada. O grupo experimental (GE) composto de 15 pacientes recebeu além do tratamento farmacológico, visitas domiciliares com intervenção psicoeducacional. O grupo controle (GC) composto de 15 pacientes recebeu, além do tratamento farmacológico, visitas domiciliares "placebo", sem intervenção psicoeducacional. Ambos os grupos receberam visitas semanais totalizando 8 sessões, com 90 minutos de duração cada uma. Os instrumentos de avaliação foram a escala de HAM-D para sintomas de depressão, e YOUNG, para a mania. As escalas para avaliar a recuperação funcional foram: WHOQOL-Bref e Escala de Adequação Social (EAS). Utilizou-se para avaliar a adesão medicamentosa a Escala de Adesão Medicamentosa (EAM) e o Teste de Morisk e Green. **Resultados:** Com relação à avaliação sintomática não houve recaída em ambos os polos, maníaco e depressivo, durante o estudo, somente uma diminuição nos escores da escala de HAM-D no grupo experimental ao longo do tempo ($p < 0,01$). Na escala de YOUNG não houve uma diferença significativa entre os tempos e entre grupos ($p = 0,20$). Na avaliação funcional as médias se mantiveram ao longo do tempo na escala EAS ($p = 0,08$) e na escala WHOQOL-bref. Contudo em relação à adesão medicamentosa, no início do estudo a média de adesão no grupo experimental era 60% avaliada pela escala de Morisky e Green, no final do estudo houve um aumento dessa aderência para 93.3% ($p = 0,03$). Na avaliação da Adesão Medicamentosa pela EAM o grupo experimental teve um aumento significativo nas médias ao longo do tempo ($p < 0,001$), confirmando um aumento importante na adesão medicamentosa. **Conclusão:** Os dados demonstraram que uma abordagem Psicoeducacional Domiciliar Breve de 8 sessões realizada em pacientes com TAB teve um impacto significativo na melhora da adesão medicamentosa. Não foi observado impacto funcional, pois as médias das escalas de avaliação funcional não se alteraram significativamente durante o estudo em ambos os grupos. Não foi possível avaliar o impacto clínico da psicoeducação na sintomatologia afetiva destes pacientes, pois desde o início do estudo, eles permaneceram eutímicos, sem recaídas depressivas nem maníacas. A Psicoeducação Domiciliar demonstrou sua eficácia como abordagem psicossocial melhorando a adesão ao tratamento dos pacientes com TAB.

Palavras Chaves: Transtorno Afetivo Bipolar. Visita domiciliar. Psicoeducação. Adesão ao Tratamento.

ABSTRACT

Introduction: In last decades the restricted idea for Bipolar Disorder (BD) treatment was only to find the "right" medication has been largely dispelled. The clinical complexity of this disease, and the different levels of adherence to pharmacotherapy, demands the use of diverse therapeutic options. Among the alternatives to answer this demand, it has combined to pharmacological treatment to psychoeducational approach as an effective option in the treatment of individuals with BD. The use of psychoeducation in group has often been used in several studies with good results, but the Home Visit Psychoeducation at patients homes has not been evaluated and this format has not been applied in controlled trials to current. **Objective:** To evaluate the effectiveness of Home Visit Psychoeducation in patients with bipolar affective disorder in standard pharmacological treatment. **Methodology:** This is a randomized controlled trial with 30 patients with bipolar I or II, according to the DSM-IV TR, with score ≤ 8 on the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) - 17 items ≤ 6 and the Young Mania Rating Scale (YOUNG), follow up at Mental Health System of Ribeirão Preto. The patient's distribution was made by stratified randomization, patients, were divided into stratified blocks according to gender, age, education and marital status. The experimental group (EG) consisting of 15 patients received in addition to pharmacological treatment, home visits with psychoeducational intervention. The control group (CG) composed of 15 patients received, in addition to pharmacological treatment, "placebo" home visits. It is understood by "placebo" home visits unstructured visits without psychoeducational intervention. Both groups received weekly visits in a total of 8 sessions with 90 minutes duration. The scales used to assess symptomatic recovery were: HAM-D for depression, and YOUNG for mania. The Scales to assess functional recovery were: WHOQOL-Bref and the Social Adjustment Scale (SAS). The Medication Adherence Scale (MAS) and the Test of Morisk and Green were used to assess medication adherence. **Results:** In relation to symptomatic assessment there was no relapse in both poles, manic and depressed during the study, only a decrease in scores on HAM-D in the experimental group throughout the time ($p < 0,01$), not significant difference between groups ($p = 0,67$). In YOUNG scale there was no significant difference between times and among groups ($p = 0,20$). The scores of the functional assessment scale EAS remained throughout the time ($p = 0,08$), the scale WHOQOL-bref there was no significant difference in the four domains. However in relation to medication adherence at the beginning of the study the average membership in the experimental group was 60% as assessed by Morisky and Green scale at the end of the study there was an increase this adherence to 93.3% ($p = 0,03$). In the evaluation of the Medication Adherence EAM the experimental group had a significant increase in the average throughout the time ($p < 0,001$), confirming a significant increase in medication adherence. **Conclusion:** Our data demonstrated that a Home Visit Psychoeducational in brief 8 sessions held in homes of patients with BD had a significant impact on improving medication adherence. There was no functional impact, the averages of functional assessment scales have not significantly changes during the study in both groups. It was not possible to assess the clinical impact of psychoeducation on affective symptomatology of these patients, because since the beginning of the study, they remained euthymic, without depressive relapses nor manic.

Key Words: Bipolar Disorder. Visit Home. Psychoeducation. Treatment Adherence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
DSM-IV TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition</i>
EAM	Escala de Adesão Medicamentosa
EAS	Escala de Adequação Social
Epm	Erro padrão da média
GC	Grupo Controle
GE	Grupo Experimental
HAM-D	<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>
HC-FMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HD	Hospital Dia
PE	Psicoeducação
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TB-SOE.	Transtornos Bipolar sem outra especificação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHOQOL-bref	Escala de Qualidade de Vida – versão abreviada
YMRS	<i>Young Mania Rating Scale</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

d.f.	Graus de liberdade
n	Numero de sujeito na amostra
®	Marca registrada
p	Nível de significância estatística
r	Coeficiente de correlação de Pearson
t	Teste t-student
χ^2	Chi-square

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Níveis e os objetivos dos mecanismos de ação da psicoeducação	30
Tabela 2. Sessões para uma versão reduzida do programa psicoeducacional para pacientes bipolares	32
Tabela 3. Revisão dos estudos controlados com PE adaptado de acordo com Batista et al, 2010.....	33
Tabela 4. Características sócio demográficas e clínicas da amostra geral	54
Tabela 5. Medicções utilizadas no momento da admissão do estudo.....	55
Tabela 6. Médias da escala de HAM-D ao longo do tempo Pré (0 semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana)	56
Tabela 7. Comparações da escala de HAM-D ao longo do tempo Pré (0semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana) intra e entre os grupos controle (sem psicoeducação) e experimental (com psicoeducação).....	57
Tabela 8. Médias da escala de YOUNG ao longo do tempo Pré (0semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana).	58
Tabela 9. Comparações entre grupos YOUNG ao longo do tempo Pré (0semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana) intra e entre os grupos controle (sem psicoeducação) e experimental (com psicoeducação).....	58
Tabela 10. Estatística descritiva WHOQOL ao longo do tempo Pré (0semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana) - domínio 1- Físico	60
Tabela 11. Comparações das variáveis ao longo do tempo Pré (0semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana) intra e entre os grupos controle (sem psicoeducação) e experimental (com psicoeducação) no domínio 1 – Físico.....	60

Tabela 12. Estatística descritiva WHOQOL ao longo do tempo Pré (0 semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana) no domínio 2- Psicológico.....	61
--	----

Tabela 13. Comparações das variáveis ao longo do tempo Pré (0 semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana) intra e entre os grupos controle (sem psicoeducação) e experimental (com psicoeducação) no domínio 2 – Psicológico ..	61
---	----

Tabela 14. Estatística descritiva WHOQOL ao longo do tempo Pré (0 semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana). - domínio 3 - Relações Sociais	61
---	----

Tabela 15. Comparações das variáveis ao longo do tempo Pré (0 semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana) intra e entre os grupos controle (sem psicoeducação) e experimental (com psicoeducação) no domínio 3 - Relações Sociais.....	62
--	----

Tabela 16. Estatística descritiva WHOQOL ao longo do tempo Pré (0 semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana). - domínio 4- Meio Ambiente.....	62
--	----

Tabela 17. Comparações das variáveis ao longo do tempo Pré (0 semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana) intra e entre os grupos controle (sem psicoeducação) e experimental (com psicoeducação) no domínio 4 - Meio Ambiente	62
--	----

Tabela 18. Médias da EAS ao longo do tempo Pré (0 semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana)	62
---	----

Tabela 19. Médias da Escala de Adesão ao longo do tempo Pré (0 semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana).....	64
---	----

Tabela 20. Comparações das variáveis Escala de Adesão ao longo do tempo Pré (0semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana) intra e entre os grupos controle (sem psicoeducação) e experimental (com psicoeducação)	64
---	----

Tabela 21. Médias de adesão medicamentosa ao longo do tempo de acordo com o teste de Morisk e Green ao longo do tempo Pré (0semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana).....	64
--	----

Tabela 22. Médias de adesão medicamentosa comparada entre grupos de acordo com o teste de Morisk e Green ao longo do tempo Pré (0semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana)	66
--	----

Tabela 23. Comportamento relacionado à não adesão medicamentosa	67
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fases do tratamento	23
-------------------------------------	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Resultado da escala de HAM-D ao longo do tempo (pré – durante – pós) dos grupos controle e experimental.	57
Gráfico 2 - Resultados da escala de YOUNG ao longo do tempo.....	59
Gráfico 3 - Médias da EAS nos grupos controle e experimental..	63
Gráfico 4 - Médias da Escala de Adesão nos grupos controle e experimental.....	65
Gráfico 5 - Médias de adesão medicamentosa avaliadas pelo teste de Morisk e Green dos grupos controle e experimental ao longo do tempo	66

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 A RELEVÂNCIA DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR.....	18
1.1.1 <i>Epidemiologia</i>	18
1.1.2 <i>Crítérios diagnósticos</i>	19
1.1.3 <i>Sintomatologia</i>	20
1.2 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	21
1.3 ADESÃO AO TRATAMENTO	23
1.4 ADESÃO MEDICAMENTOSA E TRANSTORNO BIPOLAR.....	24
1.5 MENSURAÇÃO DA ADESÃO TERAPÊUTICA	25
1.6 QUALIDADE DE VIDA E ADEQUAÇÃO SOCIAL	26
1.7 INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS.....	27
1.8 PSICOEDUCAÇÃO	28
1.8.1 <i>Mecanismos de ação da psicoeducação</i>	29
1.8.2 <i>Quando introduzir a psicoeducação</i>	31
1.9 REVISÃO DA LITERATURA	32
2 OBJETIVOS.....	39
2.1 GERAIS	40
2.2 ESPECÍFICOS.....	40
3 METODOLOGIA	41
3.1 ASPECTOS ÉTICOS	42
3.2 DESENHO DO ESTUDO.....	42
3.3 LOCAL	42
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	43
3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	43
3.6 SUJEITOS	43
3.7 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	44
3.8 PROCEDIMENTOS.....	49
3.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA	50
4 RESULTADOS.....	52
4.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	53
4.2 RESULTADOS DAS ESCALAS DE MEDIDA.....	56
5 DISCUSSÃO	68
6 CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS.....	79
ANEXOS	89

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) caracteriza-se por altos índices de recorrência de episódios depressivos e maníacos e baixo índice de adesão farmacoterápica ao longo da vida, mesmo utilizando, em seu tratamento, as mais adequadas estratégias medicamentosas. Alguns estudos mostram que a farmacoterapia sozinha apresenta baixa eficácia em alguns objetivos terapêuticos, tais como informações e ajustamentos à doença, suporte emocional e familiar, identificação precoce de sinais prodrômicos dos sintomas e o desenvolvimento de estratégias para lidar com as consequências psicossociais de episódios passados e futuros (COLOM; VIETA, 2004).

Consideram-se assim necessários novos investimentos na área da saúde visando a preparar o indivíduo com TAB para a convivência de forma adequada com a doença e a necessidade deste ser preparado e apoiado por profissionais de saúde mental para que possa envolver-se no tratamento. É imprescindível que os pacientes estejam cientes da psicopatologia, compreendendo melhor sobre o curso da evolução da doença e do controle da mesma, conseguindo identificar fatores sociais e pessoais que possam interferir na evolução da doença, no prognóstico e na adesão ao tratamento.

A complexidade clínica dessa doença, a presença de diversas comorbidades e os diferentes graus de adesão à farmacoterapia, demanda a criação de opções terapêuticas variadas. Entre as alternativas para suprir essa demanda, recentemente, tem-se combinado ao tratamento farmacológico uma abordagem psicoeducacional como opção eficaz no tratamento dos indivíduos com TAB.

Vários ensaios clínicos têm demonstrado a alta eficácia de programas para a prevenção de recaídas com base na psicoeducação estando esta intervenção psicossocial entre as mais amplamente estudadas. Seu uso em formato de grupo tem sido frequentemente utilizado, tendo demonstrado em vários estudos uma boa aplicabilidade, porém ainda é necessária a realização de estudos que comprovem a eficácia da psicoeducação em visitas domiciliares. Com isso, visando a objetivar a terapêutica e procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território através de uma participação ativa em seu convívio familiar, compartilhando o modelo biopsicossocial que propõe manter o paciente na comunidade, neste estudo optou-se pela realização da psicoeducação através de visitas domiciliares, com o objetivo de um atendimento completo e integrado ao paciente.

1.1 A relevância do transtorno afetivo bipolar

1.1.1 Epidemiologia

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), por representar um quadro grave, apresenta-se como um grande problema de saúde pública na atualidade (LÓPEZ, 1998), incluindo tanto um grande peso econômico (GOETZEL *et al.*, 2003) como altas taxas de mortalidade (TSAI *et al.*, 2002; ANGST *et al.*, 2002). A doença bipolar refere-se a um grupo de síndromes clínicas específicas, cuja característica predominante envolve perturbações do humor acompanhadas de alterações comportamentais e fisiológicas (GOODWIN & JAMISON, 2007). Possui um curso caracteristicamente variável, usualmente causando prejuízo psicossocial (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000). É considerada uma doença episódica, crônica, compreendendo-se por patologia crônica aquela que é recorrente e incurável, que pode ser tratada e controlada via medicamentos e mudanças nos hábitos de vida (SUPPES; DENNEHY, 2009).

Woods (2000) constatou que o TAB está classificado como a sexta causa de incapacidade para indivíduos entre 15 e 44 anos. Judd e Akiskal (2002) observaram, em bipolares, uma maior utilização dos serviços de saúde ao longo da vida, maior necessidade de benefícios por invalidez. O risco de suicídio para pacientes com TAB é mais alto do que qualquer outro transtorno mental (GOODWIN & JAMISON, 2007). Até 60% dos bipolares tipo II tentam suicídio durante a evolução do transtorno (JURUENA *et al.*, 2000). O TAB apresenta altas taxas de comorbidade. Um estudo populacional mostrou que dentre os pacientes com TAB, 46% tinham abuso ou dependência de álcool, 41% abuso ou dependência de outras substâncias, 21% transtorno de pânico e 21% transtorno obsessivo-compulsivo (SAJATOVIC, 2005).

As causas são multifatoriais e pesquisas mostram relação com um distúrbio bioquímico, instabilidade na transmissão de impulsos nervosos no cérebro, tornando as pessoas com esse problema mais vulneráveis a tensões emocionais, físicas e sociais (KEILA, 1999).

As estimativas acerca de sua prevalência na população são em geral conservadoras, tendo em vista a utilização de estritos critérios diagnósticos propostos nas classificações categoriais em uso atualmente. Assim, a prevalência ao

longo da vida, encontrada nos EUA para o Transtorno Bipolar do tipo I, alcança 1%. Na cidade de São Paulo essa prevalência também é de 1% (ANDRADE *et al.*, 2002).

Estudos recentes considerando critérios mais abrangentes, o que permite incluir alterações do humor menos intensas, mas não menos graves, apresentam prevalência de 4% a 8% durante a vida para o continuum bipolar. Com relação ao gênero não há diferença entre homens e mulheres para a prevalência do TAB I, mas o TAB II parece ser mais frequente nas mulheres (KUSUMAKAR *et al.*, 1997). Ainda é uma doença subdiagnosticada e limitadamente reconhecida entre os clínicos e a população em geral, por essa razão, uma grande porcentagem dessa população permanece desassistida. Essa realidade é ainda mais acentuada em países como o Brasil. Seus custos financeiro, psicológico e social, tanto para os pacientes como para toda a sociedade, são extremamente altos (LAM *et al.*, 2005).

1.1.2 Critérios diagnósticos

Conforme critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR (APA, 2002), os transtornos bipolares fazem parte dos transtornos do Eixo I e dividem-se em TAB-I, TAB-II e Transtorno Ciclotímico, além dos Transtornos do Humor Bipolar sem outra especificação – TB-SOE.

Os estudos relatados nos trabalhos de Hagop Akiskal, como observado em Akiskal e Pinto (1999), expandem as categorias diagnósticas de tipo I, tipo II e ciclotimia para além dos critérios usualmente utilizados:

- TAB tipo I, caracterizado por Mania plena ou síndrome maníaca clássica com sintomas psicóticos. Por outro lado, em alguns casos, o início do quadro pode apresentar uma mistura de Depressão e Mania, chamada por alguns autores de Mania Disfórica;
- TAB tipo II, caracterizado pela presença de episódios moderados ou severos de depressão intercalados com períodos de hipomania de, no mínimo, quatro dias de duração;
- TAB tipo III, caracterizado pela presença em alguns pacientes que apresentam episódios de hipomania ou mania quando em uso de antidepressivos, usualmente observado naqueles com temperamento ciclotímico prévio por abuso de estimulantes. Os autores propõem essa

categoria para pacientes que apresentam episódios de hipomania ou mania diretamente associada ao uso de estimulantes;

- TAB tipo IV, caracterizado pela presença de depressão hipertímica, observada em pacientes que apresentam temperamento hipertímico de longa duração, com episódios depressivos tardios sobrepostos (AKISKAL *et al.*, 2000).

1.1.3 Sintomatologia

Mania

O episódio clássico (com humor eufórico) da mania é o de maior confiabilidade entre todos os diagnósticos psiquiátricos. Na fase de mania o humor é expansivo ou eufórico, podendo ser irritável e desinibido. Há, também, diminuição da necessidade de sono, inquietação, agitação psicomotora, aumento de energia e de libido. Além disso, é comum ocorrer nessa fase ideias de grandeza, prolixidade, pressão para falar, prejuízo da crítica e aumento da impulsividade. Assim, a conduta social torna-se inadequada, o indivíduo pode ficar indiscreto, invasivo, bem como aumentar o consumo de álcool e/ou outras drogas, aumentar os gastos financeiros e o envolvimento em atividades potencialmente danosas, como dirigir em alta velocidade, promiscuidade sexual e dívidas (MORENO; ALMEIDA, 2005).

Hipomania

O quadro de hipomania é descrito como uma mania atenuada, sendo que as alterações devem ser notórias, geralmente percebidas por outros, não levando ao comprometimento funcional do indivíduo e não inclui sintomas psicóticos (MORENO; ALMEIDA, 2005). Ao contrário da mania, a hipomania, conforme definição do DSM-IV, apresenta pouca confiabilidade diagnóstica (BENAZZI; AKISKAL, 2003). Seu diagnóstico diferencial com o humor normal é muitas vezes difícil. A sua definição e extensão é a origem de dados epidemiológicos discrepantes na prevalência de TB (ANGST *et al.*, 2003).

Depressão

O episódio depressivo é caracterizado, principalmente, por alterações no humor, na psicomotricidade, na cognição e nas funções vegetativas, alterações estas opostas às que ocorrem na mania. Os principais sintomas são: humor depressivo, incapacidade de sentir alegria ou prazer, diminuição da energia, lentificação ou agitação psicomotora, diminuição da libido, apetite e sono, dificuldades de concentração e pensamentos de cunho negativo, podendo ocorrer ideação suicida e/ou sintomas psicóticos. Apesar dos sintomas maníacos ou hipomaníacos do TAB serem mais característicos, os sintomas depressivos costumam ser mais frequentes (JUDD *et al.*, 2002, 2003). Pacientes com doença bipolar geralmente apresentam-se inicialmente com depressão e no curso da sua doença podem estar nesse estado cerca de 3 vezes mais do que no estado de Mania/Hipomania. O episódio depressivo bipolar é praticamente indistinguível do unipolar na ausência dos sintomas de mania, é difícil de diferenciar entre doença bipolar ou depressão unipolar (EMILIEN *et al.*, 2007).

Episódio Misto

No episódio misto, também conhecido como mania disfórica ou mista, o paciente apresenta uma superposição de sintomas depressivos e maníacos, com grave irritabilidade, sentimentos de ira e ódio, expressão facial e comportamento incompatíveis com as queixas depressivas (ressonância afetiva), podendo haver demonstrações de violência e auto ou hetero agressividade incontroláveis. (MORENO; ALMEIDA, 2005). No DSM-IV o critério para episódio misto é bastante restritivo: há necessidade de se preencher critérios por uma semana para um episódio depressivo maior e um episódio maníaco ao mesmo tempo (APA, 2000).

1.2 Tratamento medicamentoso

O diagnóstico e o tratamento do TAB permanecem como assuntos clínicos complexos. Apesar de sua severidade e cronicidade, frequentemente é tanto não detectado, ou não diagnosticado, quanto é frequentemente tratado de modo

inadequado. Dado o significativo grau de morbidade e mortalidade associado com essa doença, atividades clínicas e de pesquisa têm focado na identificação de intervenções farmacológicas e psicossociais que resultem em índices de eficácia terapêutica satisfatórios (PERLICK *et al.*, 2007; ZARETSKY *et al.*, 2007; FOUNTOULAKIS & VIETA, 2008).

Atualmente, o tratamento farmacológico é considerado indispensável no transtorno bipolar (POST *et al.*, 2005; FOUNTOULAKIS & VIETA, 2008), e compreende os medicamentos estabilizadores do humor, tais como o Lítio, Anticonvulsivantes, Antipsicóticos e Ansiolítico. Estes visam o controle da fase aguda e a prevenção de novos episódios. Esse arsenal farmacológico disponível para o tratamento de transtornos bipolares tem aumentado consideravelmente na última década com a aparição de novas drogas com menos efeitos colaterais para os usuários, que combinam boa eficácia com melhor tolerabilidade (FREY *et al.*, 2004).

Ainda, por ser o TAB caracterizado por diferentes fases, alguns agentes podem ser eficazes somente em uma fase do transtorno, sendo a polifarmácia frequentemente utilizada para tratar os sintomas subsindrômicos persistentes após o fracasso da monoterapia (MACHADO-VIEIRA; SOARES, 2007).

O tratamento é dividido em três fases: aguda, continuação e manutenção. Os objetivos na fase aguda são tratar a mania sem causar depressão, ou melhorar a depressão sem causar mania; já a fase de continuação visa manter o paciente em estado de eutímia, reduzir os efeitos colaterais, reduzir as possibilidades de recaída; e os objetivos da manutenção são prevenir a mania ou depressão, mantendo o indivíduo em estado de eutímia, que é quando o paciente não apresenta sintomas e está reinserido na comunidade em suas atividades rotineiras, maximizando sua recuperação funcional. Vale ressaltar que o retorno de alguns sintomas durante o tratamento de continuação é considerado uma recaída, e na fase de manutenção, recorrência (SOUZA, 2005).

Figura1 - Fases do tratamento. Adaptado de Kupfer DJ (1991).

1.3 Adesão ao Tratamento

A adesão à terapêutica é um fenômeno sujeito à influência de múltiplos fatores que afetam diretamente o paciente e podem determinar o comportamento da pessoa em relação às recomendações referentes ao tratamento de sua doença. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), adesão ao tratamento se refere a conduta em que uma pessoa irá seguir em relação a sua medicação, a dieta e/ou mudar seu estilo de vida – correspondente às recomendações de um profissional de saúde. (HORNE, 2006).

Melhorar a adesão ao tratamento pode ser o melhor investimento para gerenciar as condições crônicas de maneira efetiva. Por sua magnitude, a não adesão ou a baixa adesão à terapêutica constituem problemas de saúde pública, sendo responsáveis por grandes frustrações na psiquiatria (JORGE *et al.*, 2003).

Em fase assintomática de doenças, há tendência de menor utilização dos fármacos prescritos, e nos períodos de maior gravidade e presença de sintomas, o doente tende a tornar-se mais aderente à prescrição e às orientações do médico (LEITE; VASCONCELLOS, 2003, CHATKIN *et al.* 2006).

Para Chatkin *et al.* (2006), os pacientes considerados não aderentes a um tratamento podem ter recebido poucas orientações e podem não ter entendido corretamente as informações que lhes foram repassadas.

A adesão é menor quando a doença é prolongada, quando o tratamento é profilático (e não curativo) e quando as consequências de se parar o tratamento demoram mais para aparecer (a recaída não é imediata). Nesses transtornos, a adesão diminui progressivamente com o tempo. Em média, a não adesão para transtornos psiquiátricos em geral gira em torno de 50% (FENTON *et al.*, 1997).

1.4 Adesão medicamentosa e Transtorno Bipolar

Para que ocorra o pleno efeito terapêutico do medicamento prescrito para o TAB é necessário que a prescrição seja rigorosamente seguida. Um problema comum no tratamento desse transtorno é que as pessoas nem sempre tomam os medicamentos regularmente, deixando uma lacuna entre a eficácia e a efetividade dos estabilizadores de humor, pois sabe-se que 66% dos pacientes bipolares tratados com lítio respondem ao tratamento, mas somente a metade deles apresenta benefícios clínicos (SCOTT; POPE, 2002a).

As taxas de não-adesão são altas em transtorno bipolar, representando 47% em alguma fase do tratamento ou 52% durante um período de dois anos, enquanto que pacientes inicialmente tratados com lítio permanecem em tratamento somente por seis meses. Essa atitude por parte do paciente pode aumentar a recorrência de mania, pois 60% dos pacientes internados com mania aguda apresentam falhas no uso da medicação no mês que antecede a sua hospitalização. A frequência de episódios depressivos, hospitalizações e suicídios também aumentam com a não adesão (GREENHOUSE *et al.*, 2000).

As principais atitudes apontadas pelos pacientes não-aderentes são: a negação da doença; a oposição em fazer um tratamento profilático, principalmente a longo prazo; a falta de efetividade do lítio e o receio em ter efeitos adversos. Isso parece refletir a falta de *insight* ou aspectos de funcionamento neuropsicossocial destes pacientes (SCOTT; POPE, 2002b). Outras razões apontadas pelos pacientes para não usarem os estabilizadores de humor são: a ideia em ter seu humor controlado por medicamentos; não aceitarem o fato de ter uma doença crônica; sentirem-se bem não havendo a necessidade da medicação; sentirem-se menos atrativos ao cônjuge e aos amigos; sentirem falta dos “altos”; sentirem-se deprimidos, menos criativos e produtivos (GREENHOUSE *et al.*, 2000; LINGAM; SCOTT, 2002).

1.5 Mensuração da adesão terapêutica

A grande dificuldade existente no momento para a mensuração da não-adesão terapêutica é a ausência de instrumentos que consigam discriminar com acurácia as dimensões desse fenômeno que variam desde a não-adesão parcial, até a não-adesão irregular a total. Avaliações precisas da não-adesão terapêutica em pacientes bipolares é extremamente difícil e complexa (SAJATOVIC *et al.*, 2006). Essa dificuldade ainda é exacerbada pela ausência de consenso em qual é o melhor instrumento para medir a não-adesão (POMYKACZ; COLS, 2007).

Hoje, os métodos para verificar a adesão podem ser divididos em diretos e indiretos. Todos têm suas vantagens e desvantagens, mas nenhum é considerado um padrão ouro. Não existe, até o momento, nenhuma medida que seja considerada a ideal (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

Medidas de concentração plasmática do fármaco ou seu metabólito no sangue, são os principais exemplos de medida direta da adesão ao tratamento. Esses métodos, entretanto, são bastante caros, incômodo para o profissional de saúde e suscetíveis a distorções pelo paciente. Mesmo assim, em alguns casos essas medidas são melhores indicadores de adesão como no caso de drogas antiepiléticas como fenitoína e ácido valpróico, no qual doses subterapêuticas indicam uma pobre adesão (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

Dentre os métodos indiretos os mais usados são os questionários para medir a adesão. Apesar da baixa sensibilidade e acurácia, os questionários são os mais utilizados por apresentarem custo relativamente baixo e aplicação factível em grandes populações. Esses instrumentos podem ser úteis na diferenciação entre baixa adesão e não resposta ao tratamento (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

Morisky *et al.* (1986) desenvolveram uma medida de quatro itens para avaliar a adesão aos tratamentos, a cujos itens os inquiridos respondiam de forma dicotômica (i.e. “sim/não”). Esse método oferece boas qualidades psicométricas, permite ao mesmo tempo uma aplicação extensiva, regular, e que se adapta facilmente a qualquer contexto clínico. Segundo os autores a originalidade dessa escala, relativamente a outras formas de self-report, residiria, fundamentalmente, na construção das questões pela negativa, em que a resposta “não” significa adesão. Esse fato permitiria, segundo os mesmos autores, evitar os enviesamentos de

alguma propensão para a aquiescência e, desta forma, fugir pelo menos a parte dos inconvenientes acima referidos quando se pergunta aos doentes se aderiram ao tratamento.

1.6 Qualidade de vida e adequação social

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de saúde é gozar de bem-estar físico, mental e social, levando os profissionais da área da saúde a observar as repercussões das doenças na qualidade de vida do paciente (MELLO; MARQUES, 1995).

A *World Health Organization* (1995) define qualidade de vida como uma percepção individual no que diz respeito à posição de sua vida no contexto dos sistemas da cultura e dos valores em que vive e com relação a seus objetivos, expectativas, padrões e interesses. Considera como um conceito amplo que pode ser modificado de maneira complexa por vários fatores, como saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relacionamentos sociais, crenças pessoais e sua relação com o ambiente em que vive.

A avaliação da qualidade de vida tem sido cada vez mais utilizada na área da saúde, principalmente, depois que suas propriedades de medida foram comprovadas como um parâmetro válido, reproduzível. Uma das formas mais empregadas de avaliação são os questionários, que têm por finalidade transformar medidas subjetivas em dados objetivos que possam ser quantificados e analisados de forma global ou específica. Assim, a mensuração do impacto da doença na qualidade de vida do paciente torna-se uma ferramenta cada vez mais importante (CICONELLI, 2003).

O conceito de adequação social baseia-se na integração de múltiplos fatores que interferem no comportamento do indivíduo perante as situações da vida cotidiana. De modo geral, o ajustamento social é definido como a interação entre o indivíduo e o ambiente social (GORENSTEIN, *et al.*, 2000, PACINI & SARMIENTO, 2008).

Há evidência de prejuízo funcional significativo em pacientes bipolares. Estudos sugerem que os pacientes experimentam dificuldades no funcionamento psicossocial e ocupacional, (CALABRESE *et al.*, 2004, MORGAN *et*

al., 2005) e nas relações interpessoais (LAM *et al.*, 2005). Além disso, o TAB está associado a uma pior qualidade de vida, e comprometimento cognitivo (MICHALAK *et al.*, 2006, ALTSHULER *et al.*, 2004). É sabido que uma grande parcela de pacientes com esse transtorno não consegue retomar suas atividades diárias mesmo após o início do tratamento medicamentoso e a recuperação sindrômica. Estima-se que o TAB leva a algum grau de prejuízo psicossocial durante 54 a 59% dos meses (JUDD *et al.*, 2008). Por tal razão, atualmente, há uma crescente preocupação acerca de desfechos como qualidade de vida, reinserção no mercado de trabalho, melhora na qualidade dos relacionamentos sociais e resiliência, por exemplo.

A aplicação de instrumentos que avaliam a qualidade de vida e adequação social é grande utilidade para uma melhor compreensão do quadro clínico e elaboração de estratégias de tratamento mais adequadas, que poderão melhorar os indicadores de sucesso terapêutico.

Entre as ferramentas de mensuração da qualidade de vida e adequação social temos a Escala de Avaliação de Qualidade de Vida WHOQOL e Escala de Adequação Social – EAS que serão descritas posteriormente.

1.7 Intervenções psicossociais

O tratamento para pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar também consiste em estratégias não farmacológicas. E como estratégia não farmacológica a incorporação dos tratamentos psicológicos às rotinas terapêuticas dos transtornos bipolares é, hoje em dia, um fato indiscutível, baseado tanto na evidência de sua eficácia como na experiência clínica da realidade prática (VIETA, 2005, MIKLOWITZ, 2008).

Na esfera psicossocial, uma associação entre estressores e a precipitação de episódios bipolares tem sido claramente documentada (MALKOFF-SCHWARTZ *et al.*, 1998, FREY *et al.*, 2007). Consequentemente, intervenções psicológicas vêm, de forma crescente, sendo reconhecidas como um componente integral do tratamento para o transtorno bipolar (COLOM & VIETA, 2004). Estudos recentes mostram que essas intervenções psicossociais podem ser ferramentas efetivas no tratamento desses pacientes (ZARETSKY *et al.*, 2007).

Segundo Colom & Vietá (2004), a farmacoterapia sozinha apresenta baixa eficácia em alguns objetivos terapêuticos, tais como informações e ajustamento a uma doença crônica, suporte emocional e familiar, identificação precoce dos sinais prodrômicos, dos sintomas e o desenvolvimento de estratégias para lidar com as consequências psicossociais de episódios passados e futuros. A combinação entre a farmacoterapia e uma abordagem psicossocial provavelmente é a melhor maneira de alcançar uma boa adesão terapêutica.

Dentro desse contexto o uso de abordagens estruturadas que se destinam especificamente ao tratamento do TAB tem aumentado nos últimos anos, em especial a partir da segunda metade da década de 90. As diferentes abordagens psicossociais estruturadas têm procurado aumentar o tempo de remissão da doença, aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso, lidar com fatores de estresse e melhorar as habilidades de comunicação e resolução de problemas desses pacientes. Na ampla maioria dos ensaios clínicos que avaliaram a eficácia dessas abordagens, elas são inclusas em condição *add-on*, ou seja, como uma condição adicional ao tratamento farmacológico tradicionalmente oferecido aos pacientes, embora existam algumas exceções (SWARTZ *et al.*, 2009).

Assim, abordagens psicoterapêuticas específicas têm sido estudadas, incluindo a psicoeducação em grupo, o tratamento focado na família, a terapia cognitiva e a terapia interpessoal e de ritmo social. (MIKLOWITZ *et al.*, 2003)

Na atualidade, as mais importantes diretrizes clínicas optam pela inclusão de algum tipo de intervenção psicológica, como a terapia cognitiva (JURUENA, 2001) e, principalmente, a psicoeducação do paciente ou do cuidador no tratamento de manutenção dos pacientes bipolares (GOODWIN, 2003). A psicoeducação pode ser desenvolvida individualmente ou em grupo, por diferentes profissionais de saúde, desde que capacitados para lidar com as reações associadas ao tema discutido (ANDRADE, 1999).

1.8 Psicoeducação

A psicoeducação é a forma de intervenção psicossocial que vem sendo mais amplamente estudada, sendo um componente essencial do tratamento combinado do transtorno bipolar, para melhorar o *insight* sobre a doença, lidar com a

estigmatização, melhorar a adesão ao tratamento, ensinar o paciente e a família a identificar os sinais precoces de uma crise, promover hábitos saudáveis, a regularidade no estilo de vida e evitar o abuso de substâncias. (PERRY *et al.*, 1999, COLOM *et al.*, 1998). Para Colom e Vieta (2004), a psicoeducação permite ao paciente acesso a um direito fundamental: o de ser informado sobre sua doença. Constitui um potente instrumento não apenas para melhorar o desfecho dos pacientes, mas para auxiliá-los a gerenciar desespero, medos, estigma e baixa auto-estima (COLOM *et al.*, 2004).

A relação estreita entre o conhecimento que um paciente tem sobre a sua patologia e uma melhoria em seu curso, é um axioma aplicável aos distúrbios psiquiátricos e outras desordens médicas. Em casos de diabetes, por exemplo, é muitas vezes útil, ou praticamente decisivo, que pacientes recentemente diagnosticados participem de oficinas de psicoeducação em que sua doença é explicada a eles – o tipo da dieta e hábitos comportamentais são recomendados, como eles devem verificar o seu nível de açúcar no sangue e como injetar-se a insulina. Algo semelhante ocorre com certas patologias cardiovasculares, bem como com a asma (LINDEN, 2000, OLMSTED, 2002). No caso de perturbações bipolares, uma patologia que é complexa do ponto de vista clínico e conceitual, bem como seu tratamento, é imprescindível para um paciente diagnosticado recentemente ser capaz de adquirir conhecimento suficiente a respeito de seu transtorno, permitindo uma boa gestão de sua doença. Isso torna ainda mais necessário implementar a psicoeducação nos algoritmos de tratamento do paciente bipolar. Além disso, um programa de psicoeducação é essencial no contexto da saúde pública, em que o tempo limitado disponível ao psiquiatra para um exame clínico torna o relacionamento médico–paciente em um breve encontro, na maioria dos casos, sem tempo para o componente educativo. Além do que, a psicoeducação é uma forma eficaz, eficiente e econômica de complementar o tratamento farmacológico e deixar o paciente com o conhecimento necessário para controlar o transtorno (COLOM; VIETA, 2006).

1.8.1 Mecanismos de ação da psicoeducação

O objetivo final de qualquer tratamento deve ser uma redução dos sintomas e uma melhoria no decurso de uma doença específica. Isto é verdade tanto para os tratamentos farmacológicos bem como o tratamento psicológico. Os mecanismos de

ação da psicoeducação podem ser divididos em três níveis (Tabela 1). No primeiro nível encontramos os mecanismos básicos que compõem objetivos parciais, cuja falta de cumprimento nos leva a dizer simplesmente que a psicoeducação não funcionou. Eles incluem o fornecimento ao paciente de uma consciência adequada do distúrbio (e também do episódio, quando necessário), melhorar a adesão farmacológica e facilitar a detecção precoce de novos episódios. Os três mecanismos básicos são provavelmente aqueles que são mais capazes de explicar os bons resultados do programa (COLOM; VIETA, 2006).

Em um segundo nível estão colocados os mecanismos de segunda ordem, isto é, objetivos parciais desejáveis que não sejam, no entanto, responsabilidade exclusiva do programa de psicoeducação. No terceiro nível estão os objetivos desejáveis que são considerados parte de um "cenário excelente", que devem ser atingidos uma vez que os níveis anteriores foram cobertos (COLOM; VIETA, 2006).

Tabela 1 - Níveis e os objetivos dos mecanismos de ação da psicoeducação segundo Colom e Vieta (2006, p 31.)

<p><i>Objetivos primários</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● A consciência da desordem ● A detecção precoce de sintomas de alerta ● A adesão ao tratamento
<p><i>Objetivos secundários</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Controlar o estresse ● Evitar o uso e abuso de drogas ● Conseguir regularidade no estilo de vida ● Prevenção de comportamento suicida
<p><i>Objetivos terciários (que são desejáveis, ou terapêutica de excelência).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aumentar o conhecimento enfrentando as consequências psicossociais do passado e de futuro episódios ● Melhorar a atividade social e interpessoal entre os episódios ● Confrontar sintomas residuais sub-sindrômicos e comprometimento ● Aumento do bem-estar e a melhoria da qualidade de vida

Um dos temas principais, que é abordado na psicoeducação, diz respeito à melhora na adesão ao tratamento, em geral muito ruim em pacientes bipolares, mesmo quando eutímicos, o programa dedica praticamente um terço de suas sessões a essa questão. A baixa adesão tem geralmente muito a ver com desinformação e ignorância, como mostra o estudo de Morselli *et al.* (2002, p.131), em que as razões mais frequentemente citadas, foram "sentir-se dependente", "sentir que tomar as medicações é uma escravidão", "sentir medo", preocupação sobre os efeitos colaterais de longo prazo e "sentir vergonha". Mostrando que todas essas razões têm a ver com a falta de informação, ao passo que outras razões, tradicionalmente consideradas pelos psiquiatras como efeitos colaterais, foram citadas por menos de 5% dos pacientes.

Outro tema elementar na psicoeducação ao paciente com TAB é o consumo de drogas estimulantes, sendo necessário trabalhar com os bipolares a necessidade de observar que essas substâncias incluem não só as drogas ilegais e álcool, mas também "produtos de uso diário", como a cafeína - o que normalmente tem um efeito devastador sobre o curso do transtorno bipolar.

1.8.2. Quando introduzir a psicoeducação.

Segundo o grupo de Barcelona, para a introdução de um programa de psicoeducação, é recomendado começar o tratamento quando o paciente está eutímico. Um paciente maníaco não deve absolutamente ser introduzido em um programa de psicoeducação devido ao comportamento e alterações próprias da mania como a distratibilidade, e alterações cognitivas, o que seria difícil para o paciente se beneficiar do tratamento.

Da mesma forma, pacientes gravemente deprimidos não devem ser incluídos em um programa psicoeducacional, entre outras coisas, porque não se obteria benefício em função de suas próprias alterações cognitivas (atenção, lentidão e dificuldades de memória). Além disso, existe um risco de piora do quadro acentuando a falta de esperança, porque um paciente deprimido facilmente se apegue a parte mais negativa das informações fornecidas. Se um paciente incluído no programa de psicoeducação de repente sofre um episódio depressivo grave, é sugerido que ele seja retirado do programa oferecendo a possibilidade do mesmo

continuar com um acompanhamento e seguimento no serviço, para evitar a sensação de abandono, com a possibilidade de ser incorporado em uma psicoeducação posterior.

O tratamento psicoeducativo tem, portanto, um caráter claramente preventivo, e não é, em nenhum caso, válido para abordar um episódio agudo, por essa razão deve-se iniciar esse tratamento quando o paciente estiver assintomático (VIETA, 2012).

O programa de psicoeducação apresentado pelo grupo de Barcelona consiste em duas versões de psicoeducação sendo uma com 21 sessões e uma versão reduzida de 8 sessões. A eficácia do programa de psicoeducação com sessões reduzidas, apesar de pouco testadas, em comparação com o programa de 21 sessões, também se mostra eficaz. Na Tabela 2 temos o modelo do programa reduzido de psicoeducação:

Tabela 2 - Sessões para uma versão reduzida do programa psicoeducacional para pacientes bipolares, segundo Colom e Vieta (2006, p.37)

Sessão 1. Conceito e causas
Sessão 2. Sintomas I: Mania e hipomania
Sessão 3. Sintomas II: Depressão e condições mistas
Sessão 4. Evolução e prognóstico
Sessão 5. Estabilizadores do humor
Sessão 6. Drogas antipsicóticas e antidepressivos
Sessão 7. Aprender a detectar episódios
Sessão 8 O que fazer quando há descompensação?

1.9 Revisão da literatura

De acordo com Juruena (2001), apesar do consenso de que o TAB possui forte componente biológico e que sua principal forma de tratamento baseia-se na utilização dos estabilizadores do humor, ainda é potencialmente pouco explorado o papel da abordagem psicossocial na melhora da eficácia da medicação, no controle sintomatológico, como também em fatores relacionados às causas e/ou

consequências dos episódios. Existem poucas publicações de estudos randomizados, controlados, com metodologia específica para sintomas bipolares e medidas adequadas para avaliar os resultados. A maioria dos ensaios clínicos randomizados controlados com metodologia confiável foi publicada nos últimos anos, sendo a maioria desses produzida pelo grupo de pesquisa de Barcelona (BATISTA *et al.*, 2010), conforme demonstrado na Tabela 3 abaixo.

Tabela 3 - Revisão dos estudos controlados com PE adaptado de acordo com Batista *et al.*(2010)

<i>Referências</i>	<i>Estudo</i>	<i>Intervenção</i>	<i>Sujeito/Controle</i>	<i>Sessões</i>	<i>Seguimento</i>	<i>Resultados</i>
D'Souza et al., 2010	RCT	Familiar/Paciente	27/31	12	1 ano e 2 meses	↓ taxa de recaída > mania ↑ taxa de adesão
Reinares et al., 2010	RCT	Familiar	38/34	12	1 ano e 3 meses	↓ taxa de recaída > mania
Pellegrinelli K.B.; 2010	RCT	Paciente	29/22	16	1 ano	melhora clínica global ↑ proteção de recaída maníaca
Colom et al., 2009 ^a	RCT	Paciente	60/60	21	5 anos	↓ taxa de recaída ↓ tempo de internação ↓ tempo de doença aguda
Colom et al., 2009 ^b	RCT	Paciente	12/8	21	5 anos	↓ taxa de recaída ↓ tempo de doença aguda ↓ recaída mania e hipomania;
Reinares et al., 2008	RCT	Familiar	57/56	12	1 ano	↑ tempo de recorrência. ↑ taxa de adesão
Colom et al., 2005	RCT	Paciente	49/44	21	2 anos	↑ níveis séricos de lítio ↓ variação de níveis séricos de lítio
Colom et al., 2004	RCT	Paciente	15/22	21	2 anos	↓ tempo internação
Reinares et al., 2004	RCT	Familiar	30/15	12	Não especificado	↑ conhecimento do cuidador sobre a doença; ↓ estresse do cuidador
Colom et al., 2003 ^a	RCT	Paciente	60/60	21	2 anos	↓ tempo internação e recaídas ↓ taxa de recaída
Colom et al., 2003 ^b	RCT	Paciente	25/25	20	2 anos	↑ tempo de recorrência ↓ tempo de internação ↑ níveis séricos de Lítio
Perry et al., 1999	RCT	Paciente	34/35	7-12	18 meses	↓ recaídas mania e hipomania;
Peet & Harvey, 1991	RCT	Paciente	30/30	Não Especificado	2 anos	↑ conhecimento sobre o Lítio ↑ conhecimento da doença e medicação
Van Gent & Zwart, 1991	RCT	Familiar	14/12	05	2 anos	↑ manejo de situações de crise

Os estudos pioneiros sobre a eficácia do PE foram conduzidos por Peet e Harvey (1991). Nesse estudo concluíram que um programa de psicoeducação simples e rápido pode produzir uma melhora significativa e sustentada no conhecimento dos pacientes sobre seu tratamento em grupo. Um grupo de 30 pacientes recebeu a intervenção que consistia em materiais explicativos sobre o lítio e uma visita domiciliar, observando-se que, ao final do tratamento, os pacientes que

receberam a intervenção, comparados ao do grupo controle em lista de espera, apresentavam melhoras no conhecimento a respeito de sua doença e sobre seu tratamento e maior adesão à medicação, e que tais resultados se mantinham após três meses.

Segundo Vieta (2012), talvez o melhor estudo sobre intervenção psicológica individual em transtornos bipolares seja o de Perry *et al.* (1999). Nesse estudo, a intervenção utilizava um número variável de sessões (entre sete e doze), nas quais o terapeuta usava uma abordagem claramente psicoeducativa, ajudando o paciente a identificar os sinais habituais de recidiva. Os resultados demonstraram que os pacientes do grupo de tratamento ($n=34$) demoravam mais tempo em apresentar uma recidiva maníaca e, ao final do seguimento, apresentavam menos recidivas maníacas que o grupo controle ($n=35$). Entretanto, não se observou nenhum efeito na prevenção dos episódios depressivos.

O Programa de Transtornos Bipolares de Barcelona demonstrou a eficácia da psicoeducação em grupo na prevenção de todos os tipos de episódios bipolares - maníacos ou hipomaníacos, mistos e depressivos e no aumento do tempo até a recaída no acompanhamento de dois anos. Esse estudo tinha uma amostra razoavelmente grande ($n=120$) e uma atribuição randômica dos sujeitos à condição de tratamento (psicoeducação mais tratamento farmacológico padrão) ou à não-intervenção (reuniões não estruturadas mais tratamento farmacológico padrão). O grupo psicoeducacional foi composto por 8 a 12 pacientes, que se reuniram em 20 sessões de 90 minutos cada, sob a direção de dois psicólogos treinados com experiência em transtorno bipolar. O grupo experimental mostrou significativa diferença na redução do número de recaídas, considerando qualquer episódio (maníaco, hipomaníaco, depressivo ou misto), durante a fase de tratamento ($p<0,05$) e ao fim do seguimento de dois anos ($p<0,001$). Houve também diferença quanto ao tempo de qualquer recorrência ($p<0,001$), o que significa um aumento do intervalo entre os episódios. Além disso, em comparação com o grupo controle, o grupo de psicoeducação, após o seguimento, mostrou um número significativamente menor de internações hospitalares ($p<0,05$). Os autores concluíram que a psicoeducação em grupo é útil como tratamento adjunto à farmacoterapia de manutenção (COLOM *et al.*, 2003a).

Entretanto, este estudo não pôde concluir que a detecção de pródromos foi eficaz, uma vez que também avaliou aspectos da adesão e da regularidade de

hábitos. Afim de demonstrar que a detecção de pródromos estava associada à melhora clínica independentemente da adesão, conduziu-se um outro estudo muito semelhante ao descrito anteriormente, porém em uma população de bipolares com boa adesão. Os resultados foram positivos: os 25 pacientes bipolares I, incluídos no grupo de tratamento (intervenção), tiveram evolução significativamente melhor que os 25 pacientes bipolares I incluídos no grupo controle, que recebia unicamente um tratamento não estruturado. O tempo para a recaída foi maior entre os pacientes psicoeducados e, ao final dos dois anos de acompanhamento, 92% dos pacientes no grupo controle preencheram os critérios para recorrência, contra 60% no grupo de psicoeducação ($p<0,01$). O número de recorrências totais e o número de episódios depressivos foram significativamente menores entre os pacientes psicoeducados. Com isso, foi possível demonstrar que a melhora não se relacionou a troca dos hábitos de adesão, mas sim à detecção precoce dos sinais de recidiva (COLOM *et al.*, 2003b).

Através da avaliação com seguimento de 2 anos no estudo (COLOM *et al.*, 2003a), Colom *et al.* (2009) estendeu essas avaliações até 5 anos. Ao analisar cada tipo de episódio (mania, hipomania, misto ou depressão), indivíduos no grupo de psicoeducação tiveram um menor número de recidivas. Quando comparado o resultado das avaliações de dois anos com as avaliações de cinco anos, observou-se que o efeito não diminui com o passar do tempo para os episódios de mania, hipomania e episódios mistos. Quanto à depressão, o tamanho do efeito em 5 anos foi ligeiramente inferior ao efeito de 2 anos, isso foi explicado devido ao fato de que o tempo gasto na fase depressiva é maior nos pacientes com TAB. Esse grupo de psicoeducação foi a primeira intervenção psicossocial que mostrou a eficácia em longo prazo mantida em pessoas com transtorno bipolar.

Em outra subanálise do estudo de Colom (2003a), pacientes bipolares cumprindo critérios do DSM-IV para qualquer transtorno de personalidade foram randomizados e divididos em dois grupos, 22 pacientes do grupo controle e 15 no grupo de psicoeducação. Ao final da fase de seguimento (2 anos), 100% dos pacientes do grupo controle preencheram os critérios para recorrência versus 67% no grupo de psicoeducação ($p<0,005$). Os pacientes incluídos no grupo de psicoeducação tiveram um tempo maior para a recaída, um número menor de episódios maníacos, e recaídas depressivas. Não foram encontradas diferenças significativas quanto ao número de pacientes que necessitaram internação, mas a

duração média de dias de permanência na quarto de internação foi significativamente maior para os pacientes incluídos no o grupo controle (COLOM *et al.*, 2004).

Diante da escassez de estudos randomizados controlados de tratamento especificamente destinados a pacientes com TAB II, o grupo de Barcelona realizou uma análise utilizando dados de 20 (16,7%) dos 120 pacientes obtidos do estudo em Colom *et al.* (2003a) que preencheram critérios para TAB tipo II, 8 indivíduos foram randomizados para um grupo de psicoeducação e 12 para o grupo controle. Os resultados após cinco anos de segmento foram: 100% do Grupo Controle (GC) tiveram recorrência contra 62,5% do Grupo Experimental (GE), a média do número de episódios do humor foi menor, o número de dias em episódios e as médias de funcionamento foram melhores para o GE. Tanto o número de internações quanto o número de dias de internação foram iguais no GE e no GC. Apesar da amostra pequena e da necessidade de novos estudos com essa população, a PE parece ter eficácia para pacientes bipolares tipo II (COLOM *et al.*, 2009).

O efeito da psicoeducação sobre os níveis séricos de lítio foi demonstrado em uma sub-análise dos dados obtidos a partir do estudo de Colom *et al.* (2003a) sobre a eficácia da psicoeducação em grupo na profilaxia das recorrências nos transtornos bipolares. Dados sobre os níveis plasmáticos de lítio foram obtidos em cinco pontos de tempo: início do estudo, 6, 12, 18 e 24 meses. Os níveis séricos de lítio de pacientes que receberam psicoeducação (N=49) e grupo controle (N=44) foram comparados. A média de níveis séricos de lítio foi significativamente maior e mais estável para o grupo de psicoeducação. Esse estudo demonstrou que as mudanças no nível de lítio sérico podem ser um poderoso preditor de recorrência para pacientes bipolares e que a adição do grupo de psicoeducação ao tratamento farmacológico padrão pode ser benéfica para otimizar os níveis séricos de lítio.

No ano de 2009, um estudo piloto australiano com 58 pacientes que foram randomizados para receberem tratamento usual (n=31) ou 12 sessões de psicoeducação de 90 minutos (n=27). Nos grupos, participaram pacientes e acompanhantes. Nesse estudo com um programa de psicoeducação breve com o grupo de pacientes com TB e seus companheiros resultou em uma diminuição da taxa de recidiva, maior tempo para recaída, diminuição de sintomas maníacos e melhora na adesão à medicação (D'SOUZA *et al.*, 2010).

Em Reinares *et al.* (2010), com uma amostra composta de 113 pacientes bipolares eutímicos, que moravam com seus cuidadores, foram divididos dois grupos, de acordo com o estadiamento da doença. Estudou-se a eficácia profilática da psicoeducação em cuidadores, pois os pacientes não foram incluídos no grupo. Os pacientes foram divididos em dois grupos de estágio. Estágio 1 incluía os pacientes com período bem estabelecido de eutimia, sem comprometimento funcional, ausência de sintomas ou comorbidades psiquiátricas. Estágio 2 incluía pacientes com insuficiência funcional clinicamente relevante, e sintomas e comorbidades psiquiátricas, definidos como estágio avançado. O resultado sugere que pacientes em estágio precoce da doença, a psicoeducação tem melhor resultado, em termos de tempo de recorrência, como mostrou os resultados positivos em pacientes do estágio 1. Este estudo contribui para idéia desenvolvida por Scott *et al.* (2006), de que pacientes com elevado número de episódios afetivos anteriores são menos propensos a responderem ao tratamento psicossocial. Além disso, destaca também a importância da intervenção precoce, como tratamento que pode ser extremamente útil em pacientes com menor gravidade mostrando a eficácia do grupo de psicoeducação para os cuidadores na profilaxia de recidivas (REINARES *et al.*, 2010).

Em um estudo feito no Brasil, que teve como objetivo verificar o impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional dos pacientes bipolares, foram randomizado 51 pacientes portadores de TB tipo I ou II, em remissão, de acordo com os critérios do DSM-IV TR. O grupo experimental foi composto de 29 pacientes que receberam, além do tratamento farmacológico, a intervenção psicoeducacional. O grupo controle foi composto de 22 pacientes que receberam, além do tratamento farmacológico, encontros placebo, ou seja, sessões de relaxamento. Ambos os grupos tiveram 16 encontros, duas vezes por semana, com 90 minutos de duração. Os resultados mostraram que a PE tendeu a impactar positivamente no bem estar do indivíduo em seu meio ambiente; promoveu uma melhora clínica global maior em todos os tempos avaliados com relação ao controle e essa melhora foi mantida em um ano; PE e controle mantiveram a recuperação sintomática maníaca. Apesar disso, a PE não protegeu de recaídas depressivas e de piora da adequação social. Portanto, a PE mostrou-se eficaz no bem-estar do paciente em seu meio ambiente, na melhora clínica global e na proteção de recaídas maníacas (PELLEGRINELLI, 2010).

A PE tem respostas semelhantes às demais intervenções psicológicas testadas, mas tem as seguintes vantagens com relação às outras: abrange um número maior de beneficiados, tem baixo custo, é de fácil aplicação, além disso, não existem restrições quanto à sua utilização junto com outra intervenção psicológica desde que sejam compatíveis (ROSO *et al.*, 2005).

Nossa hipótese neste estudo é que A Psicoeducação Domiciliar em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar, realizada em suas residências, tem um impacto positivo maior na recuperação sintomática e funcional e na adesão medicamentosa, em relação àqueles que receberam Visitas Domiciliares sem abordagem Psicoeducacional.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a eficácia da Psicoeducação Domiciliar em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar em tratamento farmacológico padrão, realizada em suas residências.

2.2 Específicos

- Verificar o impacto da Psicoeducação Domiciliar na recuperação sintomática, de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar, realizada em suas residências;
- Verificar o impacto da Psicoeducação Domiciliar na recuperação funcional, de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar, realizada em suas residências;
- Verificar o impacto da Psicoeducação Domiciliar na adesão medicamentosa, de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar, realizada em suas residências;

3 METODOLOGIA

3.1 Aspectos Éticos

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), de acordo com o Processo HCRP nº 6055/2010. Os participantes recrutados para constituir a amostra do presente estudo foram informados sobre seus objetivos e procedimentos e tiveram seu consentimento solicitado mediante assinatura do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Anexo A), confirmando sua participação de modo voluntário.

Os devidos cuidados éticos como sigilo, garantia de ausência de prejuízos decorrentes de recusa ou desistência em participar e minimização de riscos aos participantes foram considerados, conforme descrito no anexo. Dessa forma, os parâmetros éticos para investigações envolvendo seres humanos, especialmente a Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde foram rigorosamente respeitados.

3.2 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo randomizado controlado com 30 pacientes portadores de TAB tipo I ou II, em acompanhamento na rede coletiva de Saúde Mental de Ribeirão Preto - SP. A distribuição dos sujeitos nos grupos foi feita por meio de randomização estratificada, em que os sujeitos, primeiramente, foram divididos em blocos estratificados, sendo formados dois grupos homogêneos, evitando-se tendências e favorecimentos.

3.3 Local

O estudo foi realizado nas residências dos pacientes que estão inseridos na rede coletiva de Saúde Mental de Ribeirão Preto - SP, em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) e no Ambulatório do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

3.4 Critérios de Inclusão

- Estar realizando tratamento psiquiátrico na rede coletiva de Saúde Mental de Ribeirão Preto;
- Idade entre 18 e 65 anos;
- Ser alfabetizado;
- Diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar I ou II segundo DSM-IV (APA, 2003), confirmado pelo psiquiatra em prontuário;
- Eutímico (pontuação ≤ 8 na escala de avaliação de depressão de Hamilton (HDRS-17 itens) e pontuação ≤ 6 na escala de avaliação de mania de Young (YOUNG, 1978);
- Termo de consentimento esclarecido assinado.

3.5 Critérios de Exclusão

- História significativa de qualquer condição médica geral que impeça a participação no estudo;
- Que não estejam em tratamento farmacológico;
- Distúrbio ou dependência de substâncias químicas atuais;
- Que sejam residentes em outros municípios;
- Paciente que não aceita tratamento psicoeducativo ou que não concorda com procedimentos propostos.

3.6 Sujeitos

GRUPO EXPERIMENTAL: 15 pacientes diagnosticados com TABI ou II, em acompanhamento no Ambulatório do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) que receberam, além do tratamento farmacológico, visitas domiciliares com psicoeducação.

GRUPO CONTROLE: 15 pacientes diagnosticados com TABI ou II, em acompanhamento no Ambulatório do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) que receberam, além do tratamento farmacológico, visitas domiciliares placebo. Entende-se por visitas domiciliares “placebo”, visitas não estruturadas, sem intervenção psicoeducacional.

3.7 Instrumentos de avaliação

- **Dados do prontuário:** como auxiliar nas informações necessárias ao estudo. Por exemplo: diagnóstico, número de episódios anteriores ao início do estudo, medicações, tentativas de suicídios, uso de substâncias.
- **Escalas:**
 - A. Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão** – HAM-D (HAMILTON, 1960, WILLIAMS, 1988) – versão adaptada Blacker (2000, GORENSTEIN et al., 2000).
 - B. Escala de Young para Avaliação da Mania** – YOUNG (YOUNG, 1978, Vilela, 2000, Gorenstein et al., 2000).
 - C. Escala de Adequação Social** – EAS – Social Adjustment Scale – Self Report (WEISSMAN e BOTHWELL, 1976) – tradução coordenada por C. Gorenstein (GORENSTEIN et al., 1999).
 - D. Escala de Avaliação de Qualidade de Vida** – World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref (WHOQOL – abreviado). Versão em português. Organização Mundial de Saúde. Divisão de Saúde Mental. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenação do Grupo WHOQOL no Brasil (1998).
 - E. Teste de Morisky-Green** (MORISKY *et al.*, 1982, MORISKY; GREEN; LAVINE, 1986).

F. Escala de Adesão aos Medicamentos (EAM) versão portuguesa da Reported Adherence to Medication Scale (RAM) desenvolvida por Horne, Weiman e Hankins¹ (1997 *apud* PEREIRA & SILVA, 1999).

As escalas e entrevistas são descritas em detalhe abaixo.

Escala de mania de Young (Young)

A escala de mania de YOUNG (YOUNG *et al.*, 1978) foi construída em 1978, sendo o instrumento mais amplamente utilizado em estudos clínicos controlados com pacientes maníacos (VILELA e LOUREIRO, 1998). A escala foi traduzida, adaptada e modificada para a literatura brasileira, sendo denominada Escala de Avaliação de Mania Modificada (VILELA e LOUREIRO, 1998), entretanto, os autores denominaram-na YOUNG.

A escala constitui-se de 11 itens baseados em sintomas centrais da mania descritos no DSM-IV-TR: (a) humor e afeto elevados; (b) energia e atividade motora elevadas; (c) interesse sexual; (d) sono; (e) irritabilidade; (f) velocidade e quantidade de fala; (g) linguagem (distúrbio do pensamento); (h) conteúdo do pensamento; (i) comportamento disruptivo agressivo; (j) aparência e (k) insight. Todos os itens são graduados em 5 níveis de gravidade crescente, sendo 7 itens pontuados de 0 a 4 e 4 itens (irritabilidade, velocidade e quantidade de fala, conteúdo do pensamento, comportamento disruptivo agressivo) são pontuados com valores de 0 a 8. Utilizamos como pontos de corte escores menores ou iguais a 12 como indicativos de eutímia (BYER, 2008).

Escala de depressão de Hamilton (HAM-D)

A Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) foi desenvolvida há mais de 50 anos (HAMILTON, 1960) e mesmo assim mantém sua posição de escala de observador mais usada mundialmente para selecionar e acompanhar pacientes em pesquisas de terapêutica para a depressão. É considerada como padrão ouro na avaliação de gravidade da depressão e usada comparativamente

com novas escalas de avaliação a fim de verificar a confiabilidade destas (GORENSTEIN e MORENO, 2011). Tem sido frequentemente usada como critério de inclusão de pacientes em pesquisas com antidepressivos (SNAITH, 1996).

A HAM-D foi elaborada para avaliação e quantificação da sintomatologia depressiva em pacientes portadores de Transtornos do Humor, não recomenda-se uso para outros tipos de pacientes e tampouco como instrumento diagnóstico para identificar depressão. Nessa escala, os aspectos cognitivos e somáticos totalizam mais de 50% do escore total possível, enquanto 16% estão associados aos sintomas ansiosos. A categoria humor representa apenas 8%. Por enfatizar sintomas somáticos, a HAM-D é particularmente sensível a mudanças vivenciadas por pacientes gravemente deprimidos. Por outro lado, a presença de doenças físicas pode distorcer as conclusões, uma vez que a melhora dos sintomas relacionados à doença pode ser confundida com a melhora do episódio depressivo (GORENSTEIN e MORENO, 2011).

A escala HAM-D possui três versões - de 17 a 21 itens, ou ainda de 24 itens (os três tópicos adicionais são desamparo, desesperança e desvalia). Os itens são avaliados de acordo com a intensidade e a frequência dentro de um período determinado de dias, variando a pontuação de 0 a 2 ou de 0 a 4. O grau de confiabilidade da escala, medido pela consistência interna e confiabilidade entre avaliadores, é considerado de bom a excelente. Embora o autor não tenha proposto um ponto de corte, na prática se aceita que escores acima de 25 pontos identificam pacientes gravemente deprimidos; entre 18 e 24 pontos, pacientes moderadamente deprimidos; e entre 7 e 17, pacientes levemente deprimidos (MORENO e MORENO, 1998). Abaixo de 8 pontos os indivíduos são considerados eufímicos. A versão de 17 itens da HAM-D teve sua validade de construto testada por Fleck et al. (1995). Já a versão de 21 itens utilizada no nosso estudo, embora não tenha sido validada no Brasil, vem sendo muito utilizada em diversas pesquisas no contexto brasileiro. Vide instrumento (Anexo D).

O instrumento WHOQOL - bref

Com o objetivo de disponibilizar um instrumento que demande menor tempo para preenchimento e com características psicométricas satisfatórias, o Grupo

WHOQOL desenvolveu a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref (THE WHOQOL GROUP, 1996).

O WHOQOL-bref é composto por 26 questões, sendo duas questões sobre a auto-avaliação da qualidade de vida e 24 questões representando cada uma das facetas do WHOQOL-100. Para a composição das questões do WHOQOL-bref foi selecionada a questão de cada faceta que apresentava a maior correlação com o escore médio de todas as facetas (THE WHOQOL GROUP, 1998).

O WHOQOL-bref possui 4 domínios: físico (7 perguntas), psicológico (6 perguntas), relações sociais (3 perguntas) e meio ambiente (8 perguntas). A escala utilizada é do tipo *likert* de 5 pontos e o escore é apresentado de 0 a 100, sendo 0 o pior nível e 100 o melhor nível de QVRS possível (Anexo E) (FLECK *et al.*, 2000).

Escala de Adequação Social – EAS

O conceito de ajuste social baseia-se na integração de múltiplos fatores que interferem no comportamento do indivíduo perante o ambiente social. A morbidade psiquiátrica frequentemente tem como consequência o prejuízo na qualidade de vida e funcionamento social do indivíduo.

A Social Adjustment Scale – Self Report (SAS – SR) foi desenvolvida por Weissman e Bothwell (1976) e é considerada a escala de ajuste social mais cuidadosamente desenvolvida e que mostra os maiores índices de confiabilidade e validade (MCDOWELL e NEWELL, 1996). A EAS foi traduzida da original SAS-SR e validada para o português por Gorenstein *et al.* (2000). Composta por 54 questões, das quais 42 são relacionadas à área de trabalho, sendo que o participante responde a 6 das 18 questões de acordo com sua ocupação principal.

A EAS permite uma avaliação individual de sete áreas específicas: Trabalho fora de casa (questões de 1-6); Trabalho em casa (questões 7-12); Como estudante (questões 13-18); Vida social e lazer (questões 19-29); Relação com a família incluindo pais, irmãos, cunhados e outros membros da família que não moram na mesma casa (questões 30-37); Relação marital (questão 38-46); Relação com os filhos (questões 47-50); Vida doméstica (questões 51-53); Situação financeira (questão 54).

Os itens avaliam aspectos do desempenho, a qualidade das relações interpessoais e os sentimentos e satisfações pessoais, em relação às duas últimas

semanas. A escala se mostrou sensível para diferenciar grupos de indivíduos tais como portadores de depressão, esquizofrenia, dependência ao álcool e sem transtornos mentais. Também foi capaz de detectar alterações antes e após o tratamento da depressão (GORENSTEIN *et al.*, 2000).

Teste de Adesão ao tratamento medicamentoso – Morisky-Green

O teste de Morisky (MORISKY *et al.*, 1982, MORISKY; GREEN; LAVINE, 1986) é composto por quatro perguntas, que objetivam avaliar o comportamento do paciente em relação ao uso habitual do medicamento. O paciente é classificado no grupo de **alto grau de adesão**, quando as respostas a todas as perguntas são negativas. Porém, quando pelo menos uma das respostas é afirmativa, o paciente é classificado no grupo de **baixo grau de adesão**. Essa avaliação permite, também, discriminar se o comportamento de baixo grau de adesão é do tipo **intencional** ou **não intencional**, sendo, também, possível caracterizar pacientes portadores de ambos os tipos de comportamento de baixa adesão (SEWITCH *et al.*, 2003). Foi adotado como critério para classificar o grau de adesão: “aderentes” os pacientes que obtiveram 0 pontos no teste de Morisky e Green e “não aderentes” aqueles que obtiveram 4 pontos.

Escala de Adesão aos Medicamentos (EAM)

Esta escala é a versão portuguesa da Reported Adherence to Medication Scale (RAM) desenvolvida por Horne, Weiman e Hankins (1997 *apud* PEREIRA & SILVA, 1999) com o objetivo de medir especificamente os níveis de adesão dos indivíduos à medicação, incluindo a frequência com que estes ajustam ou alteram as dosagens prescritas pelos médicos. A escala foi desenvolvida pelos autores, por considerarem que as escalas de auto relato dos níveis de adesão existentes não se adequavam por não serem específicas da medicação, ou por não possibilitarem o auto-registo da frequência do ajustamento ou alteração das doses de fármacos prescritas. A Escala de Adesão aos Medicamentos (EAM) é um instrumento apropriado para avaliar os índices de adesão em indivíduos que estão seguindo um regime terapêutico farmacológico.

A escala é composta por quatro afirmações relativas à adesão. Dois dos itens dizem respeito ao grau em que os indivíduos se esquecem ou não de tomar os seus medicamentos, ou alteram as doses prescritas de acordo com as suas próprias necessidades. Os outros dois itens referem a frequência com que o fazem. Os itens são cotados numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos, sendo os dois primeiros de cotação invertida (1=concordo totalmente; 2=concordo; 3=não tenho a certeza; 4=discordo; 5=discordo totalmente). Os restantes itens são formulados como questões diretas, nos quais os indivíduos indicam a frequência com que se ajustam ou esquecem da sua medicação. A sua cotação é feita numa escala de 5 pontos (5=nunca; 4=raramente; 3=às vezes; 2=muitas vezes; 1=quase sempre). Obtém-se um escore total de adesão à medicação somando as respostas dos quatro itens, variando os escores entre 4 e 20. Escores mais elevados indicam maiores níveis de adesão. As características psicométricas da versão portuguesa (PEREIRA & SILVA, 1999) foram avaliadas em termos de fidelidade e validade. O valor global obtido para o Alfa de Cronbach foi de 0.709, encontrando-se dentro dos valores referidos pelos autores na amostra original. Todos os itens apresentam coeficientes de correlação com o total acima de 0.30, indicando boa consistência interna da escala e homogeneidade dos seus itens. A escala apresenta boas propriedades psicométricas, quer em termos de consistência interna, quer em termos de validade.

3.8 Procedimentos

Após ter aceitado participar e assinado o termo de consentimento do estudo foram aplicadas as escalas para avaliar a quantificação de sintomas: HAM-D para a depressão, e YOUNG, para a mania e as escalas para avaliar recuperação funcional e adesão medicamentosa. Após confirmação de eutimia, os pacientes foram randomizados em grupos homogêneos sendo iniciado, após as visitas domiciliares, de forma sequencial para ambos os grupos e seguidas paralelamente por 60 dias.

Os grupos receberam visitas semanais totalizando 8 encontros, com 90 minutos de duração cada. Os instrumentos de avaliação foram aplicados, na semana anterior ao início do tratamento, e repetidos na quarta semana (metade) do tratamento, na semana posterior ao término do tratamento (nona semana).

Grupo experimental

As sessões de psicoeducação foram baseadas no livro “Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder”, de Colom e Vieta (2006). Nesse livro, os autores descrevem duas versões de psicoeducação sendo uma com 21 sessões e uma versão reduzida de oito sessões. A eficácia do programa de psicoeducação com sessões reduzidas, apesar de pouco testadas, em comparação com o programa de 21 sessões, atinge uma eficácia semelhante (COLOM e VIETA, 2006). Por ser a psicoeducação feita nas residências dos pacientes, o objetivo foi passar o conteúdo da forma mais breve e objetiva possível, favorecendo a construção do vínculo terapêutico sem se tornar muito invasivo, optando-se então pela utilização da versão reduzida.

As sessões de visitas tiveram o seguinte formato: 15 minutos de introdução em uma conversa informal em que se procurou manter um ambiente acolhedor, seguro, descontraído e agradável; 30 minutos de exposição em PowerPoint do tema do dia; 30 minutos de discussão com relação ao tema exposto; e 15 minutos de fechamento, revisando os principais pontos, totalizando 90 minutos. A descrição das sessões e o conteúdo aplicado encontra-se no Anexo I.

Grupo controle

As visitas placebo foram realizadas em 8 encontros, uma vez por semana de forma não estruturada, procurando não fazer nenhum tipo de intervenção psicoeducativa sobre o TAB. Foram abordados temas relacionados a educação em saúde, sistema SUS, Rede de Saúde Mental do Município, Reforma Psiquiátrica. As sessões tiveram o mesmo formato daquelas do grupo experimental: 15 minutos de introdução; 30 minutos de exposição do tema do dia; 30 minutos de discussão com relação ao tema exposto; e 15 minutos de fechamento, revisando os principais pontos, totalizando 90 minutos.

4.9 Análise Estatística

Inicialmente, foi feita a análise descritiva dos dados sócio demográficos e de alguns marcadores de gravidade da doença. A homogeneidade dos grupos com relação a esses dados foi avaliada por meio do teste qui-quadrado de Pearson para

as variáveis categóricas como sexo, estado civil, escolaridade, idade de início da doença, número de medicações atuais e número de parentes de primeiro grau com algum transtorno psiquiátrico e do teste t (*t-student*) para a variável contínua como idade.

Primeiramente realizou-se uma análise exploratória dos dados. Tal metodologia tem como objetivo básico sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo que se tenha uma visão global da variação desses valores, organizando e descrevendo os dados de duas maneiras: por meio de tabelas com medidas descritivas e de gráficos.

Para as comparações foi utilizado o modelo de regressão linear com efeitos mistos (efeitos aleatórios e fixos). Os modelos lineares de efeitos mistos são utilizados na análise de dados em que as respostas estão agrupadas e a suposição de independência entre as observações num mesmo grupo não é adequada (SCHALL, 1991). Esses modelos têm como pressuposto que seus resíduos têm distribuição normal com média 0 e variância σ^2 constante. Este procedimento foi realizado através do software SAS® 9.0, utilizando a PROC MIXED. Para as comparações foi utilizado o pós-teste com ajustamento de Tukey.

Para verificar o efeito da intervenção em cada grupo, em relação à escala de Morisky, foi proposto o teste de McNemar. Esse teste verifica se existem evidências de efeito de tratamento, ou seja, testa a hipótese de que a mudança de proporções entre os tempos é devido ao acaso, quando rejeitamos esta hipótese, podemos dizer que existem evidências de efeito de tratamento. O teste foi realizado com o auxílio do software SAS® 9.0, utilizando a PROC FREQ. Para os casos onde se obteve respostas com mais de dois níveis, usou-se uma extensão do teste de McNemar.

Para verificar a associação entre as variáveis a adesão e os grupos, em cada tempo, foi proposto o teste exato de Fisher. Este procedimento foi realizado através do software SAS® 9, utilizando a PROC FREQ.

4 RESULTADOS

4.1 Descrição da amostra

Na amostra de 30 pacientes, conforme Tabela 4, houve predomínio do gênero feminino (63,3%) porém não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos com relação ao gênero ($X^2 = 0,144$; d.f.=1,0; $p=0,705$). A média de idade foi de 43,3 ($\pm 2,11$) variando entre 28 a 65 anos no grupo experimental e 20 a 62 anos no grupo controle não diferindo significativamente entre os grupos ($t=0,928$; d.f.=27,84; $p=0,362$). Com relação ao estado civil, 40% eram casados, 33,3% eram solteiros, 23,3% separados e 3,3% viúvos não havendo diferença significativa entre grupos ($X^2=1,543$; d.f.=3,0; $p=0,672$). Com relação à escolaridade, 40% da amostra tinham o 3º grau completo ou incompleto não diferindo entre si o nível de escolaridade ($X^2=0,567$; d.f.=2,0; $p=0,455$). Referente à avaliação da história clínica em ambos os grupos, a maioria dos pacientes não tem história de uso de nenhum tipo de substâncias químicas (70%), não havendo diferença significativa entre os grupos ($X^2=0,159$; d.f.=1,0; $p=0,690$). No que se refere à medicação, a amostra utilizava uma média de três medicações psicotrópicas no ato da admissão do estudo não diferindo significativamente entre os grupos ($t=0,0$; d.f.=21,87; $p=1,00$). A idade do primeiro episódio da doença em média foi 24,6 anos ($\pm 2,17$) sem diferença significativa entre grupos ($t=0,483$; d.f.=27,99; $p=0,633$), sendo que receberam diagnóstico em média com 35,5 ($\pm 2,28$) sem diferença significativa entre si ($t=0,590$; d.f.=26,49; $p=0,560$). tendo como tipo do primeiro episódio a maior parte a depressão (53,3%) também não apresentando significativa diferença entre grupos ($X^2=0,536$; d.f.=1,0; $p=0,464$). No que se refere a antecedentes familiares, 63,3% têm pelo menos um parente de 1º grau com transtorno mental, não havendo diferença significativa entre grupos ($X^2=1,292$; d.f.=1,0; $p=0,256$). Referente a tentativas de suicídio 26,7% tiveram mais de 2 tentativas sendo o maior número no grupo controle (40%) sem diferença significativa entre os grupos ($X^2=4,00$; d.f.=2,0; $p=0,135$).

Por meio desses resultados apresentados na Tabela 4, conclui-se que os grupos são homogêneos de acordo com as variáveis sócio demográficas e os marcadores de gravidade da doença descritos.

Tabela 4 - Características sócio demográficas e clínicas da amostra geral.

Variáveis		Grupo Experimental 15(50%)	Grupo Controle 15(50%)	Total 30(100%)	p-valor
Gênero	Masculino	5 (33,3%)	6 (40%)	11 (36,7%)	0,705
	Feminino	10 (66,7%)	9 (60%)	19 (63,3%)	
Idade	Média ($\pm$ epm)	45,27 (2,88)	41,33 (3,10)	43,3 (2,11)	0,362
Estado Civil	Solteiro	4 (26,7%)	6 (40%)	10 (33,3%)	0,672
	Casado	6 (40%)	6 (40%)	12 (40%)	
	Divorciado	4 (26,7%)	3 (20%)	7(23,3%)	
	Viúvo	1 (6,7%)	0	1(3,3%)	
Escolaridade	Fundamental (in)completo	4 (26,7%)	3 (20%)	7(23,3%)	0,455
	Médio (in)completo	6 (40%)	5 (33,3%)	11 (36,7%)	
	Superior (in)completo	5 (33,3%)	7 (46,7%)	12 (40%)	
Ocupação	Estudante	0	3 (20%)	3(10%)	0,399
	Trabalhando	2 (13,3%)	3 (20%)	5(16,7%)	
	Afastado	4 (26,7%)	4 (26,7%)	8(26,7%)	
	Desempregado	1 (6,7%)	1 (6,7%)	2(6,7%)	
	Do lar	4 (26,7%)	3 (20%)	7(23,3%)	
	Aposentado	4 (26,7%)	1 (6,7%)	5(16,7%)	
Renda	Nº salários mínimos (média)	1,93 (0,47)	2,60 (1,04)	2,27 (0,56)	0,568
Tipo 1º episódio	Mania	8 (53,3%) 8	6 (40%)	14 (46,7%)	0,464
	Depressão	7 (46,7%) 7	9 (60%)	16 (53,3%)	
Idade 1º episódio*	Média ($\pm$ epm)	25,67 (3,11)	23,53 (3,13)	24,6 (2,17)	0,633
Idade do diagnóstico	Média ($\pm$ epm)	36,87 (3,64)	34,13 (2,85)	35,5(2,28)	0,560
Tentativas de Suicídio*	0	7 (46,7%)	7 (46,7%)	14 (46,7%)	0,135
	1	6 (40%)	2 (13,3%)	8(26,7%)	
	≤ 2	2 (13,3%)	6 (40%)	8(26,7%)	
Número de medicações psiquiátricas atuais*	Média ($\pm$ epm)	3,00 (0,19)	3,00 (0,35)	3,0 (0,19)	1,000
Parentes de 1º grau com doença mental	Sim	8 (53,3%)	11 (73,3%)	19 (63,3%)	0,256
	Não	7 (46,7%)	4 (26,7%)	11 (36,7%)	
Uso de Substâncias*	Sim	5 (33,3%)	4 (26,7%)	9(30%)	0,690
	Não	10 (66,7%)	11 (73,3%)	21 (70%)	

*marcadores de gravidade da doença

A tabela abaixo (Tabela 5) apresenta as classes de medicações utilizadas pela amostra no ato da admissão para o estudo em comparação GE x GC. Não houve diferença significativa entre grupos. Todos os pacientes estiveram em tratamento psiquiátrico durante todo o estudo com diagnóstico de TAB e em uso de pelos menos um estabilizador do humor.

Tabela 5 – Medicações utilizadas no momento da admissão do estudo.

Classes de Medicação	Total n (%)	GE (n=15)	GC (n=15)	<i>p-valor</i>
Lítio	15 (50%)	9 (60%)	6 (40%)	0,289
Anticonvulsivantes	15 (50%)	6 (40%)	9 (60%)	0,289
Antidepressivos	9 (30%)	5 (33,3%)	4 (26,7%)	0,702
Ansiolíticos	17 (56,7%)	9 (60%)	8 (53,3%)	0,724
Antipsic. Atípicos	13 (43,3%)	6 (40%)	7 (46,7%)	0,724
Antipsic. Típicos	5 (16,7%)	3 (20%)	2 (13,3%)	0,638
Estimulantes	1 (3,3%)	0	1 (6,7%)	0,326

GE: Grupo Experimental

GC: Grupo Controle

4.2 Resultados das escalas de medida

Escalas de Avaliação Sintomática

Na tabela 6 tem-se as médias e desvio padrão da escala de HAM-D ao longo do tempo (pré – durante – pós) entre os grupos controle e experimental. Nota-se que ambos os grupos não apresentaram recaída sintomática durante o estudo. O GC apresentou um aumento não significativo nos escores da escala enquanto que o GE teve uma queda significativa nos escores ao final do estudo.

Tabela 6 - Médias da escala de HAM-D ao longo do tempo Pré (0 semana) Durante (4ª semana) e Pós (8ª semana).

HAM-D							
Tempo	Grupo	n obs	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
1 - Pré	Controle	15	2,93	1,98	0	3	6
	Experimental	15	4,07	3,01	0	5	8
2 - Durante	Controle	15	2,87	3,04	0	2	8
	Experimental	15	2,33	2,53	0	1	8
3 - Pós	Controle	15	3,13	3,34	0	2	8
	Experimental	15	1,47	2,07	0	1	7

Na tabela 7 verifica-se os efeitos de interação entre as variáveis, ou seja, se existe efeito conforme mudamos de grupo e tempo simultaneamente. Evidencia-se que no GE nos tempos Pré e Pós houve uma diferença significativa ($p < 0,01$). Porém quando comparado entre grupos não se encontra diferença significativa ($p = 0,67$).

Tabela 7 - Comparações da escala de HAM-D ao longo do tempo Pré (0 semana) Durante (4ª semana) e Pós (8ª semana) intra e entre os grupos controle (sem psicoeducação) e experimental (com psicoeducação).

Comparações HAM-D	Estimativa da diferença	Erro Padrão	Valor p*	Intervalo de Confiança 95% para a diferença*	
Controle (Pré - Durante)	0,07	0,67	0,99	-1,91	2,05
Controle (Pré - Pós)	-0,20	0,67	0,99	-2,18	1,78
Controle (Durante - Pós)	-0,27	0,67	0,99	-2,25	1,71
Experimental (Pré - Durante)	1,73	0,67	0,12	-0,25	3,71
Experimental (Pré - Pós)	2,60	0,67	<0,01	0,62	4,58
Experimental (Durante - Pós)	0,87	0,67	0,79	-1,11	2,85
Pré (Controle - Experimental)	-1,13	0,99	0,86	-4,05	1,79
Durante (Controle - Experimental)	0,53	0,99	0,99	-2,39	3,45
Pós (Controle - Experimental)	1,67	0,99	0,55	-1,25	4,59
Controle - Experimental	0,36	0,82	0,67	-1,29	2,01

O Gráfico 1 apresenta os resultados referentes aos sintomas depressivos, avaliados por meio da escala de HAM-D. Observa-se uma queda significativa nos escores da escala ao longo do tempo ($p < 0,01$) no Grupo Experimental.

Gráfico 1 - Resultado da escala de HAM-D ao longo do tempo (pré – durante – pós) dos grupos controle e experimental. Diferença significativa entre os tempos Pré e Pós no grupo Experimental ($p < 0,01$).

Na tabela 8 tem-se as médias e desvio padrão da escala de YOUNG ao longo do tempo (pré – durante – pós) entre os grupos controle e experimental. Nota-se que nos dois grupos GC e GE as média iniciaram baixas, e mantiveram-se baixas no final do estudo.

Tabela 8 - Médias da escala de YOUNG ao longo do tempo Pré (0semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana).

YOUNG							
Tempo	Grupo	n obs	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
1 - Pré	Controle	15	1,9	1,22	0	2	4
	Experimental	15	2,0	2,14	0	2	6
2 - Durante	Controle	15	1,4	2,29	0	0	6
	Experimental	15	1,0	1,69	0	0	5
3 - Pós	Controle	15	1,8	1,47	0	2	4
	Experimental	15	1,0	1,65	0	0	6

Não foi observado efeito de interação entre grupo e tempo. Abaixo, as comparações entre os tempos.

Tabela 9 - Comparações entre grupos YOUNG ao longo do tempo Pré (0semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana) intra e entre os grupos controle (sem psicoeducação) e experimental (com psicoeducação).

Comparações YOUNG	Estimativa da diferença*	Erro Padrão	Valor p*	Intervalo de Confiança 95% para a diferença*		Estimativa da diferença	Intervalo de Confiança 95% para a diferença	
Controle (Pré - Durante)	0,45	0,19	0,18	-0,11	1,01	0,96	-0,22	2,40
Controle (Pré - Pós)	0,10	0,19	0,99	-0,46	0,66	0,25	-1,09	1,82
Controle (Durante - Pós)	-0,35	0,19	0,45	-0,91	0,21	-0,71	-1,77	0,46
Experimental (Pré - Durante)	0,40	0,19	0,31	-0,17	0,96	0,75	-0,29	2,02
Experimental (Pré - Pós)	0,37	0,19	0,40	-0,20	0,93	0,70	-0,35	1,98
Experimental (Durante - Pós)	-0,03	0,19	0,99	-0,59	0,53	-0,05	-0,88	0,91
Controle - Experimental	0,21	0,19	0,28	-0,18	0,60	0,42	-0,33	1,30

*Ajustamento por Tukey.

Com relação aos sintomas de mania, avaliados por meio da escala de Young (Gráfico 2), as médias iniciaram baixas em ambos os grupos, não houve diferença significativa entre os tempos pré e pós.

Gráfico 2 - Resultados da escala de YOUNG ao longo do tempo. Não houve diferença significativa nos tempos pré e pós ($p=0,20$).

Escalas de Avaliação Funcional

Os resultados da avaliação de qualidade de vida por meio da escala WHOQOL-bref (conforme Tabelas 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 mostram que, não houve diferença significativa nos tempos pré e pós, independente do grupo, nos 4 domínios.

Tabela 10 - Estatística descritiva WHOQOL ao longo do tempo Pré (0semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana) - domínio 1- Físico.

WHOQOL - Físico							
Tempo	Grupo	n obs	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
1 - Pré	Controle	15	52,9	22,55	17,86	57,14	85,71
	Experimental	15	53,1	14,02	25	53,57	75
2 - Durante	Controle	15	58,1	17,68	28,57	57,14	82,14
	Experimental	15	55,5	14,02	21,43	57,14	75
3 - Pós	Controle	15	57,4	15,24	32,14	57,14	82,14
	Experimental	15	58,8	14,28	25	60,71	75

Tabela 11 - Comparações das variáveis ao longo do tempo Pré (0semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana) intra e entre os grupos controle (sem psicoeducação) e experimental (com psicoeducação) no domínio 1 – Físico.

Comparações	Estimativa da diferença	Erro Padrão	Valor p*	Intervalo de Confiança 95% para a diferença*	
Controle (Pré - Durante)	-5,24	2,49	0,30	-12,59	2,11
Controle (Pré - Pós)	-4,52	2,49	0,46	-11,87	2,82
Controle (Durante - Pós)	0,71	2,49	0,99	-6,64	8,06
Experimental (Pré - Durante)	-2,38	2,49	0,93	-9,73	4,97
Experimental (Pré - Pós)	-5,71	2,49	0,21	-13,06	1,63
Experimental (Durante - Pós)	-3,33	2,49	0,76	-10,68	4,02
Pré (Controle - Experimental)	-0,24	6,06	0,99	-18,11	17,63
Durante (Controle - Experimental)	2,62	6,06	0,99	-15,25	20,49
Pós (Controle - Experimental)	-1,43	6,06	0,99	-19,30	16,44
Controle - Experimental	0,32	5,70	0,96	-11,11	11,75

*Ajustamento por Tukey.

Tabela 12 - Estatística descritiva WHOQOL ao longo do tempo Pré (0semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana). - domínio 2 - Psicológico.

WHOQOL - Psicológico							
Tempo	Grupo	n obs	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
1 - Pré	Controle	15	52,8	21,63	16,67	62,5	83,33
	Experimental	15	48,3	17,94	12,5	54,17	75
2 - Durante	Controle	15	55,3	19,89	16,67	62,5	83,33
	Experimental	15	49,2	15,53	16,67	45,83	75
3 - Pós	Controle	15	54,2	18,03	25	50	79,17
	Experimental	15	49,7	13,31	29,17	45,83	70,83

Tabela 13 - Comparações das variáveis ao longo do tempo Pré (0semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana) intra e entre os grupos controle (sem psicoeducação) e experimental (com psicoeducação) no domínio 2 - Psicológico.

Comparações	Estimativa da diferença	Erro Padrão	Valor p*	Intervalo de Confiança 95% para a diferença*	
Controle (Pré - Durante)	-2,50	2,89	0,95	-11,02	6,02
Controle (Pré - Pós)	-1,39	2,89	0,99	-9,91	7,13
Controle (Durante - Pós)	1,11	2,89	0,99	-7,41	9,63
Experimental (Pré - Durante)	-0,83	2,89	0,99	-9,35	7,69
Experimental (Pré - Pós)	-1,39	2,89	0,99	-9,91	7,13
Experimental (Durante - Pós)	-0,55	2,89	0,99	-9,08	7,97
Pré (Controle - Experimental)	4,44	6,55	0,98	-14,87	23,76
Durante (Controle - Experimental)	6,11	6,55	0,94	-13,21	25,43
Pós (Controle - Experimental)	4,44	6,55	0,98	-14,87	23,76
Controle - Experimental	5,00	6,11	0,42	-7,23	17,23

Tabela 14 - Estatística descritiva WHOQOL ao longo do tempo Pré (0semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana). - domínio 3 - Relações Sociais.

WHOQOL - Relações Sociais							
Tempo	Grupo	n obs	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
1 - Pré	Controle	15	42,2	25,87	8,33	41,67	83,33
	Experimental	15	44,4	28,81	0	41,67	83,33
2 - Durante	Controle	15	47,2	24,53	16,67	33,33	83,33
	Experimental	15	44,4	26,67	0	50	91,67
3 - Pós	Controle	15	50,6	21,93	16,67	58,33	83,33
	Experimental	15	53,9	25,37	8,33	58,33	100

Tabela 15 - Comparações das variáveis ao longo do tempo Pré (0semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana) intra e entre os grupos controle (sem psicoeducação) e experimental (com psicoeducação) no domínio 3 - Relações Sociais.

Comparações	Estimativa da diferença	Erro Padrão	Valor p*	Intervalo de Confiança 95% para a diferença*	
Controle (Pré - Durante)	-5,00	4,36	0,86	-17,86	7,86
Controle (Pré - Pós)	-8,33	4,36	0,41	-21,19	4,53
Controle (Durante - Pós)	-3,33	4,36	0,97	-16,19	9,53
Experimental (Pré - Durante)	0,00	4,36	0,99	-12,86	12,86
Experimental (Pré - Pós)	-9,44	4,36	0,27	-22,30	3,42
Experimental (Durante - Pós)	-9,44	4,36	0,27	-22,30	3,42
Pré (Controle - Experimental)	-2,22	9,35	0,99	-29,82	25,38
Durante (Controle - Experimental)	2,78	9,35	0,99	-24,82	30,38
Pós (Controle - Experimental)	-3,33	9,35	0,99	-30,93	24,27
Controle - Experimental	-0,93	8,65	0,92	-18,25	16,40

Tabela 16 - Estatística descritiva WHOQOL ao longo do tempo Pré (0semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana). - domínio 4- Meio Ambiente.

WHOQOL - Meio Ambiente							
Tempo	Grupo	n obs	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
1 - Pré	Controle	15	56,3	18,75	28,13	56,25	96,88
	Experimental	15	54,6	15,26	21,88	53,13	93,75
2 - Durante	Controle	15	57,3	13,29	34,38	59,38	81,25
	Experimental	15	53,3	14,96	25	56,25	93,75
3 - Pós	Controle	15	57,1	13,9	34,38	56,25	81,25
	Experimental	15	56,0	16,17	28,13	56,25	96,88

Tabela 17 - Comparações das variáveis ao longo do tempo Pré (0semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana) intra e entre os grupos controle (sem psicoeducação) e experimental (com psicoeducação) no domínio 4 - Meio Ambiente.

Comparações	Estimativa da diferença	Erro Padrão	Valor p*	Intervalo de Confiança 95% para a diferença*	
Controle (Pré - Durante)	-1,04	2,38	0,99	-8,05	5,97
Controle (Pré - Pós)	-0,83	2,38	0,99	-7,84	6,18
Controle (Durante - Pós)	0,21	2,38	0,99	-6,80	7,22
Experimental (Pré - Durante)	1,25	2,38	0,99	-5,76	8,26
Experimental (Pré - Pós)	-1,46	2,38	0,99	-8,47	5,55
Experimental (Durante - Pós)	-2,71	2,38	0,86	-9,72	4,30
Pré (Controle - Experimental)	1,67	5,66	0,99	-15,02	18,36
Durante (Controle - Experimental)	3,96	5,66	0,98	-12,73	20,65
Pós (Controle - Experimental)	1,04	5,66	0,99	-15,65	17,73
Controle - Experimental	2,22	5,31	0,68	-8,42	12,87

Os resultados referentes à adequação social, avaliados por meio da EAS, mostram que as médias se mantiveram ao longo do tempo ($p=0,08$) em ambos os grupos, também não foi observada diferença significativa entre os grupos ($p=0,25$), como mostra o Gráfico 3.

Tabela 18 - Médias da EAS ao longo do tempo Pré (0ª semana) Durante (4ª semana) e Pós (8ª semana).

EAS							
Tempo	Grupo	n obs	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
1 - Pré	Controle	15	2,62	0,67	1,89	2,42	4,04
	Experimental	15	2,42	0,72	1,31	2,3	3,84
2 - Pós	Controle	15	2,51	0,75	1,64	2,3	4,36
	Experimental	15	2,19	0,45	1,53	2,11	3,23

Gráfico 3 - Médias da EAS nos grupos controle e experimental. As médias se mantiveram ao longo do tempo em ambos os grupos ($p=0,08$).

Escalas de Adesão

Os resultados referentes à adesão medicamentosa, avaliados por meio da Escala de Adesão mostraram que no grupo controle as médias se mantiveram, enquanto que no grupo experimental as médias aumentaram significativamente ao longo do tempo ($p < 0,001$), demonstrando um aumento importante na adesão medicamentosa.

Tabela 19 - Médias da Escala de Adesão ao longo do tempo Pré (0ª semana) Durante (4ª semana) e Pós (8ª semana).

Escala Adesão							
Tempo	Grupo	n obs	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
1 - Pré	Controle	15	17,6	2,5	13	18	20
	Experimental	15	17,8	2,7	12	19	20
2 - Durante	Controle	15	17,4	2,87	11	18	20
	Experimental	15	19	1,41	15	20	20
3 - Pós	Controle	15	17,2	3,05	12	18	20
	Experimental	15	19,73	0,7	18	20	20

Na tabela 20 verifica-se os efeitos de interação entre as variáveis, ou seja, se existe efeito conforme muda-se de grupo e tempo simultaneamente. Evidencia-se que no GE nos tempos Pré e Pós houve uma diferença significativa ($p < 0,01$).

Tabela 20 - Comparações das variáveis Escala de Adesão ao longo do tempo Pré (0ª semana) Durante (4ª semana) e Pós (8ª semana) intra e entre os grupos controle (sem psicoeducação) e experimental (com psicoeducação)

Comparações	Estimativa da diferença	Erro Padrão	Valor p*	Intervalo de Confiança 95% para a diferença*	
Controle (Pré - Durante)	0,20	0,47	0,99	-1,17	1,57
Controle (Pré - Pós)	0,40	0,47	0,95	-0,97	1,77
Controle (Durante - Pós)	0,20	0,47	0,99	-1,17	1,57
Experimental (Pré - Durante)	-1,20	0,47	0,12	-2,57	0,17
Experimental (Pré - Pós)	-1,93	0,47	<0,01	-3,31	-0,56
Experimental (Durante - Pós)	-0,73	0,47	0,62	-2,11	0,64
Pré (Controle - Experimental)	-0,20	0,86	0,99	-2,75	2,35
Durante (Controle - Experimental)	-1,60	0,86	0,44	-4,15	0,95
Pós (Controle - Experimental)	-2,53	0,86	0,05	-5,08	0,02
Controle - Experimental	-1,44	0,78	0,07	-3,00	0,11

Gráfico 4 - Médias da Escala de Adesão nos grupos controle e experimental. As médias do grupo experimental aumentaram significativamente ao longo do tempo ($p < 0,001$) em relação ao grupo controle.

Por meio do teste de Morisk, observou-se que no grupo controle a média de adesão foi de (46,7%), mantendo esta média no final do estudo. No grupo experimental (60%) estavam aderentes no início do estudo, sendo que no final do estudo houve um aumento da aderência para 93,3%. Apresentando-se assim uma melhora significativa na adesão ($p = 0,03$).

Tabela 21 - Médias de adesão medicamentosa ao longo do tempo de acordo com o teste de Morisk e Green ao longo do tempo Pré (0 semana) Durante (4ª semana) e Pós (8ª semana).

Grupos	Adesão	Tempos			Valor-p*		
		Pré	Durante	Pós	Pré vs Dur.	Pré vs Pós	Dur. vs Pós
Controle	Aderente	7 46,7%	6 40,0%	7 46,7%	0,56	Não houveram mudanças	0,56
	Não Aderente	8 53,3%	9 60,0%	8 53,3%			
Experimental	Aderente	9 60,0%	11 73,3%	14 93,3%	0,41	0,03	0,08
	Não Aderente	6 40,0%	4 26,7%	1 6,7%			

Tabela 22 – Médias de adesão medicamentosa comparada entre grupos de acordo com o teste de Morisk e Green ao longo do tempo Pré (0semana) Durante (4ªsemana) e Pós (8ªsemana).

Tempo	Adesão	Grupo		Total	Valor p**
		Controle	Experimental		
Pré	Aderente	7	9	16	0,72
		47%	60%		
	Não Aderente	8	6	14	
		53,3%	40,0%		
Durante	Aderente	6	11	17	0,14
		40,0%	73,3%		
	Não Aderente	9	4	13	
		60,0%	26,7%		
Pós	Aderente	7	14	21	0,01
		46,7%	93,3%		
	Não Aderente	8	1	9	
		53,3%	6,7%		

Por meio do teste de Morisk, observou-se que no grupo controle a média de adesão foi de (46,7%), mantendo essa média no final do estudo. No grupo experimental (60%) estavam aderentes na admissão do estudo, sendo que no final do estudo houve um aumento da aderência para 93,3%. Apresentando uma melhora significativa na adesão ($p=0,03$).

Gráfico 5. Médias de adesão medicamentosa avaliadas pelo teste de Morisk e Green dos grupos controle e experimental ao longo do tempo.

Também foi possível avaliar pelo Teste de Morisky e Green, se a eventual não adesão do paciente se deve a comportamento intencional (deixar de tomar a medicação por se sentir bem ou por sentir-se mal) ou não intencional (esquecimento e descuido quanto ao horário da medicação). Em ambos os grupos no início do estudo houve uma predominância do tipo intencional, 62,5% no grupo controle e 50% no grupo experimental, sendo que no final mantiveram-se os não aderente do grupo controle com comportamento não intencional e intencional na mesma proporção 37,5%.

Tabela 23 - Comportamento relacionado a não adesão medicamentosa.

Grupos	Não Adesão Tipo	Tempos		
		Pré	Durante	Pós
Controle	I	5 62,5%	4 44,4%	3 37,5%
	I/NI	1 12,5%	1 11,1%	2 25,0%
	NI	2 25,0%	4 44,4%	3 37,5%
Experimental	I	3 50,0%	2 50,0%	0 0,0%
	I/NI	1 16,7%	0 0,0%	0 0,0%
	NI	2 33,3%	2 50,0%	1 100,0%

I = intencional - NI= não intencional - I/NI= intencional e não intencional

5 DISCUSSÃO

Com o objetivo de verificar se um programa de Psicoeducação Domiciliar breve teria um impacto positivo na recuperação sintomática e funcional e na melhora da adesão medicamentosa em pacientes com TAB, foi administrado um protocolo de 8 sessões de psicoeducação em suas residências e verificado através de escalas de avaliação sintomática, funcional e adesão medicamentosa o resultado dessa intervenção psicoeducacional.

Dentro do nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que avalia a eficácia da Abordagem Psicoeducação adaptada para se realizar em residências de pacientes com TAB. Com o aumento da demanda por atendimento psicoterápico por parte desses pacientes na rede pública e com as dificuldades de alguns serviços em proporcionar um local adequado para se instalar um grupo de psicoeducação, nosso propósito em fazer uma Abordagem Psicoeducacional Domiciliar, procurando adequar o serviço às possibilidades e condições do paciente. Em muitos casos esses pacientes apresentam problemas de aderência por motivo de adequação aos dias e horários estabelecidos para os grupos, indisponibilidade de tempo e inviabilidade financeira devido a gastos com transporte até o local.

O Transtorno Afetivo Bipolar é uma doença que se manifesta normalmente na fase de formação da vida do paciente e impacta na esfera cognitiva e emocional de seu desenvolvimento, produzindo dificuldades interpessoais, educacionais e financeiras que potencialmente deixam sequelas ao longo da vida do paciente. A doença também impacta a família e os amigos do paciente, produzindo um enorme ônus tanto para a pessoa afetada e para a comunidade como um todo (SILVA; BUENO; MORENO, 2011).

O objetivo dos tratamentos deve, portanto considerar esses aspectos, e também o de atingir melhora por longo período com foco na diminuição do impacto da doença e dos seus tratamentos na cognição e no funcionamento social e ocupacional. Por se tratar de uma doença crônica e sem cura que requer tratamento para a vida toda deve-se tratar a doença considerando a relação custo - benefício das intervenções utilizadas em função de eficácia, tolerabilidade e particularmente da sua eficiência (SILVA; BUENO; MORENO, 2011).

De acordo com Colom (2011) as intervenções psicológicas para transtornos de humor podem ser divididas em "especializadas" e "simples". Psicoeducação pertence ao último grupo. As terapias simples, não necessitam de uma fundamentação teórica altamente desenvolvida e essa ausência de complexidade

(tanto para os terapeutas como para os clientes), se encaixa facilmente no ambiente clínico e objetivos terapêuticos. O terapeuta tem que ser um clínico (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social ou terapeuta ocupacional), que tenha conhecimento especializado do distúrbio e não de uma técnica, e essa é a principal diferença entre terapias especializadas e simples. Outras características do terapeuta incluem a experiência no trabalho de grupo e habilidades interpessoais, questões comuns a quase todas as intervenções.

A crença do paciente acerca do medicamento pode ser um dos fatores chave em relação à adesão à terapia medicamentosa. Frequentemente, os pacientes tomam decisões sobre tomar ou não um medicamento baseado nas informações recebidas acerca dos mesmos (GIMENES; ZANETTI; HAAS, 2009).

Alguns profissionais consideram que os pacientes já possuem informações sobre as causas e sintomas da doença, mas a grande maioria ignora a natureza biológica, clínica e recorrente de seu transtorno. As primeiras sessões de psicoeducação devem ser o primeiro passo para introduzir conceitos que mais tarde serão absolutamente necessários ao programa. Por exemplo, não se acredita que faz sentido realizar uma intervenção meramente projetada para identificar os sintomas iniciais, se não tiver primeiro corretamente definido o que o transtorno bipolar é e porque seus sintomas aparecem (COLOM; VIETA, 2006).

Neste estudo randomizado controlado com 30 pacientes portadores de TAB tipo I ou II, em acompanhamento na rede coletiva de Saúde Mental de Ribeirão Preto, observamos um predomínio do gênero feminino (63,3%) na amostra dos pacientes. Na literatura alguns estudos mostram que com relação ao gênero não há diferença entre homens e mulheres para a prevalência do TAB tipo I, (BELMAKER, 2004, KESSLER *et al.*, 2007). Já o TAB tipo II é mais prevalente no sexo feminino (BENAZZI *et al.*, 2007, KESSLER *et al.*, 2007; KUSUMAKAR *et al.*, 1997). A utilização dos serviços de saúde parece também ser diferente entre os gêneros (SCHAFFER *et al.*, 2006), homens com TAB procuraram significativamente menos atendimento médico que mulheres, o que pode explicar a predominância do gênero neste estudo.

Encontramos, neste estudo, que a maior parte (26%) dos pacientes estava afastada do emprego, corroborando com a literatura que mostra que o Transtorno Afetivo Bipolar se associa a grande limitação na atividade profissional. Apenas 50% dos pacientes com TAB se encontram empregados 6 meses após alta de

hospitalização psiquiátrica (HIRSCHFELD *et al.*, 2004). Em um estudo europeu Goetz *et al.* (2007), com amostra de 3.500 pacientes demonstrou que 68% desses pacientes apresentavam algum grau de dificuldade profissional, dentre eles, 21% eram totalmente incapazes de trabalhar.

Nesta amostra o primeiro episódio na maioria dos pacientes foi episódio depressivo (53,3%). A literatura mostra que o estado depressivo é a condição sintomática mais frequente na vida do paciente e o responsável pela maior parte da incapacitação e sofrimento gerados ao portador de Transtorno Bipolar (GOODWIN & JAMISON, 2007, EMILIEN *et al.*, 2007). Em um estudo de seguimento de 10 anos, pacientes com transtorno bipolar tipo I estiveram deprimidos em 31% do tempo, mais do que em mania (9%) ou em estados mistos (9%) (JUDD *et al.*, 2003a). Pacientes com transtorno bipolar tipo II estiveram em depressão em 50,3% do tempo, muito mais do que em hipomania (1,3%) (JUDD *et al.*, 2003b).

Em nosso estudo, a idade do primeiro episódio da doença em média foi 24,6 anos. Na literatura vemos que em geral, os primeiros sintomas aparecem, na adolescência começo da idade adulta sendo que pelos menos metade dos casos iniciam-se antes dos 25 anos de idade (KESSLER *et al.*, 2005).

O transtorno está associado com um alto grau de sofrimento humano. Enquanto alguns raros indivíduos podem experimentar somente um único episódio de mania e depressão em suas vidas, mais de 95% das pessoas com transtorno bipolar têm episódios recorrentes de depressão e mania ao longo de suas vidas (GOODWIN & JAMISON, 1990).

A identificação do TAB pode ocorrer tardiamente, como consequência de um diagnóstico e tratamento inadequados ou desconhecimento por parte do portador e de sua família. O atraso no diagnóstico contribui para um pior prognóstico e aumento na carga da doença, na amostra do nosso estudo a idade do primeiro episódio da doença em média 24,6 anos, até a idade em que receberam diagnóstico que foi em média com 35,5, coincide com alguns estudos que mostram que o diagnóstico correto do transtorno bipolar muitas vezes pode demorar até 10 anos desde o início dos sintomas (HIRSCHFELD *et al.*, 2004).

Referente a tentativa de suicídio, em nossa amostra, 26,7% tiveram mais de 2 tentativas sendo o maior número no grupo controle (40%). De acordo com alguns estudos o TAB está associado a um elevado risco de mortalidade, sendo que aproximadamente 25% dos portadores tentam suicídio em algum momento

da vida (HILTY *et al.*, 1999, EVANS, 2000). Hilty *et al.* (1999) acrescentam, que dos 25% dos portadores de TAB que tentam suicídio, 11% têm êxito. Essa taxa é ainda maior quando se refere a pacientes não tratados, chegando a 15% (EVANS, 2000).

Nessa amostra os pacientes tomavam em média três medicações, psicotrópicas, no ato da admissão. O uso de diferentes fármacos associados tem sido uma prática cada vez mais frequente no TAB, estudos têm demonstrado que, muitas vezes, é necessária a combinação de medicamentos como, por exemplo, estabilizadores do humor e antidepressivos, mesmo na fase de manutenção e, se sintomas psicóticos estiverem presentes, é necessário o uso de antipsicóticos e/ou benzodiazepínicos (BOWDEN, 1997, STAHL, 2002). A polifarmácia é frequentemente utilizada para tratar os sintomas subsindrômicos persistentes, após o fracasso da monoterapia (MACHADO-VIEIRA e SOARES, 2007) sendo essa uma das principais dificuldades para a adesão do paciente ao tratamento (GAZALLE; HALLAL *et al.*, 2007).

No que se refere a antecedentes familiares, na nossa amostra, 63,3% têm pelo menos um parente de 1º grau com transtorno mental. Esse dado é concordante com alguns estudos que dizem que a história familiar é, realmente, um importante fator de risco para a manifestação de TAB, sendo esse risco especialmente maior quando se trata de parentes de primeiro grau (LIMA *et al.*, 2005; STUART, 2001). Cerca de 50% dos pacientes bipolares têm em sua família algum membro acometido com a doença (BELMAKER, 2004, KUPFER *et al.*, 2002).

Com relação aos resultados da avaliação clínica dos sintomas maníacos, e depressivos, os pacientes de ambos os grupos, experimental e controle de nosso estudo, no momento da admissão apresentaram baixos escores na escala de sintomatologia depressiva e maníaca e durante o estudo não apresentaram recaídas sintomáticas. No GE apesar de observarmos uma diminuição estatisticamente significativa nos escores da escala de HAM-D ($P < 0,01$) não podemos concluir que foi devido à psicoeducação já que a comparação entre grupos não foi significativa ($p = 0,67$), além disso, os pacientes estavam eutímicos na admissão não sendo clinicamente importante esta diminuição dos sintomas depressivos do ponto de vista estatístico.

Com relação ao sintoma de mania, avaliado pela escala de YOUNG, as médias iniciaram baixas e apesar de ter uma diminuição não significativa, nos

escores durante o estudo, mantiveram-se baixas no final, pois os pacientes também não tiveram recaídas no polo Maníaco.

Na literatura, os estudos controlados com psicoeducação têm demonstrado resultados positivos na melhora sintomática em ambos os polos maníacos e depressivo sob o impacto da psicoeducação (COLOM *et al.*, 2003a; 2003b; 2004; 2009, MIKLOWITZ *et al.*, 2000, D'SOUZA *et al.*, 2010). As diferenças encontradas entre os resultados deste estudo e os demais citados acima se deve ao fato de que esses estudos são realizados em duas fases: Na primeira é realizado o tratamento com protocolos com um número maior de sessões dedicada ao tema. Na segunda é realizado um acompanhamento de 6 meses a 2 anos sendo feitas avaliações de recidivas e verificação de sintomas, já em nosso estudo realizamos uma intervenção breve de 8 sessões sem acompanhamento posterior, o que pode ter interferido nos resultados, talvez se os pacientes tivessem sido acompanhados após o término do estudo detectaríamos alguma recaída sintomática nos grupos, até porque o grupo controle estava menos aderente no início do estudo e permaneceu menos aderente no final em relação ao grupo experimental.

A diferença entre os resultados deste estudo foi encontrada em outro desfecho importante, relacionado à avaliação funcional. A avaliação da adequação social, através da EAS, que mede a recuperação funcional dos sujeitos nos âmbitos sócio ocupacional, situação financeira e relações interpessoais (sociais e familiares), apresentou escores que não tiveram mudanças significativas ao longo do tempo e não apresentou diferença entre grupos. Na escala de avaliação de qualidade de vida WHOQOL – bref os resultados mostraram que não houve mudança significativa nos 4 domínios nem entre os grupos nem ao longo do tempo não sendo observada uma recuperação funcional nesses pacientes. A literatura mostra, em estudos controlados com seguimento após tratamento, efeitos significativos da psicoeducação no funcionamento social (PERRY *et al.*, 1999) e na qualidade de vida (BAUER *et al.*, 2006a).

Em se tratando da adesão medicamentosa, a porcentagem de pacientes não aderentes aos medicamentos no nosso estudo, 40% no grupo experimental e 53% no grupo controle foi semelhante à encontrada na literatura internacional que evidencia que as taxas de não adesão em transtorno bipolar, representam 47% em alguma fase do tratamento ou 52% durante um período de dois anos. (GREENHOUSE *et al.*, 2000).

O baixo grau de adesão manifestado na maioria dos pacientes neste estudo reforça a importância do tema e a necessidade de abordagem psicossocial em relação a esse comportamento. Tal aspecto é relevante, pois caso o paciente não tenha informações a respeito da doença e de como tratá-la, não poderá apresentar os comportamentos necessários para o controle da doença (PIRES JÚNIOR; MENGUE, 2005, MALERBI, 2001). De acordo com Leite e Vasconcellos (2003), as razões de não adesão ao tratamento medicamentoso são: o acesso econômico aos medicamentos, o número muito alto de medicações prescritas e o esquema terapêutico, mesmo quando o medicamento é fornecido gratuitamente, os efeitos colaterais e a ausência de sintomas em algumas fases da doença. Alguns pacientes não aderem ao tratamento porque se recusam a aceitar que possuem a doença (SANTIN; CERESER & ROSA, 2005).

Nossos resultados mostraram que no grupo experimental houve uma melhora significativa da adesão medicamentosa em comparação ao grupo controle ($p=0,03$). Por meio do teste de Morisk, observou-se que no grupo controle a média de adesão foi de (46,7%), mantendo essa média no final do estudo. No grupo experimental (60%) estavam aderentes na admissão do estudo, sendo que no final do estudo houve um aumento da aderência para 93,3%, apresentando-se assim uma melhora significativa na adesão estando em concordância com a maioria dos estudos que avaliaram o efeito da psicoeducação na aderência ao tratamento de pacientes com TAB. Estudos clínicos randomizados apresentaram resultados que demonstraram que a psicoeducação aumentou o conhecimento do paciente em relação à doença e ao medicamento, diminuindo os sintomas psiquiátricos e aumentando a adesão (COLOM *et al.*, 2004; 2003a, 2003b, DOGAN, 2003., MIKLOWITZ *et al.*, 2003).

Miasso (2006), destaca o dilema da ambivalência percebido pelo bipolar que no início não reconhece sua doença, e passa a acreditar que não precisa dos medicamentos, tendo no preconceito e nas limitações geradas pelos efeitos colaterais, motivos adicionais que reforçam a decisão de abandonar o tratamento. E, ao vivenciarem as crises desencadeadas pela ausência do tratamento, identificam sua real necessidade, destacando-se a presença de efeitos colaterais, em oposição à percepção da necessidade do medicamento frente às crises e reinternações.

Além de avaliar o baixo grau de adesão, neste estudo também pudemos observar o tipo de comportamento de não adesão, pois de acordo com Miasso (2009), conhecer a origem do comportamento de não adesão (intencional ou não

intencional) é fundamental para direcionar a implementação de estratégias, nos serviços de saúde, voltadas à segurança dessa clientela na terapêutica medicamentosa. Nos pacientes não aderentes pode se observar que o comportamento intencional foi predominante, ou seja, os pacientes às vezes deixam de tomar o medicamento quando se sentem bem ou quando esse lhe faz mal. De acordo com Miasso (2009) entre os pacientes que não aderem ao tratamento medicamentoso intencionalmente, há aqueles que exprimem insatisfação com a medicação por não se considerarem doentes e não identificam motivos para seguir a terapêutica medicamentosa, sendo frequente o abandono da mesma. Os resultados aqui encontrados não são corroborados por estudos que verificaram a adesão e satisfação em relação ao tratamento em pacientes com TAB, que identificaram a não adesão à medicação por comportamento não intencional (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009, CARDOSO, 2008).

É importante observar que no TAB muitos pacientes tem um *insight* empobrecido, senso crítico prejudicado e dificuldade para compreender e aceitar o transtorno, o que pode explicar a imprevisível postura dos pacientes quanto ao tipo de baixa adesão. Tal aspecto pode, em parte, ser explicado pela escassez de orientações fornecidas a essa clientela pelos profissionais de saúde. Como nem todo serviço público tem disponível em sua rotina um serviço especializado de terapia, este estudo pode trazer importantes contribuições para implementação de estratégias nos serviços de saúde que permitam avaliar a possibilidade de inserir a psicoeducação aos pacientes através de visitas domiciliares.

O estudo apresentou algumas limitações como o tamanho reduzido da amostra que se deveu à dificuldade em encontrar e selecionar pacientes em fase eutímica, e sem uso atual de substâncias químicas. Apesar de grande parte da amostra ter apresentado episódios anteriores não foi possível colher essa informação com precisão, pois os pacientes e familiares não sabiam ou sabiam parcialmente informar esse dado e nem todos os prontuários continham essa informação, alguns por terem pouco conhecimento a respeito da sintomatologia da doença não sabiam identificar uma crise e considerava crise somente o ato da internação. Como não foi feito seguimento aos pacientes após o término do estudo a exemplo de alguns estudos que tiveram acompanhamento de 6 meses a 1 ano, não foi possível detectar o impacto do tratamento ao longo do tempo e a diferença entre os grupos. A falta de avaliador independente também é considerada como uma

limitação do estudo. Estudos posteriores deverão ser desenvolvidos para controlar estas variáveis e aprofundar nosso conhecimento a esse respeito.

Ao melhorar a adesão, a Psicoeducação Domiciliar demonstrou, neste estudo, sua eficácia como abordagem psicossocial gerenciando melhores condições de tratamento do curso crônico e recorrente do TAB de maneira efetiva.

6 CONCLUSÃO

Este estudo aqui apresentado demonstrou que um programa breve, de 8 semanas de Psicoeducação Domiciliar, realizado em visitas nas residências de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar em tratamento farmacológico padrão teve um impacto positivo no aumento da adesão medicamentosa.

A Psicoeducação Domiciliar não teve um impacto positivo na recuperação funcional já que as médias das escalas de avaliação funcional não se alteraram durante o estudo nos grupos experimental e controle.

Não foi possível verificar se a Psicoeducação Domiciliar teve um impacto positivo na recuperação sintomática já que os pacientes permaneceram eutímicos durante o estudo não havendo recaídas em ambos os grupos experimental e controle.

A Psicoeducação Domiciliar demonstrou sua eficácia como abordagem psicossocial melhorando a adesão ao tratamento dos pacientes com TAB. Ao melhorar a adesão, gerenciamos melhores condições do curso crônico e recorrente do TAB de maneira efetiva.

REFERÊNCIAS

ALTSHULER, L. L. et al. **Neurocognitive function in clinically stable men with bipolar I disorder or schizophrenia and normal control subjects.** Biol Psychiatry. 56:560-9. 2004.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders.** 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

AKISKAL, H. S.; PINTO, O. **The evolving bipolar spectrum: prototypes I, II, III, IV.** Psychiatry Clinical of North American. v. 22, 517-534. 1999.

AKISKAL, H. S et al. **Re - evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders.** Journal of Affective Disorders. 1 (Supl 59), S5-S30. 2000.

ANDRADE, A. C. F. **A abordagem psicoeducacional no tratamento do transtorno afetivo bipolar.** Rev. Psiqu. Clín. 26(6):1-8. 1999.

ANDRADE, L. et al. **Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil.** Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology.37(7):316-25. 2002.

ANGST, F. et al. **Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years.** Journal of Affective Disorders. 68 (2-3), 167-81. 2002.

ANGST J. et al. **Toward a redefinition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania.** J Affect Disord. Jan;73(1-2):133-46. 2003.

BAUER, M. S. et al. **Collaborative care for bipolar disorder: part I. Intervention and implementation in a randomized effectiveness trial.** Psychiatr Serv. 57(7):927-36. 2006a.

_____. **Collaborative care for bipolar disorder: part II. Impact on clinical outcome, function, and costs.** Psychiatr Serv.57(7):937-45. 2006b.

BATISTA, T. A.; BAES, C. V. W.; JURUENA, M. F. **Efficacy of psychoeducation in bipolar patients: systematic review of randomized trials.** Psychol. Neurosci. 2011, vol.4, n.3, pp. 409-416. ISSN 1983-3288.

BELMAKER, R. H. **Bipolar disorder.** Engl J Med. 2004; 351(5): 476-86.

BENAZZI, F.; AKISKAL, H. S. **Refining the evaluation of bipolar II: beyond the strict SCID-CV guidelines for hypomania.** J Affect Disord. 2003 Jan;73(1-2):33-8.

BENAZZI, F. **Bipolar II disorder: epidemiology, diagnosis and management.** CNS Drugs. 2007; 21(9): 727-40.

BOWDEN, C. L. **Choosing the appropriate therapy for bipolar disorder.** Medscape Mental Health, v2, n.8, 1997.

BYER, L. J. **An evidence-based medicine strategy for achieving remission in bipolar disorder.** J Clin Psychiatry. 2008; 69. Suppl 3: 31-7.

CARDOSO, L. **Egressos de internação psiquiátrica: um olhar sobre o paciente e seu familiar cuidador.** 2008. 116. Tese de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CALABRESE, J. R. et al. **International consensus group on bipolar I depression treatment guidelines.** J Clin Psychiatry. 2004; 65(4):571-9.

CHATKIN, J. M. et al. **Adesão ao tratamento de manutenção em asma (estudo ADERE).** Jornal Brasileiro de Pneumologia, São Paulo, v.32 n.4,2006.

CICONELLI, R. M. **Medidas de avaliação de qualidade de vida.** Revista Brasileira de Reumatologia. v.43, n.2,p. 09-14, mar./Abr. 2003.

COLOM, F. et al. **What is the role of psychotherapy in treatment of bipolar disorder?.** Psychotherapy and Psychosomatic. 1998; 67: 3-9.

_____. **A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission.** Archives of General Psychiatry, 60, 402-407. 2003a.

_____. **Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement.** Journal of Clinical Psychiatry. 64, 1101-1105. 2003b.

_____. **Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders.** Bipolar Disord. 2004;6(4):294-8.

_____. **Psychoeducation for bipolar II disorder: an exploratory, 5-year outcome subanalysis.** Journal of Affective Disorders, 112, 30-35. 2009.

COLOM, F.; VIETA, E. **Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação.** Revista Brasileira de Psiquiatria. 2004; 26 (supl. 3), 47-50.

_____. **Psychoeducation manual for bipolar disorder.** Cambridge University Press, 2006.

COLOM, F. **Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders.** The British Journal of Psychiatry. 2011;198:338-340.

DOGAN, S.; SABANCIOGULLARI, S. **The effects of patient education in lithium therapy on quality of life and compliance.** Arch Psychiatry Nurs 17(6): 270-275, 2003.

D'SOUZA, R.; PISKULIC, D.; SUNDRAM, S. **A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: A pilot randomised controlled trial.** Journal of Affective Disorders, 120, 272-276. 2010.

EMILIEN, G. et al. **Bipolar disorder**: how far are we from a rigorous definition and effective management?. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 31, 975–996. 2007.

EVANS, D. L. **Bipolar disorder**: diagnostic challenges and treatment considerations. *J Clin Psychiatry*. 2000; 61:26-31.

FENTON, W. S.; BLYLER, C. R.; HEINSEN, R. K. **Determinants of medication compliance in schizophrenia**: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull.* 23(4): 637-651, 1997.

FLECK, M. P. A. et al. **Factorial structure of the 17-item Hamilton Depression Rating Scale**. *Acta Psychiatr. Scand.* 1995; 92(3):168-72.

_____. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref**. *Rev. Saúde Pública*. 2000; 34(2):178-83.

FOUNTOULAKIS, K. N.; VIETA, E. **Treatment of bipolar disorder**: a systematic review of available data and clinical perspectives. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2008; 11, 999-1029.

FREY, B. N. et al. **Anormalidades neuropatológicas e neuroquímicas no transtorno afetivo bipolar**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (5), 180-188, 2004.

_____. **Increased oxidative stress and DNA damage in bipolar disorder**: a twin-case report. *Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2007; 31, 283 5.

GAZALLE, F. K. et al. **Polypharmacy and suicide attempts in bipolar disorder**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2007; 29(1):35-8.

GIMENES, H. T.; ZANETTI, M. L.; HAAS, V. J. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa**. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. v.17, n.1, p.46-51, 2009.

GORENSTEIN, C. et al. **Escala de Auto-Avaliação de Adequação Social**. Validação da Versão em Língua Portuguesa. In: Gorenstein, C.; Andrade, L. & Zuardi, A.W. (eds.). **Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. Lemos: São Paulo, 2000.

GOODWIN, F.; JAMISON, K. **Manic-Depressive Illness**. Oxford University Press: New York, 1990.

GOODWIN, G. M.; CONSENSUS GROUP OF THE BRITISH ASSOCIATION FOR PSYCHOPHARMACOLOGY. **Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder**: recommendations from British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2003; 17(2):149-73.

GOODWIN, F. K. & JAMISON, K. R. **Manic-depressive illness**: bipolar disorders and recurrent depression. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2007.

GOETZ, I. et al. **Functional impairment in patients with mania: baseline results of the EMBLEM estudy.** Bipolar Disorder. 2007; 9:45-52.

GOETZEL, R. Z. et al. **The health and productivity cost burden of the "top 10" physical and mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999.** J Occup Environ Med. 2003; 45(1):5-14.

GORENSTEIN, E. E.; PAPP, L. A.; KLEBER, M. S. **Cognitive-behavioral treatment of anxiety in later life.** Cognitive Behavior Practice. 6, 305-319. 1999.

GORENSTEIN, C.; MORENO, R. **Escalas de avaliação de depressão.** 1 ed. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2011.

GREENHOUSE, W. J.; MEYER, B.; JOHNSON, S. L. **Coping and medication adherence in bipolar disorder.** J. Affect Disord, v.59, n.3, p.237-241, 2000.

HAMILTON, M. **A rating scale for depression.** J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960; 23:56-62.

HILTY, D. M.; BRADY, K. T.; HALES, R. E. **A review of bipolar disorder among adults.** Psychiatric Services, v.50, n.2, p.201-13, 1999.

HIRSCHFELD, R. M. A., BOWDEN, C. L., GITLIN, M. J. **Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder.** 2.ed. American Psychiatric Press, 2004.

HORNE, R. **Compliance, adherence and concordance: implications for asthma treatment.** Chest, 2006; 130, 56-72.

JORGE, M. A. S. et al.; ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org). **Textos de apoio em saúde mental.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

JUDD, L. L.; AKISKAL, H. S.; SCHETTER, P. J. **The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder.** Arch Gen Psychiatry. 2002; 59: 530-537.

JUDD, L. L.; AKISKAL, H.S. **The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the USA population: re-analysis of the ECA data base taking into account subthreshold cases.** Journal of Affective Disorders. 2003; 73, 123-31.

JUDD, L. L. et al. **A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder.** Arch Gen Psychiatry. 2003; 60: 261-269.

_____. **Residual symptom recovery from major affective episodes in bipolar disorders and rapid episode relapse/recurrence.** Arch Gen Psychiatry. 2008; 65:386-94.

JURUENA, M. et al. **Bipolar II and bipolar I disorder: more differences than DSM-IV diagnostic criteria.** The International Journal of Neuropsychopharmacology. 3(1): S337, 2000.

JURUENA, M. F. **Terapia cognitiva: intervenção para o transtorno afetivo bipolar.** *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(6), 322-330. 2001.

KEILA, S. B. **Aspectos psicológicos do transtorno afetivo bipolar.** *Rev. Psiquiatria Clín.*, São Paulo, v. 26, n. 6, 1999.

KESSLER, R. C. et al. **Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.** *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):593-602.

_____. **Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative.** *World Psychiatry*. 6, 168-176. 2007.

KUPFER, D. J. **Long-term treatment of depression.** *Journal of Clinical Psychiatry*. 52(Suppl):28-34. 1991.

KUPFER, D. J. et al. **Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorders case registry.** *Journal of Clinical Psychiatry*. 63, 120-125. 2002.

KUSUMAKAR, V. et al. **The foundations of effective management of bipolar disorder.** *Can J Psychiatry*. 42 (suppl): 69s-73s, 1997.

LAM, D. et al. **Cost-effectiveness of relapseprevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study.** *Br J Psychiatry*. 2005; 186:500-506.

_____. **Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients.** *Bipolar Disorders*. vol 7 (5), pp. 431-440, 2005.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. C. **Adesão à terapeutica medicamentosa para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura.** *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.8n.3, 2003.

LIMA, M. S. et al. **Epidemiologia do transtorno bipolar.** *Ver. Psiq. Clín. São Paulo*, v.32,supl.1, p.15-20, 2005.

LINDEN, W. **Psychological treatments in cardiac rehabilitation: review of rationales and outcomes.** *J Psychosom Res.*, 2000; 48(4-5):443-54.

LINGAM, R.; SCOTT, J. **Treatment non-adherence in affective disorders.** *Acta Psychiatrica Scandinavian*. v.105, p.164-172, 2002.

LÓPEZ, A. D.; MURRAY, C. J. **The global burden of disease.** *Nat Med*. 1998; 4(11):1241-3.

MACHADO-VIEIRA, R.; SOARES, J. C. **Transtornos de humor refratários a tratamento.** *Rev Bras Psiquiatr*. 2007; 29 Supl 2:S48-54.

MALERBI, F. E. K. **Estratégias para aumentar a adesão em pacientes com diabetes.** In: GUILHARDI, H. J. et al. **Sobre comportamento e cognição explorando a variabilidade.** Santo André: ESETtec, p.127-131, 2001.

MALKOFF-SCHWARTZ, S. E. et al. **Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes**. Archives of General Psychiatry. 1998; 55, 702-7.

McDOWELL, I.; NEWELL, C. **Measuring health**: a guide to rating scales and questionnaires. Oxford University Press, New York, Oxford. 2ª ed, cap 4 – Social Health (pp.122-176), 1996.

MELLO, M.; MARQUES, A. P. **A imagem corporal representada pelos fibromiálgicos**: um estudo preliminar. Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo. v.2, n.2, p.87-93, 1995.

MIASSO, A. I. **Entre a cruz e a espada**: o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com transtorno afetivo bipolar, em sua perspectiva e na de seu familiar. 2006. 261f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MIASSO, A. I.; MONTESCHI, M.; GIACCHERO, K. G. **Transtorno afetivo bipolar**: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de Saúde Mental. Rev. Latino-am. Enfermagem. v.17, n.4, 2009.

MICHALAK, E. E. et al. **O transtorno bipolar e qualidade de vida**: uma perspectiva centrada no paciente. Ver. Vida Qual . 2006, 15 (1) :25-37.

MIKLOWITZ, D. J. et al. **Family-focused treatment of bipolar disorder**: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. Biol. Psychiatry, 48: 582-592, 2000.

_____. **Integrated family and individual therapy for bipolar disorder**: results of a treatment development study. J Clin Psychiatry. v.64, n.2, p. 182-91, 2003.

MIKLOWITZ, D. J. **Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder**: state of the evidence. **American Journal of Psychiatry**. 2008; 165(11), 1408-1419.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H. **Escalas de depressão de Montgomery & Asberg (MADRS) e Hamilton (HAM-D)**. Revista Psiquiatria Clínica. 1998; 25(5):262-72.

MORENO, D.H.; ALMEIDA, K. M. **Quadro clínico dos subtipos do espectro bipolar**. In: MORENO R.; MORENO D. H. **Da psicose maníaco- depressiva ao espectro bipolar**. São Paulo: Segmento Farma, 2005. p. 141-69.

MORGAN, V. A.; MITCHELL, P .B.; JABLENSKY, A. V. **A epidemiologia do transtorno bipolar**: dados de utilização de deficiência, demográficas e serviço do Estudo Nacional Australiana de baixa prevalência (psicótica) transtornos. Bipolar Disord., 2005; 7 (4) :326-37.

MORSELLI, P. L.; ELGIE, R. **The BEAM survey**: information on current and past treatment of bipolar disorder generated by a patient questionnaire. Bipolar Disord., 2002; 4 (Supl.1):131.

MORISKY, D. E. et al. **Health education program effects on the management of hypertension in the elderly**. Arch. Intern. Med., 1982; 142(10):1835-38.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. **Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence**. Méd Care, 1986; (24):67-74.

OLMSTED, M. P. et al. **The effects of psychoeducation on disturbed eating attitudes and behavior in young women with type 1 diabetes mellitus**. Int J Eat Disord., 2002; 32(2):230-9.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. **Adherence to medication**. The New England Journal of Medicine. v. 353, n. 5, p.487-497, 2005.

PACINI, G.; SARMIENTO, I. **Chronic disease impact on partners: an explorative study**. General Italian Medicine of Ergonomic. 30 (3 Suppl B), 54-61. 2008.

PELLEGRINELLI, K. **Impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional de pacientes bipolares**. 2010.168. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

PEET, M.; HARVEY, N. S. **Lithium maintenance: 1. a standard education programme for patients**. British Journal of Psychiatry. 1991; 158, 197-200.

PEREIRA, M. G.; SILVA, N. S. **Escala de adesão aos medicamentos**. Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. 1999; 6, 347-351.

PERLICK, D. A. et al. **Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder**. Bipolar Disorders. 2007; 9, 262–73.

PERRY, A. et al. **Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment**. BMJ. 1999; 318(7177):149-53.

PIRES JUNIOR, J. V.; MENGUE, S. S. **Análise do nível de informação sobre medicamentos antimicrobianos por pacientes de um centro de saúde de Porto Alegre, Brasil**. Acta Farm. Bonaerense. v.24, n.1, p.134-138, 2005.

POST, R. M. et al. **Preliminary observations on the effectiveness of levetiracetam in the open adjunctive treatment of refractory bipolar disorder**. The Journal of Clinical Psychiatry. 2005; 6 (3), 370-4.

POMYKACZ, B. et al. **A review of brief medication-adherence instrument used in patients with schizophrenia and bipolar disorder**. Harv Rev Psychiatry, 2007; 15: 259-263.

REINARES, M. et al. **The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation**. Journal of Affective Disorders. 2010, 123, 81-86.

ROSO, M. C.; MORENO, R. A.; COSTA, E. S. **Psychoeducational Intervention on mood disorders**: the experience of GRUDA. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, May 2005.

SAJATOVIC, M. **Bipolar disorder**: disease burden. *Am J Manag Care*. 2005 Jun;11(3 Suppl):S80-4.

SAJATOVIC, M. et al. **Treatment adherence with antipsychotic medications in bipolar disorder**. *Bipolar Disorders*. 2006; 8, 232–241.

SANTIN, A.; CERESER, K.; ROSA, A. **Adesão ao tratamento no transtorno bipolar**. *Rev Psiquiatric Clin*. 2005; 32(Supl.1):105-9.

SAS Institute Inc.. **SAS/STAT® User's Guide**. Version 9.0. Cary, NC: SAS Institute Inc.. 1999.

SCHAFFER, A. et al. **Use of treatment services and pharmacotherapy for bipolar disorder in general population based mental health survey**. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67(3):386-393.

SCOTT, J.; POPE, M. **Non adherence with mood stabilizers**: prevalence and predictors. *J Clin Psychiatry*. v.63, n.5, p.384-390, 2002a.

_____. **Self-reported adherence to treatment with mood stabilizers, plasma levels, and psychiatric hospitalization**. *Am J Psychiatry*. v.159, n.11, p.1927-29, 2002b.

SCOTT, J. et al. **Cognitive-behavioural therapy for bipolar disorder**. *Br J Psychiatry*. 2006, May;188:488-9.

SEWITCH, M. J. et al. **Patient non adherence to medication in inflammatory Bowel disease**. *Am. J. Gastroenterol.*, v. 98, n. 7, p. 1535- 1544, 2003.

SILVA, G. A.; BUENO, R. J.; MORENO, A. R. **Especial transtorno bipolar**. *Revista Debate em Psiquiatria*. v. 1, n.5; p.5, 2011.

SNAITH, R. P. **Present use of the Hamilton Depression Rating Scale**: observation on method of assessment in research of depressive disorders. *Br. J. Psychiatry*. 1996; 168(5):594-97.

SOUZA, F. G. M. **Tratamento do transtorno bipolar**: eutimia. *Rev. Psiq. Clín*. v. 32, n. 1; p. 63-70, 2005.

SUPPES, T.; DENNEHY, E. B. **Transtorno bipolar**. Trad. Marina Fodra. Porto Alegre: Artmed, 2009.

STAHL, S.M. **Psicofarmacologia**. 2.ed. Porto Alegre: Medsi, 2002.

STUART, G. W. **Terapia cognitiva-comportamental**. In: STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem Psiquiátrica**: princípios e prática. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001, p.380-437.

SWARTZ, H. et al. **Psychotherapy as monotherapy for the treatment of bipolar II depression**: a proof of concept study. *Bipolar Disord.* 2009, Feb; 11(1):89-94.

THE WHOQOL GROUP. **WHOQOL-bref**: introduction, administration, scoring and generic version of assessment. Geneva: World Health Organization, 1996.

THE WHOQOL GROUP. **Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment**. *Psychological Medicine*. Cambridge, UK, v. 28, n. 3, p. 551-558, may 1998.

TSAI, S. Y. et al. **Risk factors for completed suicide in bipolar disorder**. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63(6):469-76.

VIETA, E. **Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation**. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66 (Suppl 1): 24-29.

_____. **Avanços no transtorno bipolar**. São Paulo, 2012.

VILELA, J. A. A.; LOUREIRO, S. R. **Escala de Avaliação de Mania de Young**: estudos das qualidades psicométricas da versão brasileira. *Rev Psiq Clin*. 1998; 25:113-119.

WEISSMAN, M. M.; BOTHWELL, S. **Assessment of social adjustment by patient self-report**. *Archives of General Psychiatry*. 1976; 33, 1111-1115.

WILLIAMS, J. B. **A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale**. *Archives of General Psychiatry*. 1988; 45:742-743.

WOODS, S. W. **The economic burden of bipolar disease**. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2000; 61 (Suppl. 13), 38-41.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE INSTRUMENTS. **The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)**: position paper from The World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* 1995. v. 41, n. 10, p. 1403-1409.

YOUNG, R. C. et al. **A rating scale for mania**: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*. 1978; 133: 429-435.

ZARETSKY, A. E.; RIZVI, S.; PARIKH, S. V. **How well psychosocial interventions work in bipolar disorders?**. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2007.

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Por meio deste termo você está sendo convidado a participar como voluntário
(a) da pesquisa: “A eficácia da Psicoeducação Domiciliar em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar em tratamento na rede coletiva de saúde mental de Ribeirão Preto”

I- Dados de identificação do sujeito da pesquisa ou responsável legal.

1-Nome Do Paciente:.....

Documento de Identidade nº: Sexo: M F

Data de nascimento:/...../.....

Endereço: Nº:

Bairro: Cidade:

CEP: Telefone celular: ()

Telefone residencial ()

E-mail:

2- Responsável Legal:

Natureza (grau de parentesco, curador, tutor):

Documento de Identidade nº: Sexo: M F

Data de nascimento:/...../.....

Endereço: Nº:

Bairro: Cidade:

CEP: Telefone Celular: (....).....

Telefone Residencial: (.....).....

E-mail:

II- Dados sobre a pesquisa científica

Título da pesquisa: “A eficácia da Psicoeducação Domiciliar em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar em tratamento na rede coletiva de saúde mental de Ribeirão Preto”.

Pesquisador: Tarciso Aparecido Batista, enfermeiro, mestrando em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. Mário Francisco P. Juruena, docente do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

III- Justificativa e objetivo da pesquisa

A falta de adesão ao tratamento, assim como conflitos familiares podem interferir no tratamento da doença mental, sendo esses fatores relevantes na questão da recaída sintomática dos pacientes. O agravamento desses fatores pode ter como consequências: um maior índice e aumento do tempo de hospitalização, principalmente hospitalização compulsória; maior índice de contravenções, auto e hetero agressividade; aumento dos custos do tratamento de um modo geral. Dessa forma, com menos situações de conflito familiar, e melhora na adesão ao tratamento haverá uma melhor capacidade de resistência por parte do paciente aos eventuais fatores de estresse. O objetivo deste estudo será avaliar a importância da psicoeducação em pacientes com TAB, em visitas domiciliares, vendo essa modalidade de atendimento como uma intervenção psicossocial, que irá contribuir para levar informações corretas a cuidadores e pacientes a respeito dos transtornos mentais, propondo uma melhor aderência do paciente ao tratamento, diminuindo o grau de conflitos familiares. Dessa forma, pretende-se contribuir para um melhor prognóstico da doença e na redução do nível de re-internações e semi-internações de pacientes em tratamento na rede coletiva de Saúde Mental de Ribeirão Preto

IV- Procedimentos

Inicialmente, todo possível participante deverá passar por um protocolo para confirmar se poderá participar da pesquisa. Os pacientes serão submetidos, inicialmente, à avaliação por meio de escalas e questionários de avaliação, após isso serão selecionados pacientes com diagnóstico atual de transtorno psiquiátrico,

V- Garantias do sujeito da pesquisa

Os participantes que preencherem os critérios necessários para constituir a amostra do presente estudo serão convidados a participar da pesquisa, sendo essa participação absolutamente voluntária. Será assegurado aos participantes, no momento do convite, que, caso não queiram participar, tal decisão não trará nenhum tipo de prejuízo para a continuidade do tratamento na instituição, bem como, que haverá total liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento no transcorrer da pesquisa e deixar de participar do estudo. Para todos os participantes, será lido o termo de consentimento informado, fornecendo-lhes informações sobre a justificativa, objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo do qual estão sendo convidados a participar. Somente serão aceitos no estudo aqueles que assinarem o termo de consentimento informado. A todos os voluntários será garantido o direito de receber informações e esclarecimentos quanto a qualquer dúvida que surja no transcorrer do procedimento e informação atualizada sobre o estudo, ainda que isso possa afetar a vontade de continuar participando. Da mesma forma, será garantida a segurança de não serem identificados, bem como de que todas as informações fornecidas por eles serão mantidas sob caráter confidencial.

Você terá o número do telefone de um médico da nossa equipe, no caso de sentir algum desconforto. Caso, em algum momento do estudo, seja necessário encaminhamento para os serviços de saúde, você será encaminhado(a) pelo médico responsável aos serviços de saúde públicos oferecidos na comunidade.

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Mário Francisco P. Juruena,
Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - FMRP
E-mail: juruena@fmrp.usp.br
Fone:(16) 3602-4614 Fax: (16)3630-7961 Celular: (16)8139-8456

VI- Riscos e Benefícios da Pesquisa

A pesquisa não envolve procedimentos arriscados para você e os riscos relacionados com sua participação serão minimizados por meio de acompanhamento do pesquisador e do médico responsável pela pesquisa, sendo que devidos encaminhamentos para apoio quando necessário serão realizados.

Os benefícios relacionados com a sua participação são inestimáveis, dado que auxiliarão na elaboração de ações afirmativas relacionadas à melhor evolução sintomática da doença, sendo os benefícios indiretos e futuros.

VII- Consentimento livre e esclarecido

Declaro que, após conveniente explicação do pesquisador, e após ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente protocolo de pesquisa.

Ribeirão Preto, de de 2011.

Assinatura do participante ou de
Seu representante legal

Assinatura do pesquisador

Anexo B – Questionário Sócio demográfico

NÚMERO DO SUJEITO: _____

PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____

Registro do HC/ Hygia: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Endereço : _____

Cidade: _____ CEP: _____ - _____

Telefone para contato: 1- _____ 2 - _____

E-mail- _____

Contato de um familiar/cuidador:

() Pai ou mãe () Filho(a) () Irmã(o)

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____ - _____

Telefone para contato: 1- _____ 2 - _____

E-mail- _____

1. DADOS DEMOGRÁFICOS

Data de Nascimento: __/__/__

Idade: ____ Peso: ____ Altura: ____ Sexo: ? M ? F

Estado Civil: _____ Número de Filhos: _____ ? Não tem Filhos

Naturalidade (Cidade e Estado onde nasceu): _____

Etnia: Branca Negra Amarela Parda/mulata Outros: _____

Religião: Católico Judeu
Protestante Testemunha de Jeová
Evangélico/Crente Espírita
Outra, qual: _____ Sem religião

Ocupação Atual: () Trabalhando () Desempregado
() Nunca trabalhou () Do lar
() Aposentado () Afastado (licença médica)
() Estudante Outro, qual: _____

Renda Individual: ? Não ? Sim R\$ _____ (____ N° de salários mínimos)

Renda Familiar: N° de pessoas na casa _____

Total da renda de todos que moram na casa: R\$ _____ (____ N° de salários mínimos)

Escolaridade: ____ Grau () Completo () Incompleto

Total do número de anos que já estudou (excluir repetência, contar a partir do 1º. ano do Ensino Fundamental) _____

Sabe ler e escrever? () sim () não

2 -HISTÓRIA MÉDICA GERAL

Quais dessas doenças abaixo foram diagnosticadas por um médico? Marcar com um “X” e colocar a idade

Sim	Não	Não sei	Idade:	Convulsão/ataques
Sim	Não	Não sei	Idade:	Ferimentos na cabeça (com perda de consciência)
Sim	Não	Não sei	Idade:	Enxaqueca
Sim	Não	Não sei	Idade:	Asma
Sim	Não	Não sei	Idade:	Diabetes
Sim	Não	Não sei	Idade:	Hipotireoidismo
Sim	Não	Não sei	Idade:	Hipertireoidismo
Sim	Não	Não sei	Idade:	Pressão alta
Sim	Não	Não sei	Idade:	Derrame cerebral

Você é portador de alguma doença não perguntada? ? Sim ? Não

Qual(Quais)? _____

Hábitos

Tabagismo Passado:

?- não ?- sim

Se sim, tempo uso: _____ anos

Tabagismo Atual:

?- não ?- sim

Se sim, maior nº cigarros/dia: _____

Uso Atual :

Chá preto/Chimarrão

?- não ?- sim

Cafê:

?- não ?- sim

Refrigerante de cola:

?- não ?- sim

4 - CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA

Idade do 1º episódio: _____ anos (evolução da doença: _____ anos)

Tipo do 1º episódio:

- Episódio de Mania : ()
- Episódios Depressivos: ()
- Tempo que demorou para receber o Dx de TB: _____

Tipo do episódio predominante (mais crises): _____

Idade que recebeu diagnóstico médico: _____ anos

Idade que usou medicação psiquiátrica pela primeira vez: _____ anos

Abuso de substância: () Sim () Não

Hospitalizações Psiquiátricas: () Sim () Não Quantas: _____

Idade na 1ª hospitalização psiquiátrica: _____ anos

Sintomas psicóticos: _____

Tentativa de suicídio: () sim () não

Se sim, número: _____ vezes

Tratamento Psiquiátrico

Já usou lítio no passado com boa resposta? _____

Familiar com boa resposta a lítio? _____

História Familiar de Doença Psiquiátrica:

Nº familiares de 1º grau acometidos por Esquizofrenia: _____ FPMTA

Nº familiares de 1º grau acometidos por TB: _____ FPMTA

Nº familiares de 1º grau acometidos por depressão: _____ FPMTA

Nº familiares de 1º grau com demência _____ FPMTA

5 - TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Você já foi submetido a algum tratamento psiquiátrico? ? Não ? Sim
Quais medicamentos você está usando?

Medicação Atual	Tomando agora? <u>SIM</u> <u>NÃO</u>	Idade em que começou? (em anos)	Duração do tratamento (em meses)	Dose atual
Carbonato de lítio (Carbolitium)	S N			
ANTI-CONVULSIVANTES				
Valproato/ Divalproato de sódio (Depakene, Valpakene, Depakote)	S N			
Carbamazepina (Tegretol, Tegretard)	S N			
Oxcarbazepina (Trileptal)	S N			
Lamotrigina (Lamictal, Neural)	S N			
Topiramato (Topamax)				
OUTROS	S N			
ANTIDEPRESSIVOS –ISRS e ISRSN				
Fluoxetina (Prozac, Verotina, Fluxene, Daforin, Eufor, Nortec, Deprax, Psiquial)	S N			
Fluvoxamina (Luvox)	S N			
Paroxetina (Aropax, Cebrilin, Pondera, Roxetin)	S N			
Sertralina (Zoloft, Tolrest, Serenata, Sercerin, Assert, Novativ, Seronip)	S N			
Citalopram (Cipramil, Procimax, Denyl, Alcytam)	S N			
Escitalopram (Lexapro)	S N			
Venlafaxina (Efexor, Venlift)	S N			
Mirtazapina (Remeron)	S N			
Bupropiona (Welbutrin, Zetron)	S N			
ANTIDEPRESSIVOS – TCC e OUTROS				
Amitriptilina (Amitril, Tryptanol)	S N			
Nortriptilina (Pamelor)	S N			

Imipramina (Tofranil)	S	N		
Clomipramina (Anafranil)	S	N		
Minalciprano (Ixel)	S	N		
ANSIOLÍTICOS BENZODIAZEPÍNICOS				
Alprazolam (Frontal, Apraz, Altrox, Tranquinal)	S	N		
Clonazepam (Rivotril, Clonotril)	S	N		
Diazepam (Diempax, Valium)	S	N		
OUTROS	S	N		
NEUROLÉPTICOS – ATÍPICOS				
Clozapina (Leponex)	S	N		
Olanzapina (Zyprexa)	S	N		
Ziprasidona (Geodon)	S	N		
Quetiapina (Seroquel)	S	N		
Aripiprazol (Abilify)	S	N		
Risperidona (Risperdal, Zargus, Risperidon, Respidon)	S	N		
Sulpirida(Equilid; Sulpan, Dogmatil)	S	N		
NEUROLÉPTICOS – TÍPICOS				
Clorpromazina (Amplictil, Longactil)	S	N		
Haloperidol (Haldol)	S	N		
Pimozida(Orap)	S	N		
OUTROS	S	N		
ESTIMULANTES				
Metilfenidato (Ritalina, Concerta, RitalinaLA)	S	N		
Hormônio T4 (Euthyrox, Synthroid, Puran T4)	S	N		
Outros? Qual? _____	S	N		

Anexo C- Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton

HAM-D

Item	Definições
01. Humor Deprimido <i>Este item compreende tanto a comunicação verbal como a não verbal de tristeza, depressão, desânimo, desamparo e desesperança.</i>	0. Ausente 1. Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido 2. Sentimentos relatados espontaneamente, com palavras 3. Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro 4. Sentimentos deduzidos de comunicação verbal e não verbal do paciente
02. Sentimentos de Culpa <i>Este item refere-se à sensação de remorso ou culpa devido a atos considerados maus, reais ou imaginários, feitos no passado. Quando extremo, há delírios de culpa, para os quais a pessoa sente merecer castigo drástico (p.ex., prisão perpétua, tortura, morte). Pode ser associado a pensamentos suicidas ou a atribuição de que os problemas de outras pessoas são devidos a seus atos do passado.</i>	0. Ausentes 1. Auto-recriminação: sente que decepcionou os outros 2. Idéias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más ações 3. A doença atual é um castigo. Delírio de culpa 4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras
03. Suicídio <i>Este item refere-se aos vários graus de desejo do paciente em morrer, incluindo:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Ideação suicida:</i> pensamentos, idéias ou ruminações sobre a possibilidade de auto-inflingir a morte, que em seu estágio mais adiantado inclui planos sobre métodos para se matar; ▪ <i>Ameaça e Gestos Suicidas:</i> em geral com baixo risco à vida, caracteriza-se por comportamento em que o paciente proposital e explicitamente ameaça se causar lesão física ou expor-se a situações de risco de vida; ▪ <i>Tentativa suicida:</i> comportamento proposital, com objetivo claro de auto-extermínio, em que há um ato efetivo de causar lesão física a si próprio ou expor-se a situações que trazem risco a sua vida. 	0. Ausente 1. Sente que a vida não vale a pena 2. Desejaria estar morto ou pensa na possibilidade de sua própria morte 3. Idéias ou gestos suicidas 4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria marcar 4)
04. Insônia Inicial <i>Este item compreende a dificuldade do paciente em dormir nas primeiras horas do período de sono.</i>	0. Sem dificuldade para conciliar o sono 1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora 2. Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites
05. Insônia Intermediária <i>Este item compreende o despertar do paciente após algum tempo de sono, no meio da noite, seguido por dificuldade em voltar a dormir.</i>	0. Sem dificuldade 1. O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite 2. Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2 (exceto para urinar)
06. Insônia Tardia <i>Este item compreende o despertar precoce, antes da hora habitual de acordar do paciente, seguido por dificuldade de voltar a dormir.</i>	0. Sem dificuldade 1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir 2. Incapaz de voltar a conciliar o sono ao deixar a cama

Item	Definições
07. Trabalho e Atividades <i>Este item compreende a perda de interesse e os graus de incapacidade do paciente em realizar suas atividades habituais, incluindo trabalho e lazer.</i>	0. Sem dificuldade 1. Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades: trabalho ou passatempos 2. Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho - quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente, por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade) 3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos três horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempos) 4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar de outras atividades além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda
08. Retardo <i>Este item compreende a redução do nível de atividade psicomotora, que inclui lentidão de idéias e fala, dificuldade de concentração e atividade motora reduzida. Os sintomas do retardo motor dizem respeito à postura, aos gestos e à expressão facial.</i>	0. Pensamento e fala normais 1. Leve retardo à entrevista 2. Retardo óbvio à entrevista 3. Estupor completo
09. Agitação <i>Este item compreende o aumento no nível da atividade motora.</i>	0. Nenhuma 1. Brinca com as mãos, com os cabelos, etc. 2. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios
10. Ansiedade Psíquica <i>Este item compreende a antecipação apreensiva de um perigo ou infortúnio futuros, acompanhada de uma sensação de disforia ou sintomas somáticos de tensão. O foco do perigo antevisto pode ser interno ou externo. A ansiedade psíquica é expressa por tensão, irritabilidade, preocupação, insegurança, medo e apreensão, que podem se aproximar ao pavor subjugante.</i>	0. Sem ansiedade 1. Tensão e irritabilidade subjetivas 2. Preocupação com trivialidades 3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala 4. Medos expressos sem serem inquiridos
11. Ansiedade Somática <i>Este item compreende os concomitantes fisiológicos da ansiedade, ou seja, queixas físicas relacionadas a um estado emocional de tensão, irritabilidade, preocupação, insegurança, medo e apreensão, tais como: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructações, palpitações, cefaléias, hiperventilação, suspiros, frequência urinária, sudorese, etc. Variam em:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Leve</u>: quando ocorrem raramente, por períodos curtos de tempo e em intensidade discreta; • <u>Moderada</u>: quando ocorrem mais frequentemente e/ou em intensidade grande o bastante para incomodar o paciente; • <u>Grave</u>: ocorrem quase diariamente, em períodos mais longos de tempo, trazendo grande incômodo ao paciente mas não impedindo-o de realizar suas atividades; • <u>Incapacitantes</u>: ocorrem diariamente e impedem o paciente de realizar suas atividades habituais. 	0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitantes

Item	Definições
12. Sintomas Somáticos Gastrointestinais <i>Este item refere-se a queixas físicas de falta de apetite, sintomas gástricos e mal-estar abdominal, que, na ausência de causas orgânicas, têm sua origem em fatores psicológicos.</i>	0. Nenhum 1. Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdômen 2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos
13. Sintomas Somáticos em Geral <i>Este item refere-se a queixas físicas de mal-estar, fadiga, sensação de peso e dores no corpo que, na ausência de causas orgânicas, têm sua origem em fatores psicológicos.</i>	0. Nenhum 1. Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias. Perda de energia e cansaço 2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nitido marcar 2
14. Sintomas Genitais <i>Este item compreende queixas de sintomas relacionados à sexualidade, como perda de libido, impotência, frigidez e distúrbios menstruais, que, na ausência de causas orgânicas, têm sua origem em fatores psicológicos.</i>	0. Ausentes 1. Leves distúrbios menstruais 2. Intensos
15. Hipocondria <i>Este item refere-se à preocupação com temores de ter, ou a idéia de que a pessoa tem, uma doença grave, com base na interpretação errônea dos próprios sintomas somáticos. Varia de um aumento na auto-observação do corpo até delírios somáticos subjugantes.</i>	0. Ausente 1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo) 2. Preocupação com a saúde 3. Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc. 4. Idéias delirantes hipocondríacas
16. Perda de Peso <i>Este item refere-se à perda de peso corporal em decorrência à diminuição do apetite, não sendo devido a causa orgânica. Pontuar A ou B.</i>	A. Quando avaliada pela história clínica: 0. Sem perda de peso 1. Provável perda de peso associada à moléstia atual 2. Perda de peso definida (de acordo com o paciente) B. Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais do peso: 0. Menos que 0,5 kg de perda por semana 1. Mais que 0,5 kg de perda por semana 2. Mais que 1 kg de perda por semana
17. Consciência da Doença <i>Este item refere-se ao grau de consciência e compreensão do paciente quanto ao fato de estar doente. Varia de um entendimento adequado (afetivo e intelectual) quanto à presença da doença a uma negação total de sua enfermidade.</i>	0. Reconhece que está deprimido e doente 1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc. 2. Nega estar doente
18. Variação Diurna <i>Este item refere-se ao quanto varia a percepção do paciente com relação ao incômodo e sofrimento que a doença traz, expressa pela gravidade dos sintomas, nos vários períodos do dia. Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à noite. Caso não haja variação, marcar "nenhuma". Se discreta ou pouco perceptível, marcar leve. Se intensa e bem delimitada, marcar grave.</i>	0. Nenhuma 1. Leve 2. Grave

Item	Definições
<p>19. Despersonalização e Desrealização <i>Este item compreende a despersonalização, ou seja, uma alteração na percepção ou experiência de si mesmo, de modo que há o sentimento de estar distanciado, como se fosse um observador externo dos próprios processos mentais ou corpo (por ex., sentir-se como em um sonho); e a desrealização, uma alteração na percepção ou experiência do mundo externo, de modo que este parece estranho ou irreal (por ex., as pessoas podem parecer desconhecidas ou mecânicas). Em ambos o teste da realidade está intacto, e, portanto, não podem estar associados a delírios e/ou alucinações.</i> <i>Variam em:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Leves</u>: quando ocorrem raramente, por períodos curtos de tempo e em intensidade discreta; • <u>Moderadas</u>: quando ocorrem mais frequentemente e/ou em intensidade grande o bastante para incomodar o paciente; • <u>Graves</u>: ocorrem quase diariamente, em períodos mais longos de tempo, trazendo incômodo ao paciente mas não impedindo-o de realizar suas atividades; • <u>Incapacitantes</u>: ocorrem diariamente e impedem o paciente de realizar suas atividades habituais. 	<p>0. Ausentes 1. Leves 2. Moderadas 3. Graves 4. Incapacitantes</p>
<p>20. Sintomas Paranóides <i>Este item envolve a crença do paciente de estar sendo vítima de conspiração, traição, espionagem, perseguição, envenenamento ou intoxicação com drogas, estar sendo alvo de comentários maliciosos, de assédio ou obstruído em sua busca de objetivos de longo prazo. Varia de um grau de desconfiança em que o teste da realidade está preservado, até a convicção delirante, resistente a qualquer tipo de argumentação.</i></p>	<p>0. Nenhum 1. Desconfiança 2. Idéias de referência 3. Delírio de referência e perseguição</p>
<p>21. Sintomas Obsessivos e Compulsivos <i>Este item refere-se a:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Obsessão</u>: idéias, pensamentos, impulsos ou imagens persistentes, que são vivenciados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento; • <u>Compulsão</u>: comportamento repetitivo (por ex., lavar as mãos, ordenar, verificar) ou atos mentais (por ex., orar, contar, repetir palavras em silêncio) cujo objetivo é prevenir ou reduzir a ansiedade ou sofrimento, ao invés de oferecer prazer ou gratificação. Na maioria dos casos, a pessoa sente-se compelida a executar a compulsão para reduzir o sofrimento que acompanha uma obsessão ou para evitar algum evento ou situação temidos. <p><i>Em ambos os casos, o teste da realidade está preservado, não se relacionando, portanto, a delírios e/ou alucinações.</i> <i>Variam em:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Leves</u>: quando discretos e/ou infrequentes; • <u>Graves</u>: quando intensos e freqüentes. 	<p>0. Nenhum 1. Leves 2. Graves</p>

Anexo D – Escala de Avaliação de Mania

YOUNG

Item – Definição	Graus
01. Humor e Afeto Elevados <i>Este item compreende uma sensação difusa e prolongada, subjetivamente experimentada e relatada pelo indivíduo, caracterizada por sensação de bem-estar, alegria, otimismo, confiança e ânimo. Pode haver um afeto expansivo, ou seja, uma expressão dos sentimentos exagerada ou sem limites, associada a intensa relação com sentimentos de grandeza (euforia). O humor pode ou não ser congruente ao conteúdo do pensamento.</i>	0. Ausência de elevação do humor ou afeto 1. Humor ou afeto discreta ou possivelmente aumentados, quando questionado 2. Relato subjetivo de elevação clara do humor; mostra-se otimista, auto-confiante, alegre; afeto apropriado ao conteúdo do pensamento 3. Afeto elevado ou inapropriado ao conteúdo do pensamento; jocoso 4. Eufórico; risos inadequados, cantando X. Não avaliado
02. Atividade Motora – Energia aumentadas <i>Este item compreende a psicomotricidade - e expressão corporal - apresentada pelo paciente, incluindo a sua capacidade em controlá-la, variando desde um grau de normalidade, até um estado de agitação, com atividade motora sem finalidade, não influenciada por estímulos externos. O item compreende ainda o relato subjetivo do paciente, quanto à sensação de energia, ou seja, capacidade de produzir e agir.</i>	0. Ausente 1. Relato subjetivo de aumento da energia ou atividade motora 2. Apresenta-se animado ou com gestos aumentados 3. Energia excessiva; às vezes hiperativo; inquieto (mas pode ser acalmado) 4. Excitação motora; hiperatividade contínua (não pode ser acalmado) X. Não avaliado
03. Interesse Sexual <i>Este item compreende idéias e/ou impulsos persistentes relacionados a questões sexuais, incluindo a capacidade do paciente em controlá-los. O interesse sexual pode restringir-se a pensamentos e desejos não concretizados, em geral verbalizados apenas após solicitação, podendo chegar até a um comportamento sexual frenético e desenfreado, sem qualquer controle ou crítica Quanto a riscos e normas morais.</i>	0. Normal; sem aumentado 1. Discreta ou possivelmente aumentado 2. Descreve aumento subjetivo, quando questionado 3. Conteúdo sexual espontâneo; discurso centrado em questões sexuais; auto-relato de hipersexualidade 4. Relato confirmado ou observação direta de comportamento explicitamente sexualizado, pelo entrevistador ou outras pessoas X. Não avaliado
04. Sono <i>Este item inclui a redução ou falta na capacidade de dormir, e/ou a redução ou falta de necessidade de dormir, para sentir-se bem-disposto e ativo.</i>	0. Não relata diminuição do sono 1. Dorme menos que a quantidade normal, cerca de 1 hora a menos do que o seu habitual 2. Dorme menos que a quantidade normal, mais que 1 hora a menos do que o seu habitual 3. Relata diminuição da necessidade de sono 4. Nega necessidade de sono X. Não avaliado
05. Irritabilidade <i>Este item revela a predisposição afetiva para sentimentos/emoções como raiva ou mau-humor, apresentados pelo paciente frente a estímulos externos. Inclui baixo limiar à frustração, com reações de ira exagerada, podendo chegar a um estado constante de comportamento desafiador, querelante e hostil.</i>	0. Ausente 2. Subjetivamente aumentada 4. Irritável em alguns momentos durante a entrevista; episódios recentes (nas últimas 24 horas) de ira ou irritação na enfermaria 6. Irritável durante a maior parte da entrevista; rispido e lacônico o tempo todo 8. Hostil; não cooperativo; entrevista impossível X. Não avaliado

Item – Definição	Graus
<p>06. Fala (Velocidade e Quantidade)</p> <p><i>Este item compreende a velocidade e quantidade do discurso verbal apresentado pelo paciente. Inclui sua capacidade de percebê-lo e controlá-lo, por exemplo, frente a solicitações para que permaneça em silêncio ou permita que o entrevistador fale.</i></p>	<p>0. Sem aumento</p> <p>2. Percebe-se mais falante do que o seu habitual</p> <p>4. Aumento da velocidade ou quantidade da fala em alguns momentos; verborrêico, às vezes (com solicitação, consegue-se interromper a fala)</p> <p>6. Quantidade e velocidade constantemente aumentadas; dificuldade para ser interrompido (não atende a solicitações; fala junto com o entrevistador)</p> <p>8. Fala pressionada, ininterruptível, contínua (ignora a solicitação do entrevistador)</p> <p>X. Não avaliado</p>
<p>07. Linguagem – Distúrbio do Pensamento</p> <p><i>Este item refere-se a alterações da forma do pensamento, avaliado pelas construções verbais emitidas pelo paciente. O pensamento pode estar mais ou menos desorganizado, de acordo com a gravidade das alterações formais do pensamento, descritas a seguir:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Circunstancialidade: fala indireta que demora para atingir o ponto desejado, mas eventualmente vai desde o ponto de origem até o objetivo final, a despeito da superinclusão de detalhes e observações irrelevantes;</i> • <i>Tangencialidade: incapacidade para manter associações do pensamento dirigidas ao objetivo - o paciente nunca chega do ponto inicial ao objetivo final desejado;</i> • <i>Fuga de Idéias: verbalizações rápidas e contínuas, ou jogos de palavras que produzem uma constante mudança de uma idéia para outra; as idéias tendem a estar conectadas e, mesmo em formas menos graves, podem ser difíceis de ser acompanhadas pelo ouvinte;</i> • <i>Ecolalia consonante: repetição automática de palavras ou frases, com entonação e forma que produzem efeito sonoro de rima;</i> • <i>Incoerência: Fala ou pensamento essencialmente incompreensíveis aos outros, porque as palavras ou frases são reunidas sem uma conexão com lógica e significado, podendo chegar a incoerência gramatical e salada de palavras.</i> 	<p>0. Sem alterações</p> <p>1. Circunstancial; pensamentos rápidos</p> <p>2. Perde objetivos do pensamento; muda de assuntos frequentemente; pensamentos muito acelerados</p> <p>3. Fuga de idéias; tangencialidade; dificuldade para acompanhar o pensamento; ecolalia consonante</p> <p>4. Incoerência; comunicação impossível</p> <p>X. Não avaliado</p>
<p>08. Conteúdo</p> <p><i>Este item compreende idéias e crenças apresentadas pelo paciente, variando, de acordo com a intensidade, de idéias novas e/ou incomuns ao paciente, ideação supervalorizada (ou seja, crença falsa, intensamente arraigada, porém susceptível à argumentação racional), a delírios (crenças falsas, baseadas em inferências incorretas sobre a realidade, inconsistentes com a inteligência e antecedentes culturais do paciente, e que não podem ser corrigidas pela argumentação). Conteúdos comumente encontrados no paciente maniaco, incluem:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Idéias místicas: de conteúdo religioso, referindo-se à atuação de entidades sobre o paciente, outras pessoas ou fatos;</i> • <i>Idéias paranóides: crença de estar sendo molestado, enganado ou perseguido;</i> • <i>Idéias de grandeza: concepção exagerada da própria importância, poder ou identidade, incluindo posses materiais, qualidades incomuns e relacionamentos especiais com personalidades famosas ou entidades místicas;</i> • <i>Idéias de referência: crença de que o comportamento dos outros tem relação consigo próprio ou de que eventos, objetos ou outras pessoas possuem um significado particular e incomum para si – p.ex., frequentemente acredita que os outros estão falando de si.</i> 	<p>0. Normal</p> <p>1. Novos interesses e planos compatíveis com a condição sociocultural do paciente, mas questionáveis</p> <p>2. Projetos especiais totalmente incompatíveis com a condição sócio-econômica do paciente; hiper-religioso</p> <p>3. Idéias supervalorizadas</p> <p>4. Delírios</p> <p>X. Não avaliado</p>

Anexo E- Escala de Avaliação Funcional - WHOQOL –bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio.

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém o ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Anexo F - Escala de Adequação Social – EAS

Social Adjustment Scale – Self Report (Weissman e Bothwell, 1976) – tradução coordenada por C. Gorenstein

Gostaríamos de saber como você se sentiu no seu trabalho, lazer e vida familiar nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS. Não existem respostas certas ou erradas neste questionário.

Escolha as respostas que melhor descrevam como você esteve nas duas últimas semanas.

TRABALHO FORA DE CASA

Assinale a resposta que melhor se adapte à sua condição.

Eu:

- 1- sou um trabalhador assalariado e/ou autônomo
- 2- trabalho em casa sem remuneração (prendas domésticas)
- 3- sou estudante
- 4- sou aposentado
- 5- estou desempregado

Você geralmente trabalha mais de 15 horas por semana com remuneração?

- 1. sim
- 2. não

Você trabalhou nestas duas últimas semanas com remuneração?

- 1. sim
- 2. não

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas duas últimas semanas.

1. Quantos dias de trabalho remunerado você perdeu nas duas últimas semanas?

- 1. não perdi nenhum dia
- 2. perdi um dia
- 3. perdi cerca de metade do tempo de trabalho
- 4. perdi mais da metade do tempo de trabalho, mas trabalhei pelo menos um dia
- 5. não trabalhei nenhum dia
- 8. estive em férias nesse período

Se você não trabalhou com remuneração em nenhum dia das duas últimas semanas, pule para a questão 7.

2. Você foi capaz de realizar seu trabalho nas duas últimas semanas?

- 1. fiz meu trabalho muito bem
- 2. fiz meu trabalho bem, porém tive algumas pequenas dificuldades
- 3. necessitei de auxílio no trabalho e cerca de metade do tempo não o fiz adequadamente
- 4. fiz meu trabalho de maneira inadequada na maior parte do tempo

5. fiz meu trabalho de maneira inadequada durante o tempo todo

3. Você se sentiu envergonhado de seu desempenho no trabalho nas duas últimas semanas?

1. sim 2. não

1. em nenhum momento me senti envergonhado
2. uma ou duas vezes me senti um pouco envergonhado
3. cerca de metade do tempo me senti envergonhado
4. senti-me envergonhado a maior parte do tempo
5. senti-me envergonhado o tempo todo

4. Você teve algum tipo de discussão com as pessoas com quem você trabalha nas duas últimas semanas?

1. não tive nenhuma discussão e relacionei-me muito bem
2. no geral, relacionei-me bem, mas tive pequenas discussões
3. tive mais de uma discussão
4. tive várias discussões
5. tive discussões constantemente

5. Você se sentiu chateado, preocupado ou desconfortável enquanto realizava seu trabalho nas duas últimas semanas?

1. em nenhum momento, senti-me assim
2. senti-me assim uma ou duas vezes
3. senti-me assim cerca de metade do tempo
4. senti-me assim a maior parte do tempo
5. senti-me assim o tempo todo

6. Você achou seu trabalho interessante nas duas últimas semanas?

1. meu trabalho foi interessante praticamente o tempo todo
2. uma ou duas vezes meu trabalho não foi interessante
3. cerca de metade do tempo meu trabalho não foi interessante
4. meu trabalho não foi interessante a maior parte do tempo
5. meu trabalho não foi interessante o tempo todo

TRABALHO EM CASA

As donas de casa devem responder às questões de 7 a 12, os demais sigam para a questão 13.

7. Quantos dias você realizou tarefas domésticas nas duas últimas semanas?

1. diariamente
2. realizei tarefas domésticas quase todos os dias
3. realizei tarefas domésticas cerca de metade do tempo

4. no geral, não realizei tarefas domésticas
5. fui totalmente incapaz de realizar tarefas domésticas
8. estive ausente de casa nas duas últimas semanas
8. Nas duas últimas semanas, você foi capaz de realizar suas tarefas domésticas, tais como cozinhar, limpar, lavar, fazer compras, consertos caseiros etc.?
 1. realizei as tarefas muito bem
 2. realizei as tarefas bem, porém tive pequenas dificuldades
 3. necessitei de auxílio nas tarefas e cerca de metade do tempo não as fiz adequadamente
 4. fiz minhas tarefas de maneira inadequada na maior parte do tempo
 5. fiz minhas tarefas de maneira inadequada o tempo todo
9. Você se sentiu envergonhado(a) de seu desempenho nas tarefas domésticas, nas duas últimas semanas?
 1. em nenhum momento, senti-me envergonhado(a)
 2. uma ou duas vezes, senti-me um pouco envergonhado(a)
 3. cerca de metade do tempo, senti-me envergonhado(a)
 4. senti-me envergonhado(a) a maior parte do tempo
 5. senti-me envergonhado(a) o tempo todo
10. Você teve algum tipo de discussão com vendedores, comerciantes ou vizinhos, nas duas últimas semanas?
 1. não tive nenhuma discussão e relacionei-me muito bem
 2. no geral, relacionei-me bem, mas tive pequenas discussões
 3. tive mais de uma discussão
 4. tive várias discussões
 5. tive discussões constantemente
11. Você se sentiu incomodado(a) com seu trabalho doméstico nas duas últimas semanas?
 1. em nenhum momento, senti-me incomodado(a)
 2. senti-me incomodado(a) uma ou duas vezes
 3. senti-me incomodado(a) cerca de metade do tempo
 4. senti-me incomodado(a) a maior parte do tempo
 5. senti-me incomodado(a) o tempo todo
12. Você achou seu trabalho doméstico interessante, nas duas últimas semanas?
 1. meu trabalho foi interessante na maior parte do tempo
 2. uma ou duas vezes, meu trabalho não foi interessante
 3. cerca de metade do tempo, meu trabalho não foi interessante
 4. meu trabalho não foi interessante a maior parte do tempo
 5. meu trabalho não foi interessante o tempo todo

ESTUDANTES

Responda às questões de 13 a 18 se você frequenta escola por meio período ou mais. Caso contrário, pule para a questão 19.

Quanto tempo você permanece na escola?

1. período integral
2. mais que meio período
3. meio período

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas últimas duas semanas.

13. Quantos dias de aula você perdeu nas duas últimas semanas?

1. não perdi nenhum dia
2. perdi poucos dias de aula
3. perdi cerca de metade do tempo de aula
4. perdi mais da metade do tempo de aula
5. não fui à escola nenhum dia
8. estive de férias nesse período

14. Você foi capaz de realizar suas tarefas escolares nas duas últimas semanas?

1. fiz minhas tarefas muito bem
2. fiz minhas tarefas, porém tive pequenas dificuldades
3. necessitei de ajuda nas minhas tarefas e cerca de metade do tempo não as fiz adequadamente
4. fiz minhas tarefas de maneira inadequada a maior parte do tempo
5. fiz minhas tarefas de maneira inadequada o tempo todo

15. Você se sentiu envergonhado(a) de seu desempenho escolar nas duas últimas semanas?

1. em nenhum momento, senti-me envergonhado(a)
2. uma ou duas vezes, senti-me envergonhado(a)
3. cerca de metade do tempo, senti-me envergonhado(a)
4. senti-me envergonhado(a) a maior parte do tempo
5. senti-me envergonhado(a) o tempo todo

16. Você teve algum tipo de discussão com pessoas ligadas à escola nas duas últimas semanas?

1. não tive nenhuma discussão e relacionei-me muito bem
2. no geral, relacionei-me bem, mas tive pequenas discussões
3. tive mais de uma discussão
4. tive várias discussões
5. tive discussões constantemente
8. não se aplica, não frequentei a escola nesse período

17. Você teve algum aborrecimento na escola nas duas últimas semanas?

1. em nenhum momento, senti-me aborrecido(a)
2. senti-me aborrecido(a) uma ou duas vezes
3. senti-me aborrecido(a) cerca de metade do tempo
4. senti-me aborrecido(a) a maior parte do tempo
5. senti-me aborrecido(a) o tempo todo
8. não se aplica, não frequentei a escola nesse período

18. Você achou suas tarefas escolares interessantes nas duas últimas semanas?

1. minhas tarefas escolares foram interessantes o tempo todo
2. uma ou duas vezes, minhas tarefas escolares não foram interessantes
3. cerca de metade do tempo, minhas tarefas escolares não foram interessantes
4. no geral, minhas tarefas escolares não foram interessantes a maior parte do tempo
5. minhas tarefas escolares não foram interessantes o tempo todo

LAZER

Todos devem responder às questões de 19 a 27

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas últimas duas semanas.

19. Quantos amigos você viu ou conversou ao telefone nas duas últimas semanas?

1. nove ou mais amigos
2. cinco a oito amigos
3. dois a quatro amigos
4. um amigo
5. nenhum amigo

20. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com pelo menos um amigo nas duas últimas semanas?

1. posso sempre falar sobre meus sentimentos
2. no geral, posso falar sobre meus sentimentos
3. consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
4. com frequência, não consegui falar sobre meus sentimentos
5. em nenhum momento, consegui falar sobre meus sentimentos
8. não se aplica, não tenho amigos

21. Nas duas últimas semanas, quantas vezes você saiu socialmente com outras pessoas? Por exemplo, visitou amigos, foi ao cinema, a restaurantes, à igreja, convidou amigos para sua casa?

1. mais de três vezes
2. três vezes
3. duas vezes
4. uma vez
5. nenhuma vez

22.Quanto tempo você dedicou a suas atividades de lazer, nas duas últimas semanas? Por exemplo, esportes, leitura, ouvir música etc.

- 1.dediquei a maior parte do tempo livre ao lazer praticamente todos os dias
2. dediquei parte do tempo livre ao lazer em alguns dias
3. dediquei pouco tempo livre ao lazer
4. no geral, não dediquei nenhum tempo ao lazer, mas assisti à televisão
5. não dediquei nenhum tempo ao lazer, nem assisti à televisão

23. Você teve algum tipo de discussão com seus amigos nas duas últimas semanas?

1. não tive nenhuma discussão e relacionei-me muito bem
2. no geral, relacionei-me bem, mas tive pequenas discussões
3. tive mais de uma discussão
- 4.tive várias discussões
5. tive discussões constantes
8. não se aplica, não tenho amigos

24.Ses seus sentimentos foram feridos ou se você foi ofendido por um amigo durante as duas últimas semanas, quanto isso o afetou?

1. isso não me afetou ou não aconteceu
2. superei em poucas horas
3. superei em poucos dias
4. superei em uma semana
5. vai levar meses até que eu me recupere
8. não se aplica, não tenho amigos

25.Você se sentiu tímido(a) ou desconfortável quando em companhia de outras pessoas nas duas últimas semanas?

1. sempre me senti confortável
2. algumas vezes, senti-me desconfortável. mas relaxei depois de pouco tempo
3. senti-me desconfortável cerca de metade do tempo
4. no geral, senti-me desconfortável
5. senti-me desconfortável o tempo todo
8. não se aplica, não estive com outras pessoas

26. Você se sentiu solitário(a) e desejando ter mais amigos durante as duas últimas semanas?

1. não me senti solitário(a)
2. senti-me solitário(a) algumas vezes
3. senti-me solitário(a) cerca de metade do tempo
4. no geral, senti-me solitário(a)
5. o tempo todo me senti solitário(a) e desejando ter mais amigos

27. Você se sentiu aborrecido(a) em seu tempo livre durante as duas últimas semanas?

1. nunca me senti aborrecido(a)
2. no geral, não me senti aborrecido(a)
3. senti-me aborrecido(a) cerca de metade do tempo
4. no geral, senti-me aborrecido(a)
5. senti-me aborrecido(a) o tempo todo

Você é solteiro, separado ou divorciado e não mora com um parceiro sexual?

1. SIM, responda às questões 28 e 29
2. NÃO, pule para a questão 30

28. Quantas vezes você teve um encontro com intenções amorosas nas duas últimas semanas?

1. mais de três vezes
2. três vezes
3. duas vezes
4. uma vez
5. nenhuma vez

29. Vocês se interessou por ter encontros amorosos nas duas últimas semanas? Se você não os teve, gostaria de tê-los tido?

1. interessei-me por encontros o tempo todo
2. a maior parte do tempo me interessei por encontros
3. cerca de metade do tempo me interessei por encontros
4. não me interessei por encontros a maior parte do tempo
5. estive totalmente desinteressado por encontros

FAMÍLIA

Responda às questões de 30 a 37 sobre seus pais, irmãos, irmãs, cunhados, sogros e crianças que não moram em sua casa. Você teve em contato com algum deles nas duas últimas semanas?

1. SIM, responda às questões de 30 a 37
2. NÃO, pule para a questão **36**

30. Você teve algum tipo de discussão com seus parentes nas duas últimas semanas?

1. relacionamo-nos bem o tempo todo
2. no geral, relacionamo-nos bem, mas tive pequenas discussões
3. tive mais de uma discussão com pelo menos um parente
4. tive várias discussões
5. tive discussões constantemente

31. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com pelo menos um parente nas duas últimas semanas?

1. posso sempre falar sobre meus sentimentos com pelo menos um parente
2. no geral, posso falar sobre meus sentimentos
3. consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
4. com frequência, não consegui falar sobre meus sentimentos
5. nunca consegui falar sobre meus sentimentos

32. Você evitou contato com seus familiares nas duas últimas semanas?

1. procurei meus familiares regularmente
2. procurei algum familiar pelo menos uma vez
3. esperei que meus familiares me procurassem
4. evitei meus familiares, mas eles me procuraram
5. não tenho contato com nenhum familiar

33. Você dependeu de seus familiares para obter ajuda, conselhos, dinheiro ou afeto nas duas últimas semanas?

1. em nenhum momento preciso ou dependo deles
2. no geral, não dependi deles
3. dependi deles cerca de metade do tempo
4. dependo deles a maior parte do tempo
5. dependo completamente de meus familiares

34. Você quis contrariar seus familiares a fim de provocá-los nas duas últimas semanas?

1. não quis contrariá-los
2. uma ou duas vezes quis contrariá-los
3. quis contrariá-los cerca de metade do tempo
4. quis contrariá-los a maior parte do tempo
5. eu os contrariei o tempo todo

35. Você se preocupou, sem nenhuma razão, com coisas que pudessem acontecer a seus familiares nas duas últimas semanas?

1. não me preocupei sem razão
2. preocupei-me uma ou duas vezes
3. preocupei-me cerca de metade do tempo
4. preocupei-me a maior parte do tempo
5. preocupei-me o tempo todo
8. não se aplica, não tenho familiares

TODOS respondem às questões 36 e 37 mesmo que não tenham familiares.

36. Nas últimas semanas, você achou que decepcionou ou foi injusto(a) com seus familiares?

1. metade do tempo achei que os decepcionei
2. não achei que os decepcionei em nada
3. no geral, não achei que os decepcionei
4. cerca de metade do tempo, achei que os decepcionei
5. a maior parte do tempo, achei que os decepcionei
6. o tempo todo, achei que os decepcionei

37. Em algum momento nas últimas duas semanas, você achou que seus familiares o decepcionaram ou foram injustos com você?

1. em nenhum momento, achei que eles me decepcionaram
2. no geral, achei que eles não me decepcionaram
3. cerca de metade do tempo, achei que eles me decepcionaram
4. a maior parte do tempo, achei que eles me decepcionaram
5. tenho muita mágoa porque eles decepcionaram

Você mora com seu cônjuge ou está morando com um parceiro sexual?

1. SIM, responda às questões de 38 a 46
2. NÃO, pule para a questão 47

38. Você teve algum tipo de discussão com seu(sua) companheiro(a) nas duas últimas semanas?

1. não tivemos nenhuma discussão e relacionamo-nos muito bem
2. no geral, relacionamo-nos bem, mas tivemos pequenas discussões
3. tivemos mais de uma discussão
4. tivemos várias discussões
5. tivemos discussões constantemente

39. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com seu(sua) companheiro(a) nas duas últimas semanas?

1. pude sempre falar sobre meus sentimentos livremente
2. no geral, pude falar sobre meus sentimentos
3. consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
4. com frequência, não consegui falar sobre meus sentimentos
5. em nenhum momento consegui falar sobre meus sentimentos

40. Você exigiu que as coisas em casa fossem feitas do seu jeito nas duas últimas semanas?

1. eu não insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
2. no geral, eu não insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
3. cerca da metade do tempo, eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
4. no geral, eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito

5. o tempo todo, eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito

41. Você sentiu que seu(sua) companheiro(a) foi autoritário(a) com você ou ficou "pegando no seu pé" nas duas últimas semanas?

1. quase nunca
2. de vez em quando
3. cerca de metade do tempo
4. a maior parte do tempo
5. o tempo todo

42. Você se sentiu dependente de seu(sua) companheiro(a) nas duas últimas semanas?

1. senti-me independente
2. no geral, senti-me independente
3. senti-me um tanto dependente
4. no geral, senti-me dependente
5. dependi de meu(minha) companheiro(a) para tudo

43. Como você se sentiu com relação ao(à) seu(sua) companheiro(a) nas duas últimas semanas?

1. senti afeto o tempo todo
2. no geral, senti afeto
3. cerca de metade do tempo, senti afeto e cerca de metade do tempo senti desagrado
4. no geral, senti desagrado
5. senti desagrado o tempo todo

44. Quantas vezes você e seu(sua) companheiro(a) tiveram relações sexuais?

- 1- mais de duas vezes por semana
- 2- uma ou duas vezes por semana
- 3- uma vez a cada duas semanas
- 4- menos de uma vez a cada duas semanas, mas pelo menos uma vez no último mês
- 5- nenhuma vez no último mês ou mais

45. Você teve algum problema durante relações sexuais, tal como dor, nas duas últimas semanas?

- 1- nenhum
- 2- uma ou duas vezes
- 3- cerca de metade das vezes
- 4- a maior parte das vezes
- 5- todas as vezes
- 8- não se aplica, não tive relações sexuais nas duas últimas semanas

46. Como você se sentiu quanto às relações sexuais nas duas últimas semanas?

- 1- senti prazer todas as vezes
- 2- no geral, senti prazer
- 3- senti prazer cerca de metade das vezes
- 4- no geral, não senti prazer
- 5- não senti prazer nenhuma das vezes

FILHOS

Nas duas últimas semanas, estiveram morando com você filhos solteiros, adotivos ou enteados?

- 1- SIM, responda às questões de 47 a 50
- 2- NÃO, pule para a questão 51

47. Você tem se interessado(a) pelas atividades de seus filhos, escola, lazer, durante as duas últimas semanas?

- 1- interessei-me e estive ativamente envolvido(a) o tempo todo
- 2- no geral, interessei-me e estive envolvido(a)
- 3- cerca de metade do tempo interessei-me
- 4- no geral, não me interessei
- 5- estive desinteressado(a) o tempo todo

48. Você foi capaz de conversar e ouvir seus filhos nas duas últimas semanas? (crianças maiores de 2 anos)

- 1- sempre consegui comunicar-me com eles no geral consegui
- 2- comunicar-me com eles
- 3- cerca de metade das vezes, consegui comunicar-me com eles
- 4- no geral, não consegui comunicar-me com eles
- 5- não consegui comunicar-me com eles
- 8- não se aplica, não tenho filhos maiores de 2 anos

49. Como você se relacionou com seus filhos nas duas últimas semanas?

- 1- não tive nenhuma discussão e relacionei-me muito bem
- 2- no geral, relacionei-me bem, mas tive pequenas discussões
- 3- tive mais de uma discussão
- 4- tive várias discussões
- 5- tive discussões constantemente

50. Como você se sentiu em relação a seus filhos nas duas últimas semanas?

- 1- senti afeto o tempo todo
- 2- no geral, senti afeto
- 3- cerca de metade do tempo, senti afeto
- 4- no geral, não senti afeto
- 5- em nenhum momento, senti afeto

VIDA FAMILIAR

Você já foi casado, viveu com um parceiro sexual ou teve filhos?

1- SIM, responda às questões de 51 a 53

2- NÃO, pule para a questão 54

51. Você se preocupou com seu(sua) companheiro(a) ou com algum de seus filhos sem nenhuma razão nas duas últimas semanas mesmo não estando morando juntos atualmente?

1- não me preocupei

2- preocupei-me uma ou duas vezes

3- preocupei-me cerca de metade do tempo

4- preocupei-me a maior parte do tempo

5- preocupei-me o tempo todo

8- não se aplica, não tenho companheiro ou filhos vivos

52. Em algum momento nas duas últimas semanas, você achou que decepcionou o seu parceiro ou algum de seus filhos?

1- não achei que os decepcionei em nada

2- no geral, não senti que os decepcionei

3- cerca de metade do tempo, achei que os decepcionei

4- a maior parte do tempo, achei que os decepcionei

5- eu os decepcionei completamente

53. Em algum momento nas duas últimas semanas, você achou que seu companheiro ou algum de seus filhos o decepcionou?

1- em nenhum momento, achei que eles me decepcionaram

2- no geral, achei que eles não me decepcionaram

3- cerca de metade do tempo, achei que eles me decepcionaram

4- no geral, achei que eles me decepcionaram

5- tenho muita mágoa porque eles me decepcionaram

SITUAÇÃO FINANCEIRA

Todos respondam à questão 54.

54. Você teve dinheiro suficiente para suprir suas necessidades e as de sua família nas duas últimas semanas?

1- tive dinheiro suficiente para as necessidades básicas

2- no geral, tive dinheiro suficiente, porém com pequenas dificuldades

3- cerca de metade do tempo, tive dificuldades financeiras, porém não precisei pedir dinheiro emprestado .

4- no geral, não tive dinheiro suficiente e precisei pedir dinheiro emprestado

5- tive sérias dificuldades financeira.

Anexo G – Escala de Adesão

QUESTIONARIO

I. Gostaríamos de saber qual a opinião que tem acerca dos medicamentos em GERAL.
As frases que vai ler são opiniões que outras pessoas têm acerca dos medicamentos em geral.
Por favor, indique o grau em que concorda ou discorda escolhendo a resposta adequada.

1. Os médicos usam medicamentos a mais.

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

2. Pessoas que tomam medicamentos deveriam parar o seu tratamento durante um certo tempo de vez em quando

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

3. Os produtos naturais são mais seguros que os medicamentos.

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

4. Os medicamentos fazem mais mal que bem.

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

5. Todos os medicamentos são tóxicos.

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

6. Os médicos confiam demais nos medicamentos.

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

7. Se os médicos tivessem mais tempo com os doentes receitariam menos Medicamentos.

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

QUESTIONÁRIO

Leia as frases que se seguem e diga em que grau concorda ou discorda.

1. Às vezes eu esqueço-me de tomar os meus remédios.

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

2. Às vezes eu altero as doses da minha medicação de forma a satisfazer as minhas próprias necessidades

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

3. Algumas pessoas esquecem-se de tomar os seus remédios. Com que frequência isto lhe acontece a si?

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre

4. Algumas pessoas dizem que se esquecem de uma dose da sua medicação ou ajustam-na para satisfazer as suas próprias necessidades. Com que frequência você faz isto?

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre

Anexo H - Teste de Morisky e Green

PERGUNTAS	SIM	NÃO
“Você, alguma vez, se esquece de tomar seu remédio?”		
“Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?”		
“Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar seu remédio?”		
“ Quando você se sente mal, com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?”		

Anexo I – Programa Adaptado de Psicoeducação Domiciliar

Sintomas mais frequentes

SINTOMAS de MANIA	% pacientes que tem
↑ atividades em geral	100
Euforia/humor "para cima"	90
↓ necessidade sono	90
Loquacidade	85
Aceleração do pensamento	80
↑ auto-estima	75
↓ concentração	65
↑ sexualidade	60
Irritabilidade	45
Sintomas psicóticos	40
Abuso álcool	35

Mania/Hipomania

Após uma fase mania:

- Apatia (↓ energia, concentração e memória)
- Disforia (mau humor);
- Culpa;
- Alteração do sono;
- Confusão com depressão.

O que é
depressão para
você?

Depressão

- Extrema tristeza ≠ depressão
- Envolve outras alterações além da tristeza: apatia, anedonia, alterações do sono, etc.

Crenças populares

- Depressão: não é "frescura", "fraqueza" ou "preguiça", e necessita de tratamento!
- Tem origem biológica e necessita de medicações para tratá-la.
- Vamos aprender os sintomas?

Principais sintomas

SINTOMAS de DEPRESSÃO	% pacientes com TAB que tem
Tristeza	86
Perda de energia	86
Dificuldade de concentração	79
Pensamentos negativos	64
Insônia	57
Perda do prazer	57
Perda de peso	43
Choro fácil	43
Perda do apetite	36
Dores no corpo/somáticos	36
Irritabilidade	29

Sintomas de Depressão

- ↓ energia- ↓ motivação
- ↓ humor
- Incapacidade de sentir alegria/ prazer;
- Lentificação psíquica - ↓ concentração, ↓ memória;
- Dificuldade de organização e planejamento;
- Indecisão;
- Desânimo.

Sintomas de Depressão

- Pensamentos e sentimentos negativos:
 - Pessimismo, insegurança, baixa autoestima, vazio, culpa exagerada, doença, morte.
- Insônia ou sono demais;
- ↑ ou ↓ de apetite e peso;
- Dores – queixas físicas;
- ↓ libido;

Depressão e Suicídio

SUICÍDIO

- Sinal de alerta!
- Significa sempre depressão grave!
- Falar sobre suicídio com alguém NÃO INDUZ ao mesmo!

EPIDEMIOLOGIA

□ 1/3 tentam o suicídio e 10% a 15% têm êxito

Miller and Dattorro. *World Psychiatry* 2012; 13(1): 96-107
 Gould et al. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155(1): 107-111
 World J Clin Psychiatry 2005; 15(1): 138-41
 Strack et al. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(1): 1-10

Depressão

- Período (mínimo 2 semanas) com humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades.
- Além de tristeza ou irritabilidade + 4 sintomas:
 - Mudança de apetite,
 - Alteração no ciclo sono-vigília,
 - Lentificação motora, fadiga,
 - Perda de energia,
 - Sensação de inferioridade,
 - Dificuldade de concentração,
 - Pensamentos de morte ou ideação suicida.

O que é estado misto?

Estado misto

- "mistura" entre sintomas DEPRESSIVOS e MANÍACOS.
- Indivíduo deprimido de manhã e progressivamente sente-se eufórico ao longo do dia, ou vice-versa.
- Agitado, acelerado e ao mesmo tempo angustiado.
- Desesperança e idéias de suicídio.

Classificação do TAB

TAB TIPO I

Depressão + mania

TAB TIPO II

Depressão + hipomania

SESSÃO 2

Tratamento

Importância do tratamento

- Sem Tratamento:
 - Semanas a meses de sofrimento;
- Com Tratamento:
 - Melhora em 2-3 semanas;
 - Episódios MENOS SEVEROS e MAIS CURTOS.
 - EVITA RECORRÊNCIAS!

Tratamento

- Importância fundamental.
- Interrupção sem perguntar ao médico:
 - Causa + comum de recaída! (> 50%)
 - Risco de internação 4x >
 - ↑ suicídio
- A rápida retirada de algumas medicações pode causar problemas.

Fatores de influência na adesão ao tratamento

- Suporte familiar: fundamental!
- Não há diferença entre os sexos;
- Pacientes bem informados aderem melhor ao tratamento.

Razões de ↓ Adesão ao tratamento

- Efeitos colaterais reais:
 - Medo dos efeitos colaterais;
 - Uso de álcool e drogas;
 - Alterações de personalidade;
 - Distúrbio na cognição e memória;
 - Não perder sensação de euforia;
 - Negação da doença;
 - "posso controlar meu humor sozinho"
 - Gravidez;
- Crenças:
 - "falta vergonha"
 - "não é saudável"
 - "não é necessário"
 - "o tratamento não funciona"

↓ Adesão ao Tratamento

Riscos e consequências negativas

- Perda da estabilidade do humor;
- Instabilidade emocional;
- Prejuízos afetivos;
- Prejuízos profissionais;
- Prejuízos financeiros;
- Problemas familiares;
- Prejuízos interpessoais;
- > Risco de internações;
- > Risco de resistência às medicações;
- ↑ Número de crises;
- ↑ da severidade das crises.

Tratamento farmacológico

- Considerado indispensável no Transtorno Bipolar;
- Existem vários tipos de substâncias utilizadas:
 - Estabilizadores do humor;
 - Antipsicóticos;
 - Antidepressivos;
 - Ansiolíticos.
- O tipo e a dosagem da medicação dependerão sempre da fase e intensidade do episódio que a pessoa apresenta;

Tipos de medicações

ESTABILIZADORES DOS HUMOR

- São os mais importantes e são indicados a partir do diagnóstico do TAB;
- Controlam o processo de ciclagem de um episódio e outro, reduzindo a quantidade de depressões e (hipo)manias e a gravidade delas;
- O mais antigo e específico é o Lítio.

Tipos de medicações

ANTIPSICÓTICOS

- Efeito antimaniaco e antipsicótico;
- Podem ser utilizados durante um episódio de depressão, mania ou estado misto se houver sintomas psicóticos.
- Estão indicados isoladamente no tratamento da mania.

Tipos de medicações

ANTIDEPRESSIVOS

- Podem estar indicados nos deprimidos, desde que devidamente medicados com estabilizadores do humor;

Tipos de medicações

TRANQUILIZANTES

- São substâncias hipnóticas ou ansiolítica
- Devem ser usados temporariamente, enquanto os estabilizadores do humor não fazem efeito;
- Auxiliam no alívio da insônia, ansiedade, e agitação.

Vantagens e desvantagens em seguir o tratamento

Substâncias Psicoativas

- São aquelas que modificam o estado de consciência, comportamentos, pensamentos e emoções, podendo induzir novas crises hipomaniacas, maníacas ou depressivas, nos portadores de TAB.
- Álcool;
- Maconha;
- Cocaína;
- Cafeína;
- Etc.

Substâncias Psicoativas

- São aquelas que modificam o estado de consciência, comportamentos, pensamentos e emoções, podendo induzir novas crises hipomaniacas, maníacas ou depressivas, nos portadores de TAB.
- Álcool;
- Maconha;
- Cocaína;
- Cafeína;
- Etc.

Deteção precoce

- Identificar sintomas-chave que antecedem um episódio;
- Este período é chamado de pródromo – sinais e sintomas que antecedem a doença;
- A fim de prevenir futuras recaídas é **IMPORTANTE** identificar quais são os seus sinais nesse período;

Deteção precoce

Quais podem ser
considerados os SEUS
sinais de alerta de uma
CRISE??

A doença TAB ➡ *Meu TAB*

Deteção precoce

- Fazer uma lista contendo de 5 a 10 sinais de alerta, tanto para a fase maníaca como depressiva;
- Esses itens devem ser regulares em todos os episódios e facilmente identificáveis;
- Você pode pedir ajuda a um familiar ou amigo mais próximo;
- A partir do momento que essa lista for construída, deve-se preferencialmente consultá-la diariamente;
- Se você encontrar 1 ou nenhum dos itens, está tudo OK!
- Se encontrar 2 itens por três dias, deve-se consultar a pessoa mais próxima e tomar medidas terapêuticas, como por exemplo, reduzir o estímulo, limitar atividades, aumentar o tempo de sono;
- Três ou mais itens em um dia, colocar o plano de emergência em ação.

Sinais de alerta mais comuns

MANIA

- Diminuição de horas de sono;
- Sentimento de "tempo perdido" em relação as horas gastas com o sono;
- Impaciência;
- Irritabilidade ou aumento do número de desentendimentos ou discussões;
- Aumento do nível de energia;
- Novos interesses ou retomada dos interesses antigos;
- Falar mais rápido;
- Dirigir mais rápido;
- Novos projetos;
- Aumento do desejo sexual;
- Mudança do estilo de vestir-se;
- Mudanças súbitas de preferência: marca de cigarro, tipo de jantar, caminho para ir ao trabalho, livro, comida.

O que fazer quando uma crise maníaca surgir?

- Procurar atendimento nos serviços de saúde;
- Aumentar o número de horas de sono (mínimo de 10 horas);
- Estabelecer quais atividades essenciais e se é necessário pedir ajuda;
- Atividades estimulantes não devem durar mais de 6h/dia;
- Não curar a impulsividade com exercícios físicos; quanto mais atividade você fizer, mais estimulado você ficará e pior o episódio;
- Evitar ambientes estimulantes (boates, etc.), procurar ambientes relaxantes;
- Evitar bebidas estimulantes (café, álcool, chá preto, etc.);
- Limitar as gastos (deixar outra pessoa responsável por contas e cartões de crédito), por pelo menos 48 horas;
- Nunca tome decisões importantes nesse momento;
- Nunca se permita "ir além" nestes momentos: "quanto mais alto subimos, maior a queda".

Sinais de alerta mais comuns

DEPRESSÃO

- Tristeza, ansiedade;
- Sintomas de inadequação;
- Fadiga;
- Apatia;
- Negligenciar tarefas importantes;
- Diminuição da autoestima;
- Diminuição do desempenho nos estudos ou trabalho;
- Problemas de memória e atenção;
- Desconforto físico
- Aumento das horas de sono.

O que fazer quando uma crise depressiva surgir?

- Procurar o serviço de saúde o qual faz acompanhamento; se possível não mudar de profissional, uma vez que esse conhece seu histórico;
- Nunca se auto medicar;
- Dormir 8h/dia é o ideal nesse momento;
- Não desista das suas atividades; tente segui-las normalmente, ainda que esta não seja sua vontade;
- Exercícios físicos são essenciais nesta fase;
- Não tome decisões importantes neste período;
- Não consumir substância tipo álcool, maconha ou cocaína: estas podem deixá-lo ainda mais deprimido depois de algumas horas;
- Pessimismo e inferioridade são normalmente resultado de mudanças químicas no cérebro e não dependem exclusivamente do paciente;
- Mantenha um calendário de atividades regulares: muitos pacientes acabam dominando cada vez mais tarde, por se sentirem melhor no período da tarde; durma nos horários corretos.
- Se estiver com idéias de morte ou pensamentos de fazer mal a si mesmo ou a outros, comunique imediatamente seu profissional de referência em sua unidade de tratamento.

Importância de Hábitos Regulares

Higiene do Sono

- Sono regular é uma das bases da estabilidade do humor e tem função dupla no TAB:
 - Informar o início de um episódio de (hipo)mania ou depressão;
 - Usar esta informação para prevenir um novo episódio.

Higiene do Sono

- Um adulto necessita de 7-9h de sono, sem interrupções e à noite, para se sentir bem no dia seguinte;
- Sono ideal: é aquele em que há manutenção da regularidade das horas dormidas durante a semana, evitando dormir tarde, inclusive nos finais de semana;
- Ficar mais de um dia sem dormir, está fora de questão para pacientes bipolares, já que pode iniciar um episódio maníaco;
- Se sair e chegar de madrugada, durma pelo menos 8 horas (exceção e não uma regra);
- Dormir durante o dia: no máx 30 minutos, após o almoço, (se isto não significar estragar o sono à noite);

Higiene do Sono

- Usar a cama somente quando estiver realmente cansado;
- Evitar assistir TV, usar o computador, alimentos "pesados", perto do horário do sono;
- Manter temperatura agradável no quarto;
- Evitar chocolate e café à noite;
- Fumo: último cigarro no mínimo 1h antes de dormir.
- Se você costuma trabalhar à noite, gaste pelo menos 1h do seu tempo antes de dormir, com atividades relaxantes.
- Evitar aborrecimentos e discussões antes de dormir;
- Evite usar relógio muito iluminados no quarto, pois as pessoas podem voltar sua atenção para a passagem do tempo e isto pode piorar seu sono e aumentar a ansiedade;
- Evitar trabalhar em horário noturno (se necessário trocar o turno ou pedir ao médico uma solicitação para tal).

SESSÃO 4

ESTRESSE NO TAB

Estresse - Definição

- É uma resposta automática do corpo a qualquer mudança do ambiente;
- Esta resposta prepara o corpo para lidar com as possíveis demandas geradas pela situação nova.
- Isto implica num aumento significativo no nível de ativação fisiológica, motora e cognitiva.

Estresse: saudável ou prejudicial?

- A ativação envolvida no estresse é positiva, e capacita a pessoa a responder a demanda do ambiente;
- A ativação crônica e sustentada pode resultar em problemas físicos e mentais: hipertensão, asma, insônia, problemas gástricos, ansiedade, depressão, fadiga e tremores.

Estresse – 3 fases de ativação fisiológica

- Fase de alarme: intensa, imediata, promovendo recursos para possível ação. Situação superada → ativação termina;
- Fase de resistência: ativação é mantida - que na fase de alarme + que o normal. Situação superada → ativação termina.
- Fase de exaustão: o corpo esgota seus recursos e ↓ sua capacidade de ativação.

Estresse no TAB

- Situação sustentada de estresse é extremamente danosa para qualquer pessoa, especialmente para quem sofre de TAB → pode levar a crise por 2 caminhos:
 - Direto: alteração fisiológica altera os hormônios e neurotransmissores;
 - Indireto: ação em áreas como o sono.
- Ex: nascimento de um filho → depressão.
morte de alguém próximo → mania.

Técnicas para controle do Estresse

- Racionalizar problemas: enfrentar os problemas de forma a entendê-los numa perspectiva racional, exemplo: o mundo não vai acabar se não passarmos na prova ou perdermos uma promoção no trabalho.
- Relaxamento: aprender técnica, deve ser usado de forma contínua, com eficácia em ansiedade ou situações estressantes; pode ser aplicado quando necessário;
- Controle da respiração: aprende-se a controlar a respiração diafragmática e com isso reduzir o nível de estresse.

Técnicas para controle do Estresse

- Racionalizar problemas: enfrentar os problemas de forma a entendê-los numa perspectiva racional, exemplo: o mundo não vai acabar se não passarmos na prova ou perdermos uma promoção no trabalho.
- Relaxamento: aprender técnica, deve ser usado de forma contínua, com eficácia em ansiedade ou situações estressantes; pode ser aplicado quando necessário;
- Controle da respiração: aprende-se a controlar a respiração diafragmática e com isso reduzir o nível de estresse.

Comunicação - Estresse

- situações ativadores do estresse → comunicação;
- Ex: discussão no trabalho, em relacionamentos íntimos, ou familiares;
- Melhor comunicação → forma de combater o estresse e prevenir recaídas;

Papel da Família

Papel da Família

- A família exerce um papel importante no tratamento de pessoas com TAB;
- Ajuda no tratamento ou aumenta a chance de recaídas;
- importante envolver a família no tratamento;
- importante a família entender sobre a doença

Anexo J - Folha de aprovação do Comitê de Ética

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.usp.br

CÓPIA

Ribeirão Preto, 18 de agosto de 2010

Ofício nº 2785/2010
CEP/SPC

Prezados Senhores,

O trabalho intitulado **"A IMPORTÂNCIA DA PSICOEDUCAÇÃO NA VISITA DOMICILIAR COM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EM TRATAMENTO NA REDE COLETIVA DE SAÚDE MENTAL DE RIBEIRÃO PRETO"** foi analisado "AD REFERENDUM" pelo Comitê de Ética em Pesquisa e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 6055/2010.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (ICH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustíssimos Senhores

TARCISIO APARECIDO BATISTA

PROF. DR. MÁRIO FRANCISCO JURUENA (Orientador)

Hospital Dia Psiquiátrico - FMRP-USP

Anexo K - Atividades desenvolvidas de 2010 a 2013

1-Artigos completos publicados em Periódicos

BATISTA, T. A.; BAES, C.V.W.; JURUENA, M. F. **Efficacy of psychoeducation in bipolar patients:** systematic review of randomized trials. *Psychology & Neuroscience* v. 4, p. 409-416, 2011.

2- Apresentação oral de trabalhos e palestras

O papel do Enfermeiro psiquiátrico e sua atuação na rede de Saúde Mental de Ribeirão Preto, para alunos de graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP-USP, em fevereiro de 2013.

Sessão de Comunicação Oral do IX Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas, abril de 2013, com o trabalho “ A Eficácia da psicoeducação na visita domiciliar em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar”, sendo os autores Batista, TA; Baes, CW, Juruena, MF.

Sessão de Mesa Redonda “Psicoeducação e Terapia Cognitiva em Depressão e Bipolares” do IX Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas, abril de 2013, com o trabalho “ A Psicoeducação em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar”.

3- Apresentações de trabalhos científicos em forma de pôster

BATISTA, T. A.; BAES, C. V. W.; JURUENA, M. F. **The efficacy of psychoeducation with home visit in patients with bipolar affective disorder.** In: 10th International Conference on Bipolar Disorders – Miami/ EUA, junho/2013.

4 - Resumos publicados em Anais de Congressos

BAES, C. V. W.; TOFOLI S. M. C.; BATISTA, T. A.; MARTINS, C. M. S.; JURUENA, M. F. **Estressores precoces em pacientes depressivos:** teste de supressão da pednisolona é marcador biológico. In: 6º Congresso Brasileiro de Cérebro, Comportamento e Emoções, 2010, Gramado. Resumo do Congresso, 2010.

MARTINS, C. M. S.; FREITAS, M.; TOFOLI, S. M. C.; BAES, C. V. W.; BATISTA, T. A.; JURUENA, M. F. **Estressores precoces em pacientes psiquiátricos adultos no Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina RP-USP: dados preliminares.** In: 6º Congresso Brasileiro do Cérebro, Comportamento e Emoções, 2010, Gramado. Resumos do Congresso, 2010.

TOFOLI, S. M. C.; MARTINS, C. M. S.; BAES, C. V. W.; FREITAS, M.; BATISTA, T. A.; PAZ, R.; BRUNINI, F.; JURUENA, M. F. **Programa de ensino, assistência e pesquisa ao estresse precoce:** uma abordagem de equipe interdisciplinar de saúde mental. In: 6º Congresso Brasileiro do Cérebro, Comportamento e Emoções, 2010, Gramado. Resumo do Congresso, 2010.

BAES, C. V. W.; TOFOLI, S. M. C.; MARTINS, C. M. S.; BATISTA, T. A.; FREITAS, M.; JURUENA, M. F. **Dados preliminares sobre a incidência de estressores precoces em pacientes psiquiátricos adultos** no Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - SP. In: XXVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2010, Fortaleza. Anais do Evento, 2010.

MARTINS, C. M. S.; TOFOLI, S. M. C.; BAES, C. V. W.; BATISTA, T. A.; FREITAS, M.; BRUNINI, F.; JURUENA, M. F. **Programa de ensino, assistência e pesquisa ao paciente com história de estresse precoce:** uma abordagem de equipe interdisciplinar de saúde mental. In: XXVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2010, Fortaleza. Anais do Evento, 2010.

6 - Cursos realizados

Introdução à Terapia Cognitiva, fevereiro/2011. Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira.

Introdução a Entrevista Motivacional. 2011

Training Program Requirements for GRID-HAMD and MADRS TRAINING, fevereiro/2011. Janet B.W. Williams.

Treinamento da Entrevista Estruturada para Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (Grid-HAMD), fevereiro/2011. Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira.

Introdução à Análise dos Dados em Saúde com auxílio do Software Statistical Package for Social Sciences-SPSS, abril/2011, promovido pela Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto-FIERP.

Participação em eventos científicos como ouvinte

IX Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas. 2013

I Jornada de Ações Práticas de Saúde Mental em Álcool e Drogas. 2012

Simpósio Depressão, O que será que será? 2010

XXIX Simpósio do Departamento do Centro Médico de Ribeirão Preto. 2010

I Conferência Municipal de Saúde Mental. 2010.

6º Congresso Brasileiro de Cérebro, Comportamento e Emoções. 2010.

I Conferência Municipal de saúde mental em Álcool e Drogas. 2010

Anexo L – Artigo publicado em periódico

PSYCHOLOGY
& NEUROSCIENCE

Psychology & Neuroscience, 2011, 4, 3, 409 - 416
DOI: 10.3922/j.psns.2011.3.014

Efficacy of psychoeducation in bipolar patients: systematic review of randomized trials

Tarciso Aparecido Batista, Cristiane Von Werne Baes and Mario Francisco Juruena

Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brazil

Abstract

Bipolar disorder is a recurrent and chronic disorder with significant morbidity and mortality. Currently, pharmacological treatment is considered indispensable in bipolar disorder. However, despite advances in this area, treatment remains suboptimal. A large body of research has shown that innumerable psychosocial factors influence the emergence of mood disorders. Therefore, in addition to pharmacological strategies, psychological interventions are increasingly recognized as an essential component in the treatment of bipolar patients. Among the various approaches of psychosocial interventions, psychoeducation (PE) has been one of the most used. Thus, the aim of this review was to evaluate the efficacy of PE in the clinical course, treatment adherence, and psychosocial functioning of bipolar patients by collecting data from controlled trials that used solely PE as a psychosocial approach. A systematic review of the literature was performed in the PubMed and SCOPUS databases, without date limits, using the following keywords: *Psychoeducation* and *Bipolar disorder*. We found 13 randomized controlled trials. Psychoeducation significantly improved the clinical course, treatment adherence, and psychosocial functioning of bipolar patients. It also reduced the number of relapses and recurrences per patient and increased the time to depressive, manic, hypomanic, and mixed recurrences. The number and length of hospitalizations per patient were also lower in patients who received PE. Although we found a limited number of randomized controlled trials that evaluated the efficacy of PE in bipolar disorder, the studies showed positive results in reducing relapse rates and improving long-term treatment adherence. Additionally, PE intervention improves the knowledge of the illness for both patients and caregivers to reduce their distress and improve overall social functioning. **Keywords:** psychoeducation, clinical course, treatment adherence, psychosocial functioning, bipolar disorder.

Received 30 October 2011; received in revised form 5 December 2011; accepted 6 October 2011. Available online 29 December 2011

Introduction

Bipolar disorder is a recurrent and chronic disorder with significant morbidity and mortality. It is characterized by a long-term episodic cyclical course of extreme fluctuations in mood that manifest as repeated manic, depressed, or mixed episodes with complete inter-episode recovery but high rates of chronicity that impact social and occupational development (Angst & Sellaro, 2000). According to the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder, 5% of patients who fulfill the criteria for recovery suffer relapses each month (Baldassano, 2006). Although some rare individuals

may experience only a single episode of mania and depression in their lifetime, >95% of people with bipolar disorder have recurrent episodes of mania and depression throughout their lives (Goodwin & Jamison, 1990).

Bipolar disorder is a common disorder that affects 1% of the population. This prevalence may increase according to the diagnostic criteria used in each study (Judd & Akiskal, 2003). Recent studies have employed broader diagnostic criteria to adequately recognize bipolar spectrum disorders in the general population. When less severe forms of the disorder are considered, the reported prevalence is 6% (Judd & Akiskal, 2003). It is still an underdiagnosed disease among clinicians and health professionals, with a high prevalence of misdiagnosis and diagnostic shifts from other psychiatric disorders to bipolar disorder. For this reason, a large percentage of this population remains untreated (Salvatore, Tohen, Khalsa, Baethge, Tondo & Baldessarini, 2007). High rates of misdiagnosis and lack of recognition often lead patients with bipolar disorder to have a chronic illness course with high disability, unemployment rates, and mortality (Leboyer & Kupfer, 2010).

Bipolar patients present problems in dimensions related to quality of life such as functional impairment,

Tarciso Aparecido Batista, Cristiane Von Werne Baes, Research Fellow, Post-Graduate in Mental Health, Department of Neuroscience and Behaviour, Faculty of Medicine Ribeirão Preto, University of São Paulo. Mario Francisco Juruena, Professor, Doctor in Psychiatry, Head, Stress and Affective Disorders Programme (SAD Programme), Department of Neurosciences and Behaviour, Faculty of Medicine Ribeirão Preto, University of São Paulo. Correspondence regarding this article should be directed to: Mario F Juruena, Saúde Mental-USP, Av. Tenente Catão Roxo, 2650, Monte Alegre-Campus Universitário, Ribeirão Preto, SP 14051-140, Brazil. E-mail: juruena@fmrp.usp.br

difficulties both obtaining and maintaining employment, and interpersonal problems (Dean, Gerner & Gerner, 2004). The World Health Organization estimates that bipolar disorder is the fifth leading cause of disability among young adults (Murray & Lopez, 1997). According to Judd et al. (2008), patients with bipolar disorder experienced some degree of disability during the majority of long-term follow-up (54–59% of months), including 19–23% of months with moderate and 7–9% of months with severe overall impairment. Severe disability occurs in a substantial proportion of time only in the specific area of work/employment (Judd et al., 2008). Additionally, these patients have significant increases in lifetime health service utilization, the need for disability benefits, and risk of suicidal behavior (Judd & Akiskal, 2003). Suicidal ideation is common in bipolar disorder type I and mainly type II (Juruena et al., 2009). Twenty-five to 50% of patients with bipolar disorder attempt suicide at least once in their lifetime; 10–19% die as a result of suicide (Chen & Dilsaver, 1996; Jamison, 2000). Comorbid psychiatric conditions may also play an important role in increasing the risk for suicidal ideation and attempts, which may complicate the course of the illness and lead to poorer outcomes (Simon et al., 2007). A large array of comorbid psychiatric conditions is associated with bipolar disorder (Vieta et al., 2001; Treuer & Tohen, 2010). Up to 65% of all patients with bipolar disorder have experienced at least one other psychiatric disorder, 42% have experienced two or more comorbidities, and 24% have experienced three or more in their lifetimes. Anxiety and substance use disorders were the most common comorbid lifetime disorders (McElroy et al., 2001). Thus, given the human and financial costs associated with this disorder and burden for patients and their families, bipolar disorder is considered a major public health problem (Dunner, 2003).

Currently, pharmacological treatment is considered indispensable in bipolar disorder. However, despite advances in this area with the development of new medications with fewer side effects and greater effectiveness, treatment remains suboptimal. Recent medical treatments have focused on effective symptom relief, but these have not sufficiently reduced the burden of the disease or regained normal functioning (Goldberg, Harrow & Grossman, 1995). Furthermore, even patients who receive the required medication dose remain relapse-free for a maximum of only 2–3 years (Solomon, Keitner, Miller, Shea & Keller, 1995). Thus, data on the poor outcome of pharmacological treatment in 50% of patients with bipolar disorder have led to a growing awareness of the need for psychological approaches combined with medications (Goldberg, Harrow & Grossman, 1995; Juruena, 2001; Calabrese et al., 2004).

Bipolar disorder likely results from an interplay among multiple genes that interact with environmental and developmental epigenetic factors. Recent years have seen

increased investigations of the influence of psychosocial variables on the expression of the vulnerability and course of bipolar disorder. A large body of research has shown that innumerable psychosocial factors including those related to social, familial, psychological, and occupational function influence the emergence of mood disorders (Post, 1992, 2010; Zavaschi et al., 2002; Juruena, 2004; Post & Leverich, 2006).

Therefore, in addition to pharmacological strategies, psychological interventions are increasingly recognized as an essential component in the treatment of bipolar patients (Colom & Vieta, 2004; Machado-Vieira, Santin & Soares, 2004; Knapp & Isolan, 2005; Goldner-Vukov, Moore, & Cupina, 2007; Gomes & Lafer, 2007). Several studies have shown that psychotherapeutic interventions as adjuncts to pharmacotherapy may be beneficial in fulfilling some of the unmet needs of long-term treatment performed only with pharmacotherapy (Miklowitz, George, Richards, Simoneau & Suddath, 2003; Sajatovic, Davies & Hrouda, 2004; Lam, McCrone, Wright & Kerr, 2005; Miklowitz, 2008). Among the various psychosocial intervention approaches, psychoeducation (PE) has been one of the most used. Psychoeducation in bipolar disorder gives the patient a theoretical and practical approach to understand the disorder, recognize relapses early, and develop effective strategies for coping with the symptoms of the disease (Colom, Vieta, Martinez, Jorquera & Gastó, 1998; Gonzalez-Pinto et al., 2004; Colom & Lam, 2005; Rouget & Aubry, 2007; Colom, 2011). Although most studies have shown positive results in improving symptoms and treatment adherence in bipolar patients treated with PE, most of these studies used other psychosocial approaches combined with PE. Thus, the aim of the present systematic review was to evaluate the efficacy of PE in the clinical course, treatment adherence, and psychosocial functioning of bipolar patients by collecting data from controlled trials that solely used PE as a psychosocial approach.

Methods

PubMed and SCOPUS were searched for articles published in English, without date limits, using the keywords *Psychoeducation* and *Bipolar disorder*. We later refined the search through a systematic review of the articles' abstracts, excluding articles that did not examine predictive value. Additionally, further manual research was conducted to search the articles cited in these papers. To be included in this review, the studies had to evaluate the efficacy of PE in bipolar disorder by considering at least one of the following outcome variables: clinical course (i.e., time to recurrence, relapse, symptom severity, and number and days of hospitalization), treatment adherence, and psychosocial functioning. We included in this systematic review

only controlled clinical trials that used PE alone that assessed individuals with either type I or type II bipolar disorder or a combination of the two and/or their family or caregivers. Studies that evaluated PE combined with other psychosocial approaches were excluded from our review. A psychosocial intervention was considered to be any nonpharmacological intervention. We also excluded articles that evaluated the efficacy of PE in other psychiatric disorders or other medical conditions, articles that included children, adolescents, or the elderly with bipolar disorder, and review articles.

Results

We identified 51 articles in PubMed and 108 articles in SCOPUS, with two additional articles from the manual search, yielding a total of 161 articles. Following the application of the exclusion criteria, we selected 23 articles, and 10 of these were excluded because they were duplicate articles between the databases, yielding a total of 13 articles to be examined in this review.

General findings

We identified a total of only 13 randomized controlled trials. Although the pioneering studies on the efficacy of PE were conducted by Peet & Harvey (1991), most of the randomized controlled trials with reliable methodology found in this review were published only in recent years. Moreover, most of these randomized controlled trials were produced by the Barcelona Bipolar Disorders Program. Of the 13 studies included in this review, seven studies evaluated the response to PE treatment in patients with both type I and type II bipolar disorder (D'Souza, Piskulic & Sundram, 2010; Reinares et al., 2010; Colom et al., 2009a; Reinares et al., 2008; Colom et al., 2005; Reinares et al., 2004; Colom et al., 2003a). Of these seven studies that assessed patients with type I and type II bipolar disorder, in the study by Reinares et al. (2010), the sample was subdivided into two groups according to staging (Stage I: patients who had no functional or clinically relevant impairment; advanced stages: patients with functional or clinically relevant impairment). From a subanalysis of a larger study conducted by Colom et al. (2003a) with 120 type I and type II bipolar disorder outpatients in remission, we identified three other studies by the same group that examined the efficacy of PE exclusively in type I bipolar disorder patients (Colom et al., 2003b), bipolar patients with comorbid personality disorders (Colom et al., 2004), and type II bipolar disorder patients (Colom et al., 2009b). We also found three articles that did not specify the diagnostics of the bipolar patients enrolled in the studies (Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy & Limb, 1999; Peet & Harvey, 1991; Van Gent & Zwart, 1991). Eight of the 13 studies included

in this review performed PE only with patients (Colom et al., 2003a, 2003b, 2004, 2005, 2009a, 2009b; Perry et al., 1999; Peet & Harvey, 1991), four studies with only family or caregiver groups (Reinares et al., 2004, 2008, 2010; Van Gent & Zwart, 1991), and one study that performed PE in a combined group that involved both patients and companions (D'Souza et al., 2010). In most studies, PE was conducted in groups. Only two studies conducted PE individually (Perry et al., 1999; Peet & Harvey, 1991). Different study groups used varying numbers of sessions ranging between 5 and 21, with a follow-up that ranged from 6 months to 5 years. For more details about the methodology employed in the studies included in this review and their main results, see Table 1.

Outcome measures

To evaluate the efficacy of PE in the clinical course, treatment adherence, and psychosocial functioning of bipolar patients, we collected data from controlled trials that used only PE as a psychosocial approach.

Clinical course

Ten of the 13 studies assessed the efficacy of PE in the clinical course. Reasonably good evidence showed that PE is more effective than nonstructured meetings for preventing all relapses, manic relapses, and depressive relapses. A total of six randomized trials that investigated the clinical course found a decrease in relapse rate (Colom et al., 2003a, 2003b, 2004, 2009a, 2009b; D'Souza et al., 2010). Six of the 13 studies found increases in the time to recurrence (Colom et al., 2003a, 2003b, 2004, 2009a; Reinares et al., 2008; Reinares et al., 2010). In four studies, PE decreased the number of days of hospitalization, although all of these papers were published by the same group (Colom et al., 2003a, 2003b, 2004, 2009a). Two studies did not find any significant benefits in clinical course and number of days of hospitalization (Colom et al., 2009b; Reinares et al., 2010). Colom (2009a, 2009b) found decreases in the time that patients remained acutely ill after PE. In two studies the authors found decreases in hypomanic and manic episodes but not depressive episodes (Perry & Harvey, 1991; Reinares et al., 2008). In a randomized controlled trial with five sessions, 14 families, and a 2-year follow-up, Van Gent & Zwart (1991) did not find changes in bipolar symptoms. Alternatively, differences in the "dosage" and duration of PE between studies or, perhaps more importantly, the individual versus group context in which the interventions were delivered might have been responsible for these different results.

Treatment adherence

One of the main goals of PE is to improve treatment adherence, which is usually very poor in bipolar patients. Of the 13 studies identified in this review, nine

Table 1. Main results of efficacy of psychoeducation in bipolar disorder

Reference	Study design	Participants	Subjects (Control)	Diagnostic subtype	Sessions	Follow-up	Outcome measures		
							<i>Clinical course</i>	<i>Treatment adherence</i>	<i>Psychosocial functioning</i>
D'Souza et al., 2010	RCT	Family/Patient	27 (31)	Bipolar I and II	12	14 months	– Relapse rate Time to relapse – Manic symptoms	Medication adherence	Not reported
Reinares et al., 2010	RCT	Family	38 (34)	Bipolar I and II (patients were subdivided into two groups: Stage I and advanced stages)	12	15 months	Time to recurrence in patients in Stage I No significant benefits in patients in advanced stages	Not reported	Not reported
Colom et al., 2009a	RCT	Patient	60 (60)	Bipolar I and II	21	5 years	– Relapse rate Time to recurrence – Time acutely ill – Number of days of hospitalization	No difference in adherence between groups	Not reported
Colom et al., 2009b	RCT	Patient	12 (8)	Bipolar II	21	5 years	– Relapse rate – Time acutely ill No difference in the number of days of hospitalization between groups	Not reported	Levels of work functioning and social adjustment
Reinares et al., 2008	RCT	Family	57 (56)	Bipolar I and II	12	1 year	Time to recurrence – Hypomanic or manic relapses but not depressive relapses	No difference in adherence between groups	Not reported
Colom et al., 2005	RCT	Patient	49 (44)	Bipolar I and II	21	2 years	Not reported	Mean serum lithium levels – Variation in mean serum lithium levels	Not reported

Table 1. *Continued*

Reference	Study design	Participants	Subjects (Control)	Diagnostic subtype	Sessions	Follow-up	Outcome measures		
							<i>Clinical course</i>	<i>Treatment adherence</i>	<i>Psychosocial functioning</i>
Colom et al., 2004	RCT	Patient	15 (22)	Bipolar I and II with comorbid personality disorders	21	2 years	- Relapse rate - Time to recurrence - Number of days of hospitalization in group with PE but no difference in number of hospitalizations	Not reported	Not reported
Reinares et al., 2004	RCT	Family	30 (15)	Bipolar I and II	12	Unspecified	Not reported	Not reported	- Caregiver knowledge of the illness - Caregiver distress No differences in the family relationship between groups
Colom et al., 2003a	RCT	Patient	60 (60)	Bipolar I and II	21	2 years	- Relapse rate - Time to recurrence - Number and days of hospitalizations	Lithium levels ($p = .03$) in PE group at 2-year follow-up	Not reported
Colom et al., 2003b	RCT	Patient	25 (25)	Bipolar I	20	2 years	- Relapse rate - Time to recurrence - Number of hospitalizations	No difference in pharmacologic treatment between groups	Not reported
Perry et al., 1999	RCT	Patient	34 (35)	Unspecified	7-12	18 months	- Manic relapses but not depressive relapses	No difference in adherence between groups	Overall social functioning and employment

Table 1. *Continued*

Reference	Study design	Participants	Subjects (Control)	Diagnostic subtype	Sessions	Follow-up	Outcome measures		
							Clinical course	Treatment adherence	Psychosocial functioning
Colom et al., 2004	RCT	Patient	15 (22)	Bipolar I and II with comorbid personality disorders	21	2 years	- Relapse rate - Time to recurrence - Number of days of hospitalization in group with PE but no difference in number of hospitalizations	Not reported	Not reported
Reinares et al., 2004	RCT	Family	30 (15)	Bipolar I and II	12	Unspecified	Not reported	Not reported	- Caregiver knowledge of the illness - Caregiver distress No differences in the family relationship between groups
Colom et al., 2003a	RCT	Patient	60 (60)	Bipolar I and II	21	2 years	- Relapse rate - Time to recurrence - Number and days of hospitalizations	Lithium levels ($p = .03$) in PE group at 2-year follow-up	Not reported
Colom et al., 2003b	RCT	Patient	25 (25)	Bipolar I	20	2 years	- Relapse rate - Time to recurrence - Number of hospitalizations	No difference in pharmacologic treatment between groups	Not reported
Perry et al., 1999	RCT	Patient	34 (35)	Unspecified	7-12	18 months	- Manic relapses but not depressive relapses	No difference in adherence between groups	Overall social functioning and employment

Table 1. *Continued*

Reference	Study design	Participants	Subjects (Control)	Diagnostic subtype	Sessions	Follow-up	Outcome measures		
							<i>Clinical course</i>	<i>Treatment adherence</i>	<i>Psychosocial functioning</i>
Peet, & Harvey, 1991	RCT	Patient	30 (30)	Unspecified	Not reported	6 months	Not reported	Patient knowledge about lithium	Not reported
Van Gent, & Zwart, 1991	RCT	Family	14 (12)	Unspecified	5	2 years	No change in symptoms	Nonadherence did not differ between groups Partner knowledge about lithium	Partner knowledge about illness and social strategies

, increase; -, decrease; PE, psychoeducation; RCT, randomized controlled trial.

evaluated the efficacy of PE in treatment adherence. In five of these studies, no difference in adherence was found between groups (Harvey, 1991; Van Gent & Zwart, 1991; Colom et al., 2003a, 2003b; Reinares et al., 2008). Two of the studies demonstrated that PE increased mean lithium levels (Colom et al., 2003b, 2005). Two studies reported that patient and partner knowledge about lithium increased after PE (Harvey, 1991; Van Gent & Zwart, 1991). D'Souza et al. (2010) found an increase in medication adherence after 12 PE sessions.

Psychosocial functioning

Of the 13 studies identified in this review, only four evaluated improvements in psychosocial functioning with PE. Perry et al. (1999) found a significant improvement in overall social functioning and employment for 18 months in the experimental treatment group that received PE. Colom et al. (2009b) evaluated the efficacy of PE only in type II bipolar disorder patients and found higher mean levels of functioning compared with the control group. Reinares et al. (2004) and Van Gent & Zwart (1991) also evaluated the effects of PE on functionality and quality of life in patient families and caregivers. They found that PE in caregivers may improve the caregivers' knowledge of the illness, reduce their distress, or alter their subjective burden and beliefs about the link between disruptions in their life and the patient's illness and also may improve social strategies.

Discussion

We used rigorous systematic methods to review all randomized trials of psychosocial treatments for the prevention of relapse in bipolar disorder. Most of these found a decrease in relapse rate (Colom et al., 2003a,

2003b, 2004, 2009a, 2009b; D'Souza et al., 2010). An improvement in overall social functioning could be a synthesis of these reviews regarding psychosocial functioning with PE (Harvey, 1991; Van Gent & Zwart, 1991; Reinares et al., 2004; Colom et al., 2009b). One of the main targets of PE concerns the enhancement of treatment adherence, which is usually very poor in bipolar patients, even when euthymic. Significant improvements in overall social functioning (Harvey, 1991; Van Gent & Zwart, 1991; Colom et al., 2003b, 2009a; Reinares et al., 2008) or increased mean lithium levels after PE (Colom et al., 2003b, 2005) were found in most of the studies in this systematic review. Another important issue is patient and family knowledge of treatments such as mood stabilizer as lithium increased adherence after PE (Harvey, 1991; Van Gent & Zwart, 1991; D'Souza et al., 2010). However, this may be viewed negatively by some professionals in other fields of psychiatry. Nevertheless, the truth is that poor compliance often has much to do with misinformation or ignorance among relatives and the public. Nonadherence to medication is part of the reason for the failure of drugs to treat bipolar patients. However, some patients reported that they adhered consistently to prophylactic medication but still experienced relapses. The mechanism of action of PE remains unknown. We may hypothesize that teaching lifestyle regularity may play a role in the prevention of depression, whereas early detection of prodromal symptoms may be crucial for preventing mania, which has been reported in previous studies.

Conclusion and final considerations

Bipolar disorder is a complex illness. The effectiveness of any treatment program largely depends on its ability to target selective problems in specific phases of the illness.

Psychoeducation also appears to be a key intervention in the enhancement of treatment adherence and improvement of long-term outcome in several medical conditions. Destigmatization and improvements in illness awareness play crucial roles in the beginning of bipolar PE because patients may have preconceived notions about their illness that may push them toward denial. Understanding denial and learning the biological causes of the illness constitute essential parts of the first PE sessions. Another important issue is the distinction between causes (biological) and triggering factors. This issue will be crucial for establishing good treatment adherence later in the course of the illness.

References

- Angst, J., & Sellaro, R. (2000). Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 48, 445-457.
- Baldassano, C. (2006). Illness course, comorbidity, gender, and suicidality in patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(Suppl 11), 8-11.
- Calabrese, J. R., Kasper, S., Johnson, G., Tajima, O., Vieta, E., Yatham, L. N., & Young, A. H. (2004). International Consensus Group on Bipolar I Depression Treatment Guidelines. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(4), 571-579.
- Chen, Y. W., & Dilsaver, S. C. (1996). Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biological Psychiatry*, 39, 896-899.
- Colom, F. (2011). Keeping therapies simple: Psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. *British Journal of Psychiatry*, 198, 338-340.
- Colom, F., & Lam, D. (2005). Psychoeducation: Improving outcomes in bipolar disorder. *European Psychiatry*, 20, 359-364.
- Colom, F., & Vieta, E. (2004). A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. *Bipolar Disorders*, 6, 480-486.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez, A., Jorquera, A., & Gastó, C. (1998). What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 3-9.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., ... Coronas, J. (2003a). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402-407.
- Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Goikolea, J. M., & Gastó, C. (2003b). Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: Beyond compliance enhancement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1101-1105.
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Goikolea, J. M., Popova, E., Bonnin, C. M., & Scott, J. (2009a). Psychoeducation for bipolar II disorder: An exploratory, 5-year outcome subanalysis. *Journal of Affective Disorders*, 112, 30-35.
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., & Scott, J. (2005). Stabilizing the stabilizer: Group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disorders*, 7(Suppl 5), 32-36.
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Reinares, M., ... Comes, M. (2004). Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disorders*, 6, 294-298.
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Palomino-Otiziano, R., Reinares, M., Goikolea, J. M., ... Martínez-Arán, A. (2009b). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-Year outcome of a randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 194(3), 260-265.
- Dean, B. B., Gerner, D., & Gerner, R. H. (2004). A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and healthcare costs and utilization in bipolar disorder. *Current Medical Research and Opinion*, 20(2), 139-154.
- D'Souza, R., Piskulic, D., & Sun&am, S. (2010). A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: A pilot randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 120, 272-276.
- Dunner, D. L. (2003). Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. *Bipolar Disorders*, 5(6), 456-463.
- Goldberg, J. F., Harrow, M., & Grossman, L. S. (1995). Course and outcome in bipolar affective disorder: A longitudinal follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 379-384.
- Goldner-Vukov, M., Moore, L. J., & Cupina, D. (2007). Bipolar disorder: From psychoeducational to existential group therapy. *Australasian Psychiatry*, 15(1), 30-34.
- Gomes, B. C., & Lafer, B. (2007). Group psychotherapy for bipolar disorder patients. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(2), 84-89.
- Gonzalez-Pinto, A., Gonzalez, C., Enjuto, S., Fernandez de Corres, B., Lopez, P., Palomo, J., Perez de Heredia, J. L. (2004). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: An update. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(2), 83-90.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press.
- Jamison, K. R. (2000). Suicide and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl 9), 47-51.
- Judd, L. L., & Akiskal, H. S. (2003). The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: Re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *Journal of Affective Disorders*, 73, 123-131.
- Judd, L. L., Schettler, P. J., Solomon, D. A., Maser, J. D., Coryell, W., Endicott, J., & Akiskal, H. S., (2008). Psychosocial disability and work role function compared across the long-term course of bipolar I, bipolar II and unipolar major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 108, 49-58.
- Juruena, M. F. (2004). Transtorno afetivo bipolar: abordagem da terapia cognitiva. In W. P. Knapp (Ed.), *Terapia cognitiva-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 317-327). Porto Alegre: ArtMed.
- Juruena, M. F. (2001). Terapia cognitiva: Abordagem para o transtorno afetivo bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(6), 322-330.
- Juruena, M. F., Ottoni, G. L., Machado-Vieira, R., Cameiro, R. M., Weingartner, N., Marquardt, A., ... Bumlido, E. A. (2009). Bipolar I and II disorder residual symptoms: Oxcarbazepine and carbamazepine as add-on treatment to lithium in a double-blind, randomized trial. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 33, 94-99.
- Knapp, P., & Isolan, L. (2005). Psychotherapeutic approach in bipolar disorder. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(Suppl 1), 98-104.
- Lam, D. H., McCrone, P., Wright, K., & Kerr, N. (2005). Cost-effectiveness of relapse-prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-Month study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 500-506.
- Leboyer, M., & Kupfer, D. J. (2010). Bipolar disorder: New perspectives in health care and prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(12), 1689-1695.
- Machado-Vieira, R., Santin, A., & Soares, J. C. (2004). The multidisciplinary team approach to the treatment of bipolar disorder: An overview. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(Suppl 3), 51-53.
- McElroy, S. L., Altshuler, L. L., Suppes, T., Keck, P. E., Jr., Frye, M. A., Demicoff, K. D., ... Post, R. M. (2001). Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 420-426.
- Miklowitz, D. J. (2008). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: State of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1408-1419.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(9), 904-912.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, 1436-1442.
- Peet, M., & Harvey, N. S. (1991). Lithium maintenance: 1. A standard education programme for patients. *British Journal of Psychiatry*, 158, 197-200.
- Perry, A., Tariar, N., Morris, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, 318, 149-153.
- Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 999-1010.

- Post, R. M. (2010). Mechanisms of illness progression in the recurrent affective disorders. *Neurotoxicity Research*, 18, 256-271.
- Post, R. M., & Leverich, G. S. (2006). The role of psychosocial stress in the onset and progression of bipolar disorder and its comorbidities: The need for earlier and alternative modes of therapeutic intervention. *Development and Psychopathology*, 18, 1181-1211.
- Reinares, M., Colom, F., Rosa, A. R., Borràs, C. M., Franco, C., Solé, B., Kapczinski, F., & Vieta, E. (2010). The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. *Journal of Affective Disorders*, 123, 81-86.
- Reinares, M., Colom, F., Sánchez-Moreno, J., Torrent, C., Martínez-Arán, A., Comes, M., Vieta, E. (2008). Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: A randomized controlled trial. *Bipolar Disorders*, 10, 511-519.
- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Comes, M., ... Sánchez-Moreno, J. (2004). Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 312-319.
- Rouget, B. W., & Aubry, J. M. (2007). Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: A review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 98, 11-27.
- Sajatovic, M., Davies, M., & Hrouda, D. R. (2004). Enhancement of treatment adherence among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 55, 264-269.
- Salvatore, P., Tohen, M., Khalsa, H. M., Baethge, C., Tondo, L., & Baldessarini, R. J. (2007). Longitudinal research on bipolar disorders. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16, 109-117.
- Simon, N. M., Zalta, A. K., Otto, M. W., Ostacher, M. J., Fischman, D., Chow, C. W., & Pollack, M. H. (2007). The association of comorbid anxiety disorders with suicide attempts and suicidal ideation in outpatients with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 255-264.
- Solomon, D. A., Keitner, G. I., Miller, I. W., Shea, M. T., & Keller, M. B. (1995). Course of illness and maintenance treatments for patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56(1), 5-13.
- Treuer, T., & Tohen, M. (2010). Predicting the course and outcome of bipolar disorder: A review. *European Psychiatry*, 25, 328-333.
- Van Gest, E. M., & Zwart, F. M. (1991). Psychoeducation of partners of bipolar-manic patients. *Journal of Affective Disorders*, 21(1), 15-18.
- Vieta, E., Colom, F., Corbella, B., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Benabarre, A., & Gasto, C. (2001). Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. *Bipolar Disorders*, 3(5), 253-258.
- Zavaschi, M. L. S., Satler, F., Poester, D., Vargas, C. F., Piazenski, R., Rohde, L. A. P., & Eizirik, C. L. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 189-195.