UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MILENA FERREIRA CAVELAGNA

**Grupo de psicoeducação diretivo e não-diretivo: impacto na adesão,
conhecimento e qualidade de vida de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar**

Ribeirão Preto

2012

MILENA FERREIRA CAVELAGNA

**Grupo de psicoeducação diretivo e não-diretivo: impacto na adesão,
conhecimento e qualidade de vida de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar**

Dissertação apresentada para obtenção de título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Inocenti Miasso

Ribeirão Preto

2012

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Cavelagna, Milena Ferreira.

Grupo de psicoeducação diretivo e não-diretivo: impacto na adesão, conhecimento e qualidade de vida de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar. Ribeirão Preto, 2012.

145p.:Il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
Área de concentração:

Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Miasso, Adriana Inocenti

1. Transtorno Bipolar 2. Estrutura de Grupo
3. Qualidade de vida 4. Uso de medicamentos.

CAVELAGNA, Milena Ferreira

Grupo de psicoeducação diretivo e não-diretivo: impacto na adesão, conhecimento e qualidade de vida de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em:...../...../.....

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Primeiramente, a **Deus e a Nossa Senhora**, razão da minha existência, por ser o meu alicerce em todos os momentos.

Aos meus pais amados, **José Mário e Maria Teresa**, pelo amor, carinho, incentivo e oportunidades. Sem eles eu não teria chegado até aqui.

A **Terezinha** (*in memoriam*), minha querida avó, pelo incentivo aos meus estudos. Sempre acreditando em mim.

À **Profa Dra. Adriana I. Miasso**, pela orientação, pela amizade, pelo carinho, pela visão de futuro que vislumbrou o tema desta pesquisa, pelo apoio nas horas difíceis e pela dedicação a minha pessoa. Obrigada me deixar conviver com a grande pesquisadora e profissional que é.

AGRADECIMENTOS

A cada **paciente participante do estudo**, que se dispusera de seu tempo durante meses para participar do grupo e colaborar com a pesquisa. **Muito obrigada!**

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo- **FAPESP**, pela concessão da bolsa que permitiu a realização desta pesquisa, sem a qual não teria sido possível a minha dedicação integral ao mestrado.

Ao meu namorado, **Rodrigo Santana**, por seu amor, encorajamento, compreensão e preocupação com o meu bem-estar durante todo o processo da pesquisa.

Aos meus irmãos, **Elaine e Miguel**, pelo carinho, amor e cuidado durante toda a minha vida.

Ao **FeFê**, meu sobrinho amado, com você a vida é muito mais colorida.

À minha 'sogra' **Maria Santana**, agradeço pelo incentivo, pelas orações e por sua bondade.

À banca examinadora de Qualificação: **Profº Drº Manoel Antônio dos Santos e Profª Drª Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza**, pelas importantes contribuições ao meu mestrado.

À **Profª Drª Lucilene Cardoso**, pelo auxílio e pelas sugestões valiosas para meu desenvolvimento na pesquisa.

À **Kelly Giaccherro Vedana**, agradeço por todo auxílio, sabedoria, em exatamente todas as etapas do mestrado. Pelo cuidado com que trabalhou comigo e minhas limitações científicas.

À **Tatiana Longo Miguel**, um especial obrigado, por contribuir com seu conhecimento e auxiliar na pesquisa.

Aos funcionários do NSM, **Luiza, Israel, Ivan, Marli, Dr. Marcos Ellovitch, Dra Karina e Dr. Flávio**, pelo auxílio, disponibilidade e profissionalismo, em especial à **Ângela Márcia** por toda ajuda incondicional.

Agradeço ao **Departamento EPCH** e à **Seção de Pós-Graduação**. Todos sempre solícitos e disponíveis quanto a orientações e dúvidas, assim como pela competência e profissionalismo com que exercem seus trabalhos.

A Sessão de Criação e Produção Multimídia da EERP, pela confecção do cartão para controle do seguimento grupal que foi entregue aos pacientes, em especial ao **Francisco Vessi**, pela amizade e colaboração na pesquisa.

Ao **Gabriel e Cristina (Biblioteca Central)**, pelo auxílio e dedicação com que realizaram a correção das Referencias Bibliográficas.

À Professora **Magali Boemer e Tauana** pela revisão do trabalho e cuidado com que me auxiliaram.

Aos amigos que eu conquistei na Pós-Graduação, em especial à **Emanuella Barros**, que com seu sotaque “Sergipe” trouxe mais alegria a Ribeirão Preto. Obrigada pela força e amizade.

A todos os meus amigos, em especial à **Nati Gallo, Aidê Gaspar e Cris Cipolla**, pelo carinho, amizade, incentivo e apoio em todo processo do mestrado.

À **Profª Drª Silvia H. B. Cassiani**, pela confiança, carinho, amizade e por proporcionar-me oportunidades.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram na realização deste trabalho.

“Os chineses acreditam que, antes que se possa vencer uma fera, primeiro é preciso embelezá-la. De algum modo estranho, tentei agir assim com a doença maníaco-depressiva. Ela foi um inimigo e companheiro fascinante, embora fatal. Considerei-a sedutoramente complicada, uma destilação do que há de melhor na nossa natureza e do que há de mais perigoso. Para poder enfrentá-la, precisei antes conhecê-la em todos os seus tons e disfarces infinitos, compreender seus poderes reais e imaginados. Como minha doença de início parecia ser simplesmente uma extensão de mim mesma, ou seja, dos meus entusiasmos, energias e humores naturalmente inconstantes, talvez eu tenha sido complacente demais com ela. E, como eu era da opinião de que deveria ser capaz de lidar sozinha com a violência cada vez maior das minhas oscilações de humor, durante os dez primeiros anos não procurei nenhum tipo de tratamento.”

(Uma mente inquieta, Kay Jamison).

RESUMO

Cavelagna, MF. **Grupo de psicoeducação diretivo e não-diretivo: impacto na adesão, conhecimento e qualidade de vida de portadores de transtorno afetivo bipolar.** 2012. 145f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2012.

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é crônico, grave, prejudica a qualidade de vida (QV) do portador e requer tratamento medicamentoso contínuo, mas os portadores têm dificuldade em aderir à farmacoterapia. A psicoeducação pode propiciar a adesão medicamentosa, manejo adaptativo do transtorno, aumento da QV, entre outros benefícios. Este estudo teve como objetivos identificar e comparar o impacto da psicoeducação, em grupo diretivo (GD) e não-diretivo (GND), no conhecimento do portador sobre o TAB e medicamento, na sua adesão à terapia medicamentosa, na sua QV e verificar como ele percebe seu cotidiano, antes e após a psicoeducação. Trata-se de estudo de intervenção, longitudinal, tipo *follow-up*, com abordagem quali-quantitativa. A amostra incluiu 28 portadores de TAB, não aderentes à farmacoterapia, acompanhados em um Núcleo de Saúde Mental (NSM). Os participantes foram distribuídos, por sorteio, em três grupos: grupo controle (GC), composto por 12 pacientes, GD e GND, com oito pacientes cada. Ambos os grupos de intervenção foram submetidos a 21 sessões semanais de psicoeducação (com temas pré-definidos para o GD e temas definidos pelos pacientes no GND) e três encontros de *follow-up*, além do tratamento padrão oferecido pelo NSM. O GC foi submetido ao tratamento padrão oferecido pelo NSM. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada norteada pelos instrumentos: Teste de Morisky e Green, Instrumento de avaliação do grau de conhecimento sobre a terapêutica medicamentosa, *WHOQOL-bref* e roteiro elaborado pela pesquisadora. Para a análise dos dados quantitativos foi utilizado o programa SAS 9.0 e para os dados qualitativos, a Análise de Conteúdo. Os resultados revelaram que ambos os grupos, GD e GND, interferiram positivamente no aumento do conhecimento do paciente sobre o nome e dose do medicamento utilizado, em relação ao GC, porém, não diferiram entre si. Parte dos pacientes passou a aderir aos medicamentos, em diferentes momentos, nos grupos GD e GND, entretanto não foram verificadas diferenças significativas em relação ao GC ou associação entre tipo de grupo (GD e GND) e adesão. Observou-se aumento não significativo da QV no GD e diminuição no GND em todos os domínios. Não foram observadas diferenças significativas na QV entre grupos de intervenção bem como entre os mesmos e o GC. Três categorias revelaram elementos significativos do cotidiano dos portadores de TAB, antes e após a participação no grupo de psicoeducação: “A compreensão e aceitação do transtorno”, “O desejo de estabelecer trocas” e “As limitações no cotidiano”. A psicoeducação grupal promoveu entendimento do TAB, trocas de experiências, atenuação de algumas limitações decorrentes do transtorno e o enfrentamento adaptativo de limitações não superadas. Considerando o importante papel dos grupos de psicoeducação no cotidiano dos sujeitos deste estudo, constitui desafio a implementação dessa abordagem terapêutica pela equipe de saúde dos serviços de assistência ao portador de transtorno mental.

Palavras chaves: Transtorno Bipolar; Estrutura de Grupo; Qualidade de vida; Adesão à medicação.

ABSTRACT

Cavelagna, M. F. **Directive and non-directive psychoeducational group: impact on adherence, knowledge and quality of life of patients with bipolar affective disorder**. 2012. 145p. Dissertation (MSc) - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2012.

The Bipolar Affective Disorder (BD) is chronic, severe, and affects the patient's quality of life (QoL) and requires continuous drug treatment, but patients have difficulty adhering to pharmacotherapy. Psychoeducation can provide medication adherence, adaptive management of the disorder, increase of the QoL, among other benefits. This study aimed to identify and compare the impact of psychoeducation, in a directive (DG) and non-directive group (NDG), in the knowledge of the patients on the BD and medication, in their adherence to drug therapy, in their QoL, and verify how they perceive their daily life, before and after psychoeducation. This is a longitudinal follow-up and intervention study with quali-quantitative approach. The sample included 28 patients with BD, who were non-adherent to pharmacotherapy, assisted at a Mental Health Center. Participants were randomly assigned into three groups: control group (CG) composed of 12 patients, DG and NDG composed of 8 patients each. Both intervention groups were submitted to 21 weekly sessions of psychoeducation (with pre-defined themes for the DG and themes defined by the patients for the NDG), and three follow-up meetings, in addition to standard treatment offered by the Mental Health Center. The CG was submitted to standard treatment offered by the Mental Health Center. Data collection occurred through semi-structured interview guided by the instruments: Morisky and Green Test, Instrument for the assessment of the degree of knowledge about drug therapy, WHOQOL-bref, and script developed by the researcher. For the quantitative data analysis, the SAS 9.0 software was used, and for the qualitative data, the content analysis. Results revealed that both groups DG and NDG interfered positively in the increase of patient's knowledge regarding the name and dose of medication used in relation to the CG, however, they did not differ among themselves. Some of the patients began to adhere to medications at different times, in the directive and non-directive groups; however there were no significant differences in relation to the CG or association between the type of group (GD and NDG) and adherence. It was observed a non significant increase in QoL regarding the DG and a decrease regarding the NDG related to all domains. There were no significant differences in QoL among the intervention groups as well as among them and CG. Three categories showed significant elements of daily life of patients with BD before and after participation in the psychoeducational group: "The understanding and acceptance of the disorder," "The desire to establish exchanges" and "Limitations in daily life." The psychoeducational group promoted understanding of the BD, exchange of experiences, attenuation of some limitations resulting from the disorder, and cope with limitations not exceeded. Considering the important role of the psychoeducational groups in the daily life of the participants of this study, the implementation of this therapeutic approach by the health care team of health services for the mentally ill is a challenge.

Keywords: Bipolar Disorder; Group Structure; Quality of life; Adherence to medication.

RESUMEN

Cavelagna, M. F. **Grupo de psicoeducación directivo y no directivo: impacto en la adhesión, conocimiento y calidad de vida de pacientes con trastorno afectivo bipolar**. 2012. 145h. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, 2012.

El trastorno afectivo bipolar (TAB) es crónico, grave, afecta a la calidad de vida (CV) del paciente y requiere tratamiento farmacológico continuo, pero los pacientes tienen dificultad para adherirse a la farmacoterapia. La psicoeducación puede proporcionar adherencia a la medicación, manejo adaptativo del trastorno, aumento de la CV, entre otros beneficios. Este estudio objetivó identificar y comparar el impacto de la psicoeducación en los grupos directivo (GD) y no directivo (GND), en el conocimiento del paciente acerca del TAB y medicación, en su adherencia al tratamiento medicamentoso, en su calidad de vida, y verificar como percibe su cotidiano, antes y después de la psicoeducación. Se trata de un estudio de intervención, seguimiento longitudinal, con abordaje cualitativo y cuantitativo. La muestra incluyó 28 pacientes con TAB, no adherentes al tratamiento farmacológico, asistidos en un Núcleo de Salud Mental (NSM). Participantes fueron asignados al azar en tres grupos: grupo control (GC) compuesto por 12 pacientes; GD y GND, 8 pacientes cada uno. Ambos grupos de intervención fueron sometidos a 21 sesiones semanales de psicoeducación (con temas pre-definidos para el GD y temas definidos por los pacientes en el GND) y tres reuniones de seguimiento, además del tratamiento estándar ofrecido por el NSM. El GC fue sometido a un tratamiento estándar ofrecido por NSM. Los datos fueron recolectados a través de entrevista semi-estructurada norteadas por los instrumentos: Test de Morisky y Green, Instrumento de evaluación del grado de conocimiento sobre el tratamiento farmacológico, WHOQOL BREF y guía preparado por la investigadora. Para el análisis de datos cuantitativo, el programa SAS 9.0 fue utilizado, y para los datos cualitativos, el análisis de contenido. Resultados revelaron que ambos grupos, GD y GND, interfirieron de manera positiva en el aumento de conocimiento del paciente acerca del nombre y la dosis de medicamento utilizado en relación al GC, sin embargo, no diferirán entre ellos. Algunos de los pacientes adherirán a los medicamentos en diferentes momentos, en los grupos GD y GND, sin embargo, no fueron verificadas diferencias significativas en relación al GC o asociación entre el tipo de grupo (GD y GND) y la adherencia. Fue observado aumento no significativo de la calidad de vida en el GD y disminución en el GND en todos los dominios. No hubo diferencias significativas en la calidad de vida entre los grupos de intervención, así como entre éstos y el GC. Tres categorías mostraron elementos significativos del cotidiano de los pacientes con TAB, antes y después de la participación en el grupo de psicoeducación: "La comprensión y aceptación del trastorno", "El deseo de establecer intercambios" y "Limitaciones en el cotidiano". El grupo de psicoeducación promovió la comprensión del TAB, intercambiar experiencias, atenuación de algunas limitaciones derivadas del trastorno y el enfrentamiento adaptivo de limitaciones no superadas. Considerando el importante papel de los grupos de psicoeducación en el cotidiano de los sujetos de este estudio, constituye desafío a la implementación de este abordaje terapéutico por el equipo de salud de los servicios de asistencia al paciente con trastornos mentales.

Palabras clave: Trastorno Bipolar; Estructura del Grupo; Calidad de vida; Adherencia a la medicación.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos temas do grupo de psicoeducação diretivo de acordo com o modelo psicoeducacional proposto por Colom et al. (2003a).....	32
Quadro 2 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com o modelo de grupo de psicoeducação em que foram inseridos.	34
Quadro 3 – Perguntas que compõem Teste de Morisky e Green e classificação dos tipos de comportamentos indicados pelas respostas (SEWITCH et al., 2003)...	36
Quadro 4 – Distribuição dos instrumentos de coleta de dados de acordo com o momento de sua aplicação na pesquisa.	40
Quadro 5 – Caracterização dos participantes do grupo de psicoeducação diretivo relacionada aos aspectos sociodemográficos, transtorno e ao tratamento.....	52
Quadro 6 – Caracterização dos participantes do grupo de psicoeducação não-diretivo relacionada aos aspectos sociodemográficos, transtorno e ao tratamento. .	54
Quadro 7 – Caracterização dos participantes do grupo controle relacionada aos aspectos sociodemográficos, transtorno e ao tratamento.	56
Quadro 8 – Distribuição dos temas abordados nos grupos diretivo e não-diretivo, de acordo com a sessão grupal.	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Parte externa do cartão de controle do seguimento grupal.....	41
Figura 2 – Parte interna do cartão de controle do seguimento grupal.....	42
Figura 3 – Médias de conhecimento dos pacientes dos grupos de psicoeducação diretivo (D), não-diretivo (ND) e controle (C), ao longo do tempo, em relação ao nome dos medicamentos prescritos.....	61
Figura 4 – Médias de conhecimento dos pacientes dos grupos de psicoeducação diretivo (D), não-diretivo (ND) e controle (C), ao longo do tempo, em relação à dose dos medicamentos prescritos.	62
Figura 5 – Médias de conhecimento dos pacientes dos grupos de psicoeducação diretivo (D), não-diretivo (ND) e controle (C), ao longo do tempo, em relação à frequência de administração dos medicamentos prescritos.	63
Figura 6 – Médias dos scores da WHOQOL-bref, domínio 1 (Físico), dos pacientes dos grupos de psicoeducação diretivo (D), não-diretivo (ND) e controle (C), ao longo do tempo.....	71
Figura 7 – Médias dos scores da WHOQOL-bref, domínio 2 (Psicológico), dos pacientes dos grupos de psicoeducação grupos diretivo (D), não-diretivo (ND) e controle (C), ao longo do tempo.	74
Figura 8 – Médias dos scores da WHOQOL-bref, domínio 3 (Relações Sociais), dos pacientes dos grupos de psicoeducação diretivo (D), não-diretivo (ND) e controle (C), ao longo do tempo.	76
Figura 9 – Médias dos scores da WHOQOL-bref, domínio 4 (Meio ambiente), dos pacientes dos grupos de psicoeducação diretivo (D), não-diretivo (ND) e controle (C), ao longo do tempo.....	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com as modalidades de grupo propostas e características sociodemográficas.	48
Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com as características relacionadas ao transtorno e ao tratamento.	50
Tabela 3 – Teste de associação entre tipo de grupo e adesão ao tratamento medicamentoso, por tempo. Ribeirão Preto, 2011.	65

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
1.1. Transtorno Afetivo Bipolar: adesão ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida	18
1.2 O Transtorno Afetivo Bipolar e a abordagem psicoeducativa.....	23
 2. OBJETIVOS.....	28
 3. METODOS	29
3.1. Tipo de estudo.....	29
3.2. Caracterização do local de estudo	29
3.3. Aspectos éticos	30
3.4. Participantes do estudo.....	30
3.5. Instrumentos de coleta dos dados.....	34
3.5.1. Descrição dos instrumentos de coleta dos dados	35
3.5.1.1. Teste de Morisky e Green	35
3.5.1.2. Instrumento de Avaliação do Grau de Conhecimento em relação à terapêutica medicamentosa	36
3.5.1.3. Escala de Avaliação de Qualidade de Vida - World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref (WHOQOL – bref)	37
3.5.1.4. Roteiro para entrevista semiestruturada.....	38
3.6. Procedimentos de coleta dos dados	39
3.6.1. Primeiro Momento	40
3.6.2 Segundo momento	42
3.6.3 Terceiro ao quinto Momento.....	44
3.7. Análise dos dados	44
 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
4.1. Caracterização dos participantes do estudo.....	47
4.2 Caracterização das temáticas abordadas nos encontros grupais	57
4.3 O impacto dos grupos de psicoeducação no conhecimento do paciente sobre o tratamento medicamentoso	60
4.4 O impacto dos grupos de psicoeducação na adesão do paciente ao tratamento medicamentoso.....	65
4.5 O impacto dos grupos de psicoeducação na qualidade de vida dos pacientes...	70

4.6. O cotidiano da pessoa com TAB antes e após a participação nos grupos de psicoeducação	82
4.6.1 A compreensão e aceitação do transtorno	83
4.6.1.1. Insegurança e falta de conhecimento sobre o transtorno.....	84
4.6.1.2. Ampliando o conhecimento	87
4.6.1.3. Aceitação do diagnóstico.....	90
4.6.2 O desejo de estabelecer trocas.....	94
4.6.2.1 As expectativas em relação ao grupo.....	94
4.6.2.2. Um ambiente terapêutico onde se oferece e se recebe ajuda	97
4.6.2.3. O desejo de que o grupo continuasse	101
4.6.3. AS limitações no cotidiano	103
4.6.3.1. O preconceito	104
4.6.3.2. Dificuldades enfrentadas no cotidiano decorrentes do transtorno e/ou tratamento	107
4.6.3.3. A superação de limitações impostas pelo transtorno e tratamento	113
 5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	118
 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
 REFERÊNCIAS.....	123
 ANEXOS	138
ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	138
ANEXO B - Teste de adesão de Morisky e Green	139
ANEXO C - Escala de avaliação do grau de conhecimento em relação à terapêutica medicamentosa:	140
ANEXO D - Escala de qualidade de vida WHOQOL-BREF	141
 APÊNDICES	142
APÊNDICE A – Roteiro para entrevista semiestruturada.....	142
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	145

APRESENTAÇÃO

O interesse em trabalhar na área da saúde, de modo geral, é decorrente das práticas vivenciadas ao final da minha formação no curso de Graduação em Psicologia.

No quinto ano da faculdade (2007), na disciplina de Psicologia Hospitalar, tive a oportunidade de realizar estágio em um setor financiado pelo Sistema Único de Saúde de um Hospital de Ribeirão Preto. Os atendimentos eram realizados em todas as enfermarias do referido hospital, no CTI e na UTI. Durante o estágio, realizei atividades de acolhimento, orientações, suporte e apoio psicológico a todos os pacientes hospitalizados e familiares, ocasião em que convivi com muitas de suas aflições. Havia sentimentos de tristeza e sensação de impotência ao constatar a carência social dos pacientes e o despreparo da equipe para lidar com as demandas emocionais dessas pessoas. Naquele momento, percebi a necessidade de adquirir subsídios teóricos, além daqueles obtidos no curso de graduação, com a finalidade de qualificar minha assistência. Nessa perspectiva, ao finalizar a graduação em psicologia, busquei por um curso de especialização em Saúde Mental, o qual foi realizado na Universidade de Ribeirão Preto. Concomitantemente realizei estágio voluntário como Psicóloga em um hospital público universitário de Ribeirão Preto, na área de Hematologia de adultos. No estágio tive a experiência de assistir várias pessoas com diagnósticos hematológicos e comorbidades psiquiátricas. Desse modo, os conhecimentos adquiridos no curso de especialização embasaram a assistência a pacientes com ideação suicida, depressão, transtorno de personalidade, transtorno obsessivo compulsivo, entre outros.

Em 2008, além do estágio e a pós-graduação *lato sensu*, iniciei meu vínculo com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, por meio de uma bolsa de Apoio Técnico à Pesquisa/AT, sob supervisão de uma docente titular que havia orientado minha atual orientadora no curso de pós-graduação *stricto sensu*.

No suporte à pesquisa fui inserida no Grupo de Estudos em Segurança do Paciente, o qual me oportunizou a aproximação e satisfação no trabalho com a temática “segurança do paciente na terapêutica medicamentosa”. Minha orientadora também integrava o referido grupo, desenvolvendo pesquisas relacionadas à segurança do paciente psiquiátrico na terapêutica medicamentosa. O interesse pela psiquiatria, desde a graduação, e o desejo em realizar uma pós-graduação *stricto*

sensu me impulsionaram ao contato com a mesma, visando o ingresso na pós-graduação nível mestrado.

No primeiro contato expus meu desejo em trabalhar com qualidade de vida e aspectos da terapêutica medicamentosa em portadores de transtornos mentais, pois já possuía uma aproximação com a temática qualidade de vida, abordada no trabalho de conclusão de curso de graduação. A orientadora, na ocasião, me apresentou um projeto em elaboração cujo objetivo era avaliar a influência de grupos de psicoeducação no cotidiano de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar. A necessidade de elaboração do referido projeto surgiu dos resultados de sua tese de doutorado, os quais revelaram dificuldades da pessoa com TAB em relação à manutenção do tratamento medicamentoso bem como a necessidade de escuta pelos profissionais da saúde. Meu interesse pelo projeto foi imediato e, a partir de então, dei continuidade à sua construção, agregando a temática qualidade de vida.

O início do desenvolvimento do projeto foi marcado por dificuldades no que se refere ao recrutamento dos pacientes. Tais dificuldades foram superadas pela rica experiência obtida com a atividade de coordenação grupal. Destaca-se, ainda, que a frequente permanência no local de estudo permitiu grande proximidade com sua rotina, equipe multiprofissional, pacientes e familiares, constituindo-se em oportunidade ímpar em minha formação pessoal e profissional. A pesquisa ora apresentada consiste na concretização da experiência descrita.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Transtorno Afetivo Bipolar: adesão ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é crônico e grave, acarretando significativo impacto na qualidade de vida das pessoas por ele acometidas, além de grande sobrecarga para a família e sociedade em geral, traduzindo-se em sério problema de saúde pública (BLAZER, 2000; COSTA, 2008).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), o TAB é caracterizado por dois ou mais episódios de alterações profundas no humor e no nível de atividade do sujeito, havendo ocasiões de elevação do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e outras, de rebaixamento do humor e diminuição da energia e da atividade (depressão). Pacientes que apresentam apenas episódios de hipomania ou mania também são classificados como bipolares (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2000).

Já segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), os transtornos bipolares são classificados em quatro categorias: tipos I, II, transtorno ciclotímico e Transtorno Bipolar sem outras especificações (SOE). O tipo I diz respeito a, pelo menos, um episódio de mania franca; o bipolar tipo II refere-se à presença de hipomania e depressão maior; a ciclotimia consiste em flutuações entre hipomania e depressão subsindrômica, por pelo menos dois anos, sem intervalos maiores que dois meses livres de sintomas. A categoria TAB SOE inclui outras formas que não se encaixariam nos três subgrupos anteriores (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 2002; JUSTO; CALIL, 2004). O referido manual usa, como especificador de curso, a denominação ciclagem rápida para os casos em que ocorrem quatro ou mais episódios em um ano.

A prevalência do TAB tipo I, ao longo da vida, é de aproximadamente 1%, enquanto a prevalência para transtornos dentro do espectro bipolar varia de 3,0 a 6,5% (HIRSCHFELD; VORNIK, 2004; MERIKANGAS et al., 2007). A esse respeito, a literatura revela que o conceito de TAB tem sofrido modificações ao longo dos

últimos anos com o aumento no estudo da prevalência e identificação do espectro bipolar. Este inclui, além das formas clássicas, apresentações mais leves do TAB, ampliando significativamente sua prevalência (LIMA; TASSI; NOVO, 2005).

Os episódios maníacos apresentam grande propensão à recorrência. Cerca de 75% dos pacientes maníacos têm mais de um episódio, e quase todos os pacientes com episódios maníacos também têm episódios depressivos (STUART; LARAIA, 2001).

Quando os episódios citados anteriormente são recorrentes podem causar deterioração do funcionamento cognitivo e seu número pode ter um impacto negativo no prognóstico dessas pessoas (KECK; MCELROY; ARNOLD, 2001). Além disso, seus custos psicológicos, sociais e financeiros são extremamente altos, tanto para o paciente como para toda a sociedade (LAM et al., 2005). Resulta, assim, em significativa morbidade psicossocial, redução da qualidade relacionada à saúde e excesso de mortalidade (ZIMMERMAN et al., 2010). O suicídio é uma das mais dramáticas consequências desse transtorno, pois um estudo realizado por Kogan et al. (2004) identificou que um terço dos pacientes com TAB havia apresentado tentativas de suicídio.

O TAB tem sido considerado um transtorno multidimensional (SANCHEZ-MORENO et al., 2009), envolvendo uma combinação complexa de fatores biológicos e psicossociais. Há ainda que se considerar que os estressores psicossociais deflagram os episódios iniciais, mas não possuem influência significativa como fatores precipitantes em episódios subsequentes (POST, 2005).

Aumentou, significativamente, o número de estudos dedicados a compreender e tratar o TAB nos últimos anos (MALHI et al., 2009). Para Simon (2009), esse aumento tem se refletido na criação de novas opções de tratamento para estas pessoas.

Destaca-se que o tratamento TAB requer manejo nas fases agudas e na terapia de manutenção. Os quadros agudos demandam contenção imediata dos sintomas por meio da farmacologia e, muitas vezes, internação hospitalar do paciente. Na fase de manutenção, além da terapia medicamentosa, várias razões têm sido apontadas na literatura para o uso de tratamento psicossocial; dentre elas, destaca-se a elevada taxa de não-adesão aos medicamentos prescritos (CALABRESE et al., 2004; MACHADO-VIEIRA; SANTIN; SOARES, 2004; MIASSO, 2006).

Em relação ao tratamento farmacológico, existem evidências consistentes de que o uso continuado de psicofármacos favorece o prognóstico destes portadores (MALHI et al., 2009). O tratamento tem, dentre seus objetivos, o de reduzir a intensidade dos sintomas de humor, visando sua remissão, prevenir novos episódios, reduzir sua duração e o risco de suicídio (FOUNTOULAKIS; VIETA, 2009).

A esse respeito, a literatura revela que muitos pacientes apresentam boa resposta ao tratamento, com estabilização do transtorno por longos períodos. Todavia, um número significativo de pacientes não responde adequadamente ao tratamento e, em consequência, apresentam episódios frequentes, sintomas persistentes, problemas cognitivos e pobre funcionamento social (VAN DER VOORT et al., 2011).

Ressalta-se que embora a literatura sinalize para os benefícios do tratamento farmacológico, frequentemente os pacientes deixam de utilizar suas medicações ou, até mesmo nem iniciam seu uso, pois as consideram ineficazes, ou experimentam efeitos colaterais desagradáveis (DONNAN; MACDONALD; MORRIS, 2002; GRANT et al., 2003; LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Um estudo de revisão da literatura sobre adesão à medicação em pacientes com TAB identificou taxas de não adesão de 23% a 68%, sendo os fatores de risco mais consistentes a comorbidade com transtornos de personalidade ou com o abuso de substâncias, o relato de efeitos colaterais, o fato de ser solteiro ou viver sozinho, possuir reduzido apoio clínico, familiar e conhecimento sobre o transtorno (PERLICK et al., 2004).

São várias as razões relatadas pelas pessoas com TAB para a recusa aos medicamentos, incluindo efeitos colaterais desconfortáveis, dificuldades em lembrar de tomá-los, não concordar com o diagnóstico ou não gostar de ter o humor controlado. Tais fatores, isolados ou em conjunto, podem levar à recusa do paciente em tomar o medicamento regularmente ou mesmo a tomá-lo (MIKLOWITZ; SCOTT, 2009).

O conhecimento sobre o transtorno e seu tratamento, sua percepção e eventual preocupação em relação ao diagnóstico, ao prognóstico, ao tempo de duração e a gravidade da doença, bem como suas possíveis experiências com hospitalizações são, também, fatores de extrema importância no que se refere ao uso correto dos medicamentos (DUNBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001).

Um ponto que merece destaque para a adesão do paciente é a posição que ele ocupa frente ao seu tratamento. Nessa direção, devem ser considerados os aspectos sociais e culturais sobre o uso de medicamentos como resultado de um processo de decisão racional que leva em conta os diversos determinantes, entre os quais a disponibilidade e crença no tratamento, o resultado da dinâmica de aprendizagem social vivida e a maneira de construir o processo de enfrentamento da doença. Esta construção é compreendida não só no nível individual, mas também no contexto da família, das instituições de saúde, da comunidade e da sociedade como um todo (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Por se tratar de um transtorno crônico, a adesão ao tratamento consiste em fenômeno bastante complexo e tem sido influenciado por vários fatores, sendo que a crença do paciente acerca do medicamento pode ser a chave em relação à adesão à terapêutica medicamentosa. Frequentemente, os pacientes decidem sobre tomar ou não um medicamento com base nas informações recebidas acerca dos mesmos (GIMENES; ZANETTI; HAAS, 2009).

Nesse contexto, Miklowitz (2009) menciona que a dificuldade de adesão ao medicamento pelo paciente pode ser parcialmente atribuída ao médico (acrescenta-se aqui a equipe de saúde) que pode não ter exposto claramente as finalidades dos medicamentos prescritos, não ter alertado sobre os prováveis efeitos colaterais, bem como não ter expressado compreensão ou respeito à individualidade do paciente.

Verifica-se que a não adesão ao medicamento é um problema complexo e multideterminado, com consequências devastadoras para os pacientes com transtornos mentais, incluindo o TAB (VELLIGAN et al., 2009). Dentre tais consequências, citam-se a recorrência de mania, suicídio, readmissão hospitalar e a refratariedade medicamentosa (PERLICK et al., 2004).

Em relação à recorrência da mania, a literatura revela que mais de 50% dos pacientes com TAB tipo I não conseguem se recuperar de um episódio agudo de mania após um ano e que apenas 25% atingem recuperação funcional completa (MIKLOWITZ, 2008).

Diante do exposto, não é difícil concluir que a qualidade de vida de pessoas com TAB seja fortemente comprometida (ISHAK et al., 2012).

Ressalta-se que a qualidade de vida é definida, segundo o grupo Whoqol da Organização Mundial da Saúde (OMS), como *“a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e*

em relação às suas expectativas, seus padrões e suas preocupações”. Desse modo, as medidas de qualidade de vida apreciam a experiência subjetiva de estar doente em oposição às medidas de funcionamento e de sintomas, as quais consideram os dados objetivos (WHOQOL GROUP, 1994).

Muitos estudos já constatarem o comprometimento da qualidade de vida em pessoas com TAB, mesmo durante períodos de remissão clínica (ARNOLD et al., 2000; COOKE et al., 1996; ROBB et al., 1997; SIERRA; LIVIANOS; ROJO, 2005; MICHALAK et al., 2005). O estudo de Sierra, Livianos e Rojo (2005) avaliou a qualidade de vida em pacientes com TAB, relacionando-a às variáveis clínicas e demográficas. A amostra incluiu 50 pacientes ambulatoriais eutímicos com TAB e revelou que a natureza clínica do TAB, com remissões e períodos de crise dos episódios de humor, pode afetar esferas da vida, como social, psicológica, emocional e ocupacional, prejudicando significativamente, de maneira geral, a qualidade de vida.

De acordo com Gazalle (2008), embora na fase maníaca os pacientes avaliem sua qualidade de vida como boa, devido à falta de crítica de sua condição, os sintomas maníacos contribuem para pior qualidade de vida nessa clientela. Também no TAB, as fases de depressão e seus sintomas residuais, bem como a irritabilidade e perturbações no sono têm correlação com pior qualidade de vida, pois o cotidiano do paciente está afetado (GAZALLE, 2008).

Dean, Gerner e Gerner (2004) identificaram que déficits na qualidade de vida em pacientes com TAB eram iguais ou piores que os níveis de qualidade de vida observados em pacientes com outras condições médicas crônicas.

Estudo desenvolvido por Yen et al. (2008) comparou o nível de qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de TAB e de esquizofrenia que estavam em remissão e controles saudáveis. Os resultados mostraram que os indivíduos com TAB e esquizofrenia, mesmo em remissão, apresentavam pior qualidade de vida em todos os domínios da WHOQOL-bref quando comparados ao controle (YEN et al., 2008).

Além disso, quando comparada a qualidade de vida de portadores de TAB com outras patologias psiquiátricas, conclui-se que a mesma é tão baixa quanto em pacientes com esquizofrenia; somente no transtorno esquizoafetivo a qualidade de vida é mais baixa (SAARNI et al., 2010; YEN et al., 2008).

Um aspecto relevante é que o paciente com TAB apresenta uma elevada prevalência de comorbidades clínicas e psiquiátricas (transtornos de ansiedade, transtornos relacionados a substâncias, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, entre outras) (BARBOSA et al., 2011). Tais comorbidades podem contribuir significativamente para a evolução negativa do quadro psiquiátrico, dificultar a adesão ao tratamento, resultando em pior qualidade de vida (MAINA et al., 2007).

Verifica-se que estudos revelam prejuízos na qualidade de vida de pacientes com TAB, independentemente da fase de doença em que se encontram (PICCINNI et al., 2007; WHOQOL GROUP, 1998a; YATHAM et al., 2004;).

Cabe considerar que, como visto acima, embora o TAB tenha um efeito profundamente negativo sobre a qualidade de vida dos portadores, em vários aspectos (educação, finanças, suporte social, relacionamentos íntimos, entre outros), quando solicitado para eles colocarem tais aspectos em ordem de prioridade, o item considerado mais relevante é o suporte social, remetendo novamente à importância de um olhar mais humanístico para o paciente e suas características (MICHALAK et al., 2006).

Assim, avaliar a qualidade de vida mediante qualquer intervenção torna-se particularmente relevante à medida que é possível tecer considerações a respeito de como o próprio paciente expressa seu estado.

1.2 O Transtorno Afetivo Bipolar e a abordagem psicoeducativa

Na atualidade, a manutenção do tratamento para pacientes não institucionalizados geralmente é pautada na psicofarmacologia e sinais e sintomas, ocorrendo internação quando há aumento nos riscos à saúde do paciente, resultando em uma assistência que não contempla suas necessidades cotidianas e coletivas (CARDOSO; GALERA, 2011). Destaca-se, ainda, que embora o TAB tenha condições biológicas fortes e o tratamento farmacológico seja de extrema importância, este último, sozinho, tem demonstrado ser insuficiente dada a complexidade da pessoa portadora e seu contexto biopsicossocial, político e cultural (MENEZES; SOUZA, 2011).

Aliado a esse contexto, tem-se, como agravante, o fato de estes pacientes, com frequência, não aderirem aos medicamentos prescritos sendo, muitas vezes, culpabilizados pelos profissionais de saúde por esse comportamento. A esse respeito, Miasso, Cassiani e Pedrão (2011) ressaltam que é preciso mudança de atitude dos profissionais de saúde acerca de atribuir culpa ao paciente pela interrupção do tratamento, direcionando-se para um cuidado humanístico, visualizando o paciente como um sujeito social, dotado de crenças, valores, expectativas, conhecimentos, possuidor de paradigmas próprios que influenciam suas significações e atitudes frente ao tratamento medicamentoso, conforme sua visão da realidade.

Desse modo, uma das medidas para melhorar a adesão dos pacientes bipolares é identificar as crenças e atitudes que os fazem interromper o tratamento e discuti-las com eles, promovendo informação e conhecimento sobre o transtorno e o tratamento. Para atender tal demanda, destacam-se as abordagens educativas, individuais ou em grupo, com informações sobre o transtorno (sintomas, períodos de crise, etiologia, curso e prognóstico, estresses indutores), sobre os medicamentos utilizados (doses, tempo de uso, efeitos colaterais, controles laboratoriais), bem como sobre os impactos sociais visando, particularmente, manter a adesão ao tratamento que é de longo prazo e sujeito a intercorrências (MIASSO, 2006).

Dentre as várias estratégias usadas pela equipe multidisciplinar encontra-se a *psicoeducação* que é um conjunto de abordagens orientadas por dois eixos: o primeiro é auxiliar os pacientes e seus familiares a aprender o que precisam saber sobre o TAB e a dominar novas formas de lidar com ele e com os problemas do cotidiano; o segundo, para ajudar a reduzir o *stress* familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo um melhor enfoque no futuro mais do que um remoer mórbido do passado (MCFARLANE et al., 2003).

Ressalta-se que as estratégias psicoeducacionais foram introduzidas por Miklowitz (1996) e têm gerado bons resultados, quando associadas à farmacoterapia, no que se refere à ampliação da adesão ao tratamento, prevenção de recaídas e no auxílio ao paciente sobre como lidar com a sintomatologia do transtorno e prejuízos psicossociais por ele ocasionados (GONZALEZ-PINTO et al., 2004; MIKLOWITZ et al., 2003; ZARETSKY, 2003;). Visa também reduzir o estigma relacionado ao transtorno e promover práticas mais saudáveis que fortaleçam a

eficácia do tratamento. Tal modelo tem sido utilizado em diferentes quadros, até mesmo fora da Psiquiatria (BOGART et al., 2007).

Figueiredo et al. (2009) referem que a psicoeducação apresenta-se como uma modalidade eficaz para adesão ao tratamento psicofarmacológico, melhor compreensão e entendimento do transtorno, redução do número de episódios maníacos, menor número de recaídas e internações, aumento do funcionamento social, bem como para um melhor manejo de situações de crise e sentimentos de culpa. Além disso, Michalak et al. (2005) verificaram que um grupo de psicoeducação desenvolvido em oito semanas foi capaz de melhorar a qualidade de vida em pacientes portadores de TAB eutímicos. Ainda relevante para o presente estudo, quando analisadas as respostas em cada questão individualmente, evidenciou-se melhora no item satisfação com medicamentos.

De acordo com Colom e Vieta (2004b), os objetivos desejáveis na psicoeducação são: aprender a lidar com os prejuízos acarretados pelo transtorno; aumentar o funcionamento social entre os episódios; lidar com possíveis sintomas subsindrômicos e aumentar o bem estar e a qualidade de vida.

A psicoeducação visa, portanto, não só melhorar a adesão ao tratamento, mas também melhorar o juízo crítico acerca do transtorno, aprimorar a forma como se lida com estressores psicossociais, ensinar o paciente a identificar precocemente os sinais prodrômicos de novos episódios, promover hábitos saudáveis e a regularidade no estilo de vida e evitar o uso/abuso de substâncias (JONES, 2004; KNAPP; ISOLAN, 2005; PINO PINO et al., 2002; VIETA; COLOM, 2004).

Para Zaretsky (2003), as intervenções psicossociais e psicológicas, acompanhadas da terapêutica medicamentosa, podem ajudar a aumentar o intervalo entre as crises, diminuir a severidade dos episódios, melhorando o ajustamento social do paciente entre uma crise e outra e ajudando-o na adesão ao tratamento ao ressaltar a necessidade e a importância do uso correto do medicamento.

Outro estudo identificou que, além da aquisição de conhecimentos, o grupo de psicoeducação, por ser constituído por pessoas com limitações, angústias, aspirações e expectativas semelhantes, permite ao paciente trocar experiências vividas e, a partir da compreensão das mesmas, modificar comportamentos e valorizar a vida. Para a autora do estudo, o grupo de psicoeducação permite às pessoas com TAB redescobrir suas fortalezas e habilidades para alcançar seus

objetivos pessoais e desenvolver um sentido de identidade que lhes permita (re) equilibrar-se apesar de seu transtorno (MIASSO, 2006).

A literatura revela que a psicoeducação pode não ser suficiente para evitar a hospitalização de alguns pacientes, contudo, pode facilitar a detecção precoce de um episódio e, assim, diminuir sua gravidade (COLOM et al., 2003b).

Apesar dos comprovados benefícios das abordagens psicossociais, especialmente em grupo, estas não têm tido, na prática, o reflexo possível e necessário. Para Stefanelli e Moreno (2008), os programas psicoeducacionais precisam ser dirigidos para a comunidade em geral, ou seja, precisam ser pluralizados. Todos devem ter acesso a esses grupos de forma a alcançarem melhor qualidade de vida; aprenderem e fazerem uso de novos mecanismos de enfrentamento, conseguindo dar um novo sentido às suas vidas, apesar do transtorno (STEFANELLI; MORENO, 2008).

Para Gomes e Lafer (2007), as pesquisas com intervenções psicoterapêuticas baseadas em evidência, incluindo a psicoeducação, precisarão responder ainda a um numeroso conjunto de questões, dentre elas, o tipo de abordagem a ser empregado, o tempo de cada sessão, o número de sessões e o número de participantes. No que se refere ao conteúdo dos grupos, Colom e Vieta (2004b) mencionam não ser possível assegurar que cada conteúdo seja indispensável, por si só, para o sucesso da psicoeducação, mas que sua combinação tem mostrado bons resultados profiláticos no Programa de Psicoeducação de Barcelona desenvolvido por esses autores.

Estudo de revisão dos modelos empiricamente validados sobre intervenções psicossociais em TAB evidenciou que, em relação às intervenções psicoeducativas, o modelo proposto pelo grupo do “Programa de Transtornos Bipolares de Barcelona” (COLOM; VIETA, 2004a; COLOM et al., 2003a; COLOM et al., 2003b) recebeu melhor validação nos últimos anos, por fornecer estratégias para lidar com possíveis estigmas do transtorno, promover a adesão ao tratamento, desenvolver capacidade de detectar sinais prodrômicos e promover a importância de se assumir um estilo de vida regular e saudável (LOLICH et al., 2012).

Eker e Harkin (2012), em um estudo controlado, demonstraram que um período de seis semanas de grupo de psicoeducação estruturado pode se constituir em uma intervenção útil para melhorar a adesão em pacientes portadores de TAB. Os autores realizaram um estudo experimental visando examinar a eficácia de um

programa de psicoeducação em relação à adesão ao tratamento. As sessões foram realizadas durante seis semanas, com duração de 90 a 120 minutos por sessão, em grupos de 10 a 12 pessoas. Após esse período, o programa de psicoeducação melhorou significativamente a adesão dos pacientes ao tratamento.

Para alguns autores, é preciso que os estudos sobre psicoeducação determinem conteúdo específico do programa de forma a produzir resposta favorável de acordo com cada população e que também especifiquem os tipos de pacientes que particularmente não se beneficiam com este modelo (COLOM et al., 2009; MIKLOWITZ; SCOTT, 2009).

Entretanto, em seu estudo, Roso, Moreno e Costa (2005) relatam a eficácia de grupos psicoeducacionais abertos para portadores de TAB no que se refere ao esclarecimento de dúvidas, contribuindo para a diminuição de preconceitos e favorecendo a adesão ao tratamento. Os referidos autores descrevem que, além dos benefícios já conhecidos das intervenções psicoeducacionais, é possível adequá-las a grandes grupos envolvendo pacientes, familiares e interessados no assunto. Desse modo, a implementação de tal modalidade terapêutica deveria ser estimulada, particularmente em centros de assistência pública, nos quais o acesso a intervenções psicológicas individuais ou em grupo é mais difícil.

Constata-se, assim, que não há consenso na literatura acerca da adequada forma de estruturação dos grupos de psicoeducação. Nesse contexto, destacam-se como importantes questionamentos: as sessões em grupo de psicoeducação devem ser diretivas, com conteúdo pré-definido pelos profissionais de saúde ou devem ser direcionadas pela demanda dos pacientes? Há diferença no impacto destas duas diferentes formas de estruturação de grupo na adesão medicamentosa, no conhecimento e na qualidade de vida de pacientes com TAB que delas participam?

Considerando o contexto brasileiro, no qual é grande a demanda de pacientes com TAB que procuram pelos serviços de saúde e o fato de a modalidade de grupo se mostrar como boa alternativa de atendimento a esta demanda, o presente estudo se propõe a responder tais questionamentos com vistas a identificar adequadas formas de estruturação de grupos de psicoeducação para esta clientela, bem como estimular sua utilização de forma mais ampla em nosso meio.

2. OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivos:

- Identificar e comparar o impacto da psicoeducação, em grupo diretivo e não-diretivo, no conhecimento da pessoa portadora de TAB em relação ao transtorno e medicamento, na sua adesão à terapia medicamentosa e na sua qualidade de vida.
- Verificar como a pessoa portadora de TAB percebe seu cotidiano antes e após sua participação no grupo de psicoeducação.

3. METODOS

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de intervenção, longitudinal do tipo *follow-up*. De acordo com Escosteguy (2003), estudos de intervenção são aqueles nos quais o pesquisador manipula o fator exposição (a intervenção), ou seja, provoca uma mudança intencional em algum aspecto do estado de saúde dos indivíduos por meio de um esquema profilático ou terapêutico.

Os estudos de *follow-up*, por sua vez, são usados para coletar dados em mais de um momento no tempo e têm, como principal valor, a capacidade de demonstrar, de maneira clara, as tendências ou mudanças com o passar do tempo e a sequência temporal dos fenômenos, critério fundamental para o estabelecimento da causalidade. Os estudos de seguimento são realizados para determinar o desenvolvimento posterior de indivíduos que têm uma condição especificada ou que receberam uma intervenção (POLIT; BECK, 2004).

3.2. Caracterização do local de estudo

A investigação foi realizada em um Núcleo de Saúde Mental (NSM), fundado no ano de 2000, pertencente ao Sistema Único de Saúde – SUS, que prioriza exclusivamente a assistência, o ensino e o desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão.

A Unidade é especializada em atendimento ambulatorial, composta por médicos, um enfermeiro, residentes de psiquiatria, um auxiliar de enfermagem e um psicólogo. O NSM foi escolhido como local do estudo por estar localizado na região mais populosa do município (cerca de 170 mil habitantes, correspondendo a 25% da população total) e por se constituir em campo de ensino aos alunos de graduação e pós-graduação da Universidade de São Paulo, incluindo a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

3.3. Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (Protocolo: 365/CEP-CSE-FMRP-USP) (ANEXO A). Os participantes do estudo foram esclarecidos quanto ao anonimato e sigilo das informações, quanto à liberdade em interromper sua participação na pesquisa quando houver necessidade, sem que isso lhes acarrete dano pessoal. Foram ainda esclarecidos sobre os objetivos do estudo e também quanto ao fato dos dados serem utilizados para elaboração de um trabalho científico visando melhorar a qualidade da assistência ao paciente, e possível publicação. Foi solicitado também aos participantes que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (APÊNDICE A).

3.4. Participantes do estudo

Estudo desenvolvido e coordenado pela orientadora desta pesquisa identificou que, no ano 2008, foram atendidos no Núcleo de Saúde Mental em estudo 101 pacientes com diagnóstico de TAB. Pela aplicação do Teste de Morisky e Green (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986; MORISKY et al., 1982), o referido estudo constatou que, destes pacientes, 64 (63,4%) não aderiam ao tratamento medicamentoso. Desse modo, a população do presente estudo foi constituída por todos os 64 pacientes com diagnóstico médico de TAB, atendidos no referido serviço no ano de 2008 e considerados não aderentes ao tratamento medicamentoso.

Dentre os referidos pacientes, foram sorteados e convidados 36 para compor a amostra. Destaca-se que quando o paciente sorteado não aceitava o convite para participação, novo sorteio era realizado até a obtenção da amostra inicial de 36 pacientes.

Para constar da amostra, os pacientes deveriam ainda preencher os seguintes critérios de inclusão:

- Ter diagnóstico de TAB estabelecido pelo médico psiquiatra do NSM;
- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Última internação ter ocorrido, no mínimo, há seis meses;
- Ter prescrição de uso contínuo de medicamentos para tratamento do TAB.

Foram adotados como critérios de exclusão:

- Não concordar com os procedimentos propostos pelo estudo;
- Apresentar três faltas consecutivas nos grupos de psicoeducação.

Assim, aqueles pacientes que concordaram em participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido estiveram em uma formação inicial para os grupos de psicoeducação: 12 pacientes no grupo diretivo (GD); 12 pacientes no grupo não-diretivo (GND) e 12 pacientes no controle (GC). Os grupos psicoeducativos tiveram formato fechado, ou seja, com os mesmos pacientes e profissionais em todos os encontros. Tal aspecto favoreceu tanto a evolução do processo psicoeducativo como a construção de vínculos entre os integrantes do grupo.

A definição de 12 participantes por grupo foi baseada nos estudos de Colom et al (2003a) e Colom et al (2009), os quais demonstraram a eficácia da psicoeducação em grupo. Os referidos estudos também adotaram o número de 8 a 12 pacientes por grupo (COLOM et al 2003a; COLOM et al 2009).

Ressalta-se que não se identificou, na literatura, o número adequado de participantes para grupos de psicoeducação em formato fechado. A literatura relacionada a grupos terapêuticos revela, todavia, que a constituição dos mesmos por seis a oito participantes apresenta vantagens em termos de interação, modelação e aprendizagem interpessoal e, simultaneamente, permite a atenção adequada para análise e intervenção com cada um dos clientes (DELITTI; DERDYK, 2008).

O grupo de psicoeducação diretivo recebeu essa denominação porque os temas abordados nos encontros grupais eram pré-definidos, de acordo com o modelo adotado por Colom et al. (2003a), conhecido como “Programa de Transtornos Bipolares de Barcelona”. Os referidos autores investigaram o papel da psicoeducação na profilaxia de recorrências em pacientes bipolares. Para tanto, utilizaram uma amostra de 120 pacientes, com diagnóstico de TAB, não internados, que estavam em remissão há, no mínimo, seis meses. Esses pacientes foram divididos em dois grupos que receberam, concomitante ao cuidado psiquiátrico padrão, 21 sessões de psicoeducação em grupo (grupo experimental) ou 21 sessões de encontros não estruturados (grupo controle). Nos encontros não estruturados os psicólogos evitavam dar retorno psicoeducacional. O referido estudo

evidenciou dados satisfatórios na prevenção de todos os tipos de episódios bipolares, além de aumento de tempo para nova recaída.

Na presente pesquisa, para o grupo diretivo, foram realizados 21 encontros grupais (semanais), com temas pré-definidos para cada encontro, de acordo com aqueles utilizados por Colom et al.(2003a) (Quadro 1). Após o término dos mesmos, os pacientes participaram de três encontros de *follow-up*, com intervalo de dois meses entre cada encontro.

Quadro 1 – Distribuição dos temas do grupo de psicoeducação diretivo, na ordem dos encontros grupais, de acordo com o modelo psicoeducacional proposto por Colom et al. (2003a).

Encontros grupais	Temas do Grupo Diretivo (Colom et al., 2003a)
1	Introdução
2	O que é a doença bipolar
3	Fatores causais e desencadeantes
4	Sintomas (I): Mania e hipomania
5	Sintomas (II): Depressão e estados mistos
6	Curso e desfecho
7	Tratamento (I): estabilizadores de humor
8	Tratamento (II): agentes antimaníacos
9	Tratamento (III): antidepressivos
10	Níveis séricos: lítio, carbamazepina e valproato
11	Gravidez e aconselhamento genético
12	Psicofarmacologia versus terapias alternativas
13	Riscos associados ao abandono do tratamento
14	Álcool e drogas ilícitas: riscos na doença bipolar
15	Deteção precoce de episódios maníacos e hipomaníacos
16	Deteção precoce de episódios depressivos e mistos
17	Que fazer quando uma nova fase for detectada?
18	Regularidade do estilo de vida
19	Técnicas de gerenciamento do estresse
20	Técnicas de resolução de problemas
21	Sessão final

A denominação grupo de psicoeducação não-diretivo se justifica pelo fato de os encontros grupais não terem temas pré-definidos pelos pesquisadores, sendo tais temas definidos pelos próprios integrantes do grupo. Para o grupo não-diretivo, também foram realizados 21 encontros semanais de psicoeducação. Após o término dos mesmos, os pacientes participaram de três encontros de *follow-up*, com intervalo de dois meses entre cada encontro.

Já o grupo controle não recebeu intervenção grupal, sendo submetido ao tratamento padrão, oferecido pelo NSM.

Os 21 encontros grupais foram concluídos com: oito pacientes no GD; oito no grupo GND e doze no GC, conforme Quadro 2. Embora o fato de apresentar três faltas consecutivas nos grupos de psicoeducação tenha sido adotado como critério para exclusão do estudo, nenhum paciente foi excluído por esse motivo. Desse modo, as desistências do GD e do GND foram quatro em cada grupo, sendo a amostra final do estudo composta por 28 pacientes. Os motivos para desistência foram diversos, como: não se sentir bem em grupos ou onde existe aglomerado de pessoas e ambiente pequeno, horários incompatíveis com as atividades da pessoa, dia da semana inviável devido aos efeitos colaterais dos medicamentos (“sonolência”, “moleza”, “mente vaga”, etc), entre outros. Em todos os casos, os pacientes solicitaram interromper a participação no estudo e, desse modo, atendendo aos aspectos éticos, os dados previamente coletados junto aos mesmos não foram utilizados na pesquisa. Vale ressaltar que os membros da equipe de saúde foram informados a respeito da desistência de cada paciente na pesquisa bem como sobre o fato de os mesmos serem considerados não aderentes aos medicamentos, necessitando de acompanhamento com vistas à segurança na terapêutica medicamentosa.

Há de se considerar, em relação à perda de sujeitos nos grupos de psicoeducação, que a amostra foi constituída por pacientes considerados não aderentes ao tratamento medicamentoso.

Quadro 2 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com o modelo de grupo em que foram inseridos.

	Modalidade de grupos		
	GD*	GND**	GC***
FORMAÇÃO <u>INICIAL</u>	12 pacientes	12 pacientes	12 pacientes
FORMAÇÃO <u>FINAL</u>	08 pacientes	08 pacientes	12 pacientes
Encontros PSICOEDUCACIONAIS	21 encontros estruturados conforme modelo de Colom et al. (2003a) + três encontros de <i>follow-up</i>	21 sessões não estruturadas (Temas definidos pelos pacientes) + três encontros de <i>follow-up</i>	-

*GD: grupo diretivo; **GND: grupo não-diretivo; ***GC: grupo controle.

3.5. Instrumentos de coleta dos dados

Para coleta dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Teste de Morisky e Green (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986; MORISKY et al., 1982) (ANEXO B);
- Instrumento de avaliação do grau de conhecimento em relação à terapêutica medicamentosa (STAPE, 1979) (ANEXO C);
- Escala de Avaliação de Qualidade de Vida – World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref (WHOQOL – abreviado) (WHOQOL GROUP, 1998a) (ANEXO D);
- Roteiro para entrevista semiestruturada: Parte A – dados de caracterização dos participantes do estudo (aplicado apenas antes do início dos grupos); Parte B: identificar o conhecimento dos participantes acerca do transtorno e Parte C – verificar como o paciente percebe seu cotidiano antes e após sua

participação no grupo de psicoeducação (aplicado apenas ao término de todos os encontros com os participantes dos grupos diretivo e não-diretivo) (APÊNDICE B).

Antes do início de realização dos grupos (diretivo e não-diretivo), após o término dos 21 encontros de psicoeducação e após cada encontro de *follow-up* (total de três encontros de seguimento, com intervalo de dois meses), todos os participantes foram submetidos aos instrumentos descritos e, para o grupo controle, os referidos instrumentos foram aplicados de forma concomitante aos grupos diretivo e não-diretivo.

3.5.1. Descrição dos instrumentos de coleta dos dados

3.5.1.1. Teste de Morisky e Green (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986; MORISKY et al., 1982)

O Teste Morisky e Green (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986; MORISKY et al., 1982) (ANEXO B) é utilizado para identificar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso prescrito.

O teste é composto por quatro questões que objetivam avaliar o comportamento do paciente em relação ao uso habitual do medicamento, conforme mostra o Quadro 3. O paciente é considerado “aderente” quando apresenta respostas negativas para as quatro questões do teste. Quando o paciente responde afirmativamente a qualquer questão do teste, é classificado como “não aderente”.

Quadro 3 – Perguntas que compõem Teste de Morisky e Green e classificação dos tipos de comportamentos indicados pelas respostas (SEWITCH et al., 2003).

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

Verifica-se que o teste permite observar se o comportamento de baixo grau de adesão é do tipo “intencional” ou “não intencional”, ou ainda a ambos os tipos de comportamento (SEWITCH et al., 2003). Estudos anteriores demonstraram a utilidade deste instrumento e estabeleceram sua validade (MORISKY GREEN; LEVINE, 1986; SVARSTAD et al., 1999; PÉREZ et al., 2000).

3.5.1.2. Instrumento de Avaliação do Grau de Conhecimento em relação à terapêutica medicamentosa (MIASSO, 2002; STAPE, 1979)

Para avaliar o grau de conhecimento do paciente em relação aos medicamentos prescritos foi empregado um instrumento (STAPE, 1979; MIASSO, 2002) (ANEXO C) que avalia o conhecimento considerando cada um dos seguintes aspectos: nome, dose e frequência de utilização.

O referido instrumento foi construído com o auxílio de um conjunto de especialistas. Apesar de se denominar "escala de conhecimento", somente indica como traduzir a quantidade de informações que o paciente possui (em números) para porcentagens, a fim de facilitar a apresentação dos resultados.

Cada item do instrumento é avaliado separadamente, recebendo uma pontuação. Cada aspecto avaliado pode ser categorizado de 0 a 100% e classificado em 5 intervalos, representando as seguintes classes: sem conhecimento (0%); muito pouco conhecimento (0% + 25%); pouco conhecimento (25% + 50%); conhecimento regular (50% + 75%) e bom conhecimento (75% + 100%).

A resposta a cada pergunta foi classificada como certa ou errada, considerando os itens avaliados para cada medicamento prescrito ao paciente. A resposta “não sei” foi classificada como errada. Assim, se a prescrição médica apresentasse 10 medicamentos para o paciente e esse soubesse informar corretamente o nome de sete deles, o grau de conhecimento era considerado como sendo de 70% em relação aos nomes dos medicamentos e o paciente era incluído na categoria “conhecimento regular”, que corresponde ao intervalo de pontuação 50% + 75%.

3.5.1.3. Escala de Avaliação de Qualidade de Vida - World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref (WHOQOL – bref) (WHOQOL GROUP, 1998a):

A escala foi desenvolvida pelo WHOQOL-Group da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1998 (ANEXO D). Tem, como foco, conhecer a percepção dos indivíduos investigados acerca de alguns setores de sua vida. Consta de 26 questões, sendo que duas delas são gerais e as outras 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Dessa forma, difere do WHOQOL-100, onde cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões; no WHOQOL-bref é avaliada por apenas uma questão. As pontuações das respostas às questões são obtidas por meio de uma escala do tipo Likert de cinco pontos, podendo variar de 1 a 5. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros, em 18 diferentes países. Assim, a WHOQOL-Bref é composta por quatro domínios (WHOQOL GROUP, 1998a):

- **Domínio I** - Físico: Dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso;
- **Domínio II** - Psicológico: Sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência e sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais;

- **Domínio III** - Relações Sociais: Relações pessoais; suporte (apoio) social e atividade sexual;
- **Domínio IV** – Meio ambiente: Segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer. Ambiente físico: (poluição/ ruído /trânsito /clima) e Transporte;

Além dos quatro domínios, a escala apresenta duas questões gerais de qualidade de vida. Uma delas se refere à autopercepção da qualidade de vida e a outra à satisfação com a saúde. A escala também não prevê conceitualmente utilizar escore global de qualidade de vida, por isso, cada domínio tem seu escore calculado individualmente; assim, quanto mais alto o escore, melhor é qualidade de vida naquele domínio (FLECK, M. et al., 2000).

3.5.1.4. Roteiro para entrevista semiestruturada (APÊNDICE B)

O roteiro elaborado para coleta de dados visa caracterizar os participantes do estudo, identificar seu conhecimento sobre o transtorno, bem como verificar como eles percebem seu cotidiano antes e após a participação no grupo de psicoeducação. O instrumento foi constituído por três partes.

Parte A – Caracterização dos participantes do estudo

Esta parte do roteiro contempla dados de identificação dos participantes do estudo no que se refere ao perfil demográfico e socioeconômico (idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar mensal, entre outros).

Parte B – Conhecimento dos pacientes acerca do transtorno.

Essa parte do roteiro visa identificar o conhecimento do participante do estudo acerca do seu diagnóstico psiquiátrico, bem como da terapêutica medicamentosa a ele prescrita, por meio dos seguintes dados: nome do transtorno mental que possui, tempo de início do transtorno, internações psiquiátricas anteriores, entre outros.

PARTE C – Percepção do paciente sobre o seu cotidiano antes e após a participação no grupo.

Esta parte do roteiro contém três perguntas abertas com o objetivo de conhecer a percepção do paciente a respeito do seu cotidiano, antes e após a participação nos grupos de psicoeducação:

- 1) Como é para você participar do grupo de psicoeducação?
- 2) Depois que você adoeceu, como era seu dia antes de participar do grupo de psicoeducação? (trabalho, lazer, escola, etc).
- 3) Depois que você começou a participar do grupo de psicoeducação, como tem sido o seu dia?

3.6. Procedimentos de coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada no próprio ambulatório do NSM, em local previamente reservado para realização dos grupos. Os grupos foram coordenados por uma psicóloga (autora deste estudo), com a colaboração de uma enfermeira (doutoranda pelo programa de pós-graduação em enfermagem psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP).

A coleta total de dados ocorreu em cinco diferentes momentos. Em cada um deles foram realizadas entrevistas com os participantes do estudo, com a aplicação dos instrumentos descritos no Quadro 4.

Quadro 4 – Distribuição dos instrumentos de coleta de dados de acordo com o momento de sua aplicação na pesquisa.

Instrumentos		#Momento de aplicação GD* e GND**	#Momento de aplicação GC***
1	Teste de Morisky e Green	Nos 5 momentos	Nos 5 momentos
2	Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref)	Nos 5 momentos	Nos 5 momentos
3	Instrumento de Avaliação do Grau de Conhecimento em relação à terapêutica medicamentosa	Nos 5 momentos	Nos 5 momentos
4	Entrevista semiestruturada (Parte A)	Momento 1	Momento 1
	Entrevista semiestruturada (Parte B)	Nos 5 momentos	Nos 5 momentos
	Entrevista semiestruturada (Parte C)	Momento 2	-

*GD= grupo diretivo; **GND = grupo não-diretivo; ***GC = grupo controle.

#Cada um dos cinco momentos está descrito na sequência.

Na sequência, estão descritos os cinco momentos de coleta de dados.

3.6.1. Primeiro Momento

Inicialmente, os prontuários dos pacientes sorteados eram avaliados e aqueles que atendiam aos critérios de inclusão propostos pelo estudo eram convidados a participar.

Foi realizado contato com cada paciente por meio de carta, telefone e/ou visita ao domicílio. Para aqueles que aceitaram conhecer a pesquisa, foi agendada uma entrevista inicial no NSM. Na referida entrevista, a pesquisadora explicou, individualmente, os objetivos do estudo, as atividades envolvidas na participação e seu caráter voluntário. Quando o paciente consentia, por escrito, (assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) em participar da pesquisa, era realizada uma entrevista inicial com a utilização dos instrumentos referentes ao

primeiro momento da pesquisa, conforme descrito no Quadro 4. Durante a entrevista o paciente podia optar por autopreencher os instrumentos ou pela leitura dos mesmos em voz alta pela pesquisadora, seguida do preenchimento de cada item de acordo com as respostas por ele emitidas, com exceção da entrevista semiestruturada, a qual foi gravada.

Tal procedimento foi realizado com os três grupos (GD, GND e GC) em todos os cinco momentos da coleta de dados. As entrevistas referentes ao primeiro momento tiveram duração média de 50 minutos.

Após a realização da entrevista inicial, o paciente recebia um cartão para controle do seguimento grupal, contendo espaço para anotar as datas de realização dos encontros, a frequência e um espaço para anotações gerais. O referido cartão foi elaborado com a colaboração da “Sessão de Criação e Produção Multimídia” da EERP-USP.

Figura 1 – Parte externa do cartão de controle do seguimento grupal.

HORÁRIO: 8h - 9h			Anotações
ENCONTRO	DATA	FREQUÊNCIA	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			

Figura 2 - Parte interna do cartão de controle do seguimento grupal.

Por ocasião da entrega do cartão, era agendado o primeiro encontro de psicoeducação. Para aqueles que aceitaram participar do grupo controle foram aplicados os mesmos instrumentos, referentes ao primeiro momento. Para esses pacientes, após a entrevista inicial, foi agendada a data de realização da segunda entrevista. A presença dos pacientes era confirmada, por telefone, com uma semana de antecedência.

3.6.2 Segundo momento

No segundo momento foram realizados os 21 encontros psicoeducacionais, tanto para o GD como para o GND. Como já descrito, para o grupo de psicoeducação diretivo foi utilizado o modelo psicoeducacional adotado por Colom et al., (2003a). Tal estudo é considerado um dos mais bem delineados do ponto de vista metodológico, realizado com intervenções psicossociais (GOMES; LAFER, 2007). O referido modelo psicoeducacional propõe a realização de 21 encontros

grupais, sendo o tema de cada sessão previamente definido. Nesse grupo, no primeiro encontro, houve a apresentação dos seus membros, a realização do contrato grupal e a abordagem da temática “grupo de psicoeducação” (dinâmica de funcionamento, seus objetivos, etc). Os encontros foram semanais, com duração de 60 minutos. Todos os pacientes mantiveram o tratamento padrão oferecido pelo NSM, além da psicoeducação.

O grupo de psicoeducação não-diretivo, em adição ao tratamento psiquiátrico padrão oferecido pelo NSM, foi submetido a 21 encontros de psicoeducação não estruturados. Os encontros, do mesmo modo, foram semanais, com duração de 60 minutos, sendo os dez minutos seguintes reservados para discussão e consenso do grupo quanto ao assunto da próxima sessão. Nesse grupo, o primeiro encontro constou da apresentação de seus membros, da realização do contrato grupal, da abordagem da temática “grupo de psicoeducação” e da definição do tema a ser discutido no encontro subsequente. Todos os pacientes mantiveram o tratamento padrão oferecido pelo NSM, além da psicoeducação.

Em ambos os grupos, a dinâmica dos encontros se iniciava com a coordenadora (mestranda) lembrando o tema a ser abordado naquela semana e, em um primeiro momento, o grupo era encorajado a falar livremente a respeito do mesmo. O papel da coordenadora nos grupos (D e ND) era de fornecer reforço à discussão dos temas, encorajando a participação integral, propiciar o compartilhamento de experiências, conhecimentos e sentimentos, prover informações valorizando as experiências dos participantes em relação aos temas abordados e esclarecer dúvidas.

O Grupo Controle, por ser um grupo que não recebe intervenção, manteve somente o tratamento padrão oferecido pelo NSM.

Vale ressaltar que na realização dos grupos foi utilizada principalmente a estratégia verbal; entretanto, materiais educativos também foram disponibilizados para os pacientes, dentre eles citam-se os livros “Uma Mente Inquieta” (JAMISON 1999); “Bipolar: memórias de extremos” (CHENEY, 2008); entre outros materiais. Os pacientes, de acordo com seus interesses, levavam o material para casa e o traziam no encontro seguinte.

Após o término dos 21 encontros grupais, foi realizada entrevista com os pacientes dos três grupos, com a aplicação dos instrumentos referentes ao segundo momento da pesquisa (Quadro 4). As entrevistas referentes ao segundo momento tiveram duração média de 60 minutos.

Após a entrevista, eram agendados, no cartão do paciente, a data e horário do primeiro encontro de *follow-up*, o qual ocorreu dois meses após o término dos 21 encontros grupais. A presença do paciente foi confirmada, via telefone, com uma semana de antecedência.

3.6.3 Terceiro ao quinto Momento

Para os dois grupos de intervenção (GD e GND) foram realizados, em separado, três encontros de *follow-up*. Cada encontro consistiu em um momento de coleta de dados, conforme descrito a seguir:

Terceiro momento: grupo realizado dois meses após os 21 encontros de psicoeducação.

Quarto momento: grupo realizado quatro meses após os 21 encontros de psicoeducação.

Quinto momento: grupo realizado seis meses após os 21 encontros de psicoeducação.

Em cada um desses três momentos foi realizado um grupo com duração de 60 minutos. Nesses encontros, o tema a ser discutido era definido, no dia, pelos participantes de cada grupo. Para o grupo controle, manteve-se o tratamento padrão oferecido pelo NSM.

Após cada grupo de *follow-up*, todos os pacientes eram submetidos à entrevista, com a aplicação dos instrumentos previstos para os referidos momentos (Quadro 4). Em relação ao grupo controle, era realizado, no mesmo período, um encontro individual com os participantes para a aplicação dos referidos instrumentos.

3.7. Análise dos dados

Na análise dos dados foi utilizada a abordagem quali-quantitativa. Para a análise quantitativa, após aplicação dos instrumentos, os dados foram digitados em uma base de dados estruturada no formato de planilha, no programa Excel. Após

digitação e impressão da primeira lista de frequências simples, foram verificados e corrigidos os erros de codificação ou de digitação dos dados. Posteriormente, os dados foram transportados e analisados no programa SAS 9.0.

Inicialmente foi realizada a análise descritiva dos dados para elucidação do perfil dessa amostra e para verificar possíveis associações, usando o teste qui-quadrado entre as variáveis estudadas. O nível de significância fixado foi de 5% (valor de $p < 0,05$).

A seguir, foi realizada a comparação entre cada grupo (GD e GND) e grupo controle, antes e após a intervenção psicoeducacional, em relação à adesão medicamentosa, qualidade de vida e conhecimento sobre os medicamentos prescritos.

Para a análise da efetividade de cada tipo de grupo (GD e GND) sobre a adesão medicamentosa foi realizado o teste de McNemar. Este 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 se rejeita esta hipótese, pode-se dizer que existe evidências de efeito de tratamento (PAGANO; GAUVREAU, 2004). Além disso, foi utilizado o método de regressão logística com efeitos aleatórios (KUSS, 2002), de forma a controlar a variabilidade intraindivíduos.

Para a análise da efetividade de cada tipo de grupo (GD e GND) sobre a qualidade de vida e o conhecimento dos pacientes relacionado à terapêutica medicamentosa 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 nos quais as respostas estão agrupadas (mais de uma medida para um mesmo indivíduo) e a suposição de independência entre as observações num mesmo grupo não é adequada (SCHALL, 1991). Para as comparações foi utilizado o pós-teste por contrastes ortogonais.

Para análise dos dados qualitativos foi adotada a Análise de conteúdo, conforme descrita por Minayo (2004). De acordo com Minayo (2004), a análise do material coletado em pesquisa qualitativa possui três finalidades distintas: a primeira consiste em identificar e conhecer as informações obtidas; em segundo momento, deve confirmar ou refutar os pressupostos da pesquisa e, em terceiro lugar, é preciso ampliar o conhecimento sobre o tema estudado, considerando o contexto em que ele está inserido.

Desse modo, a análise dos dados qualitativos embasou-se nos seguintes passos (MINAYO, 2004):

1º) Ordenação dos dados: reunir o material obtido durante o trabalho de coleta de dados, que inclui transcrição das fitas, releitura do material, organização dos relatos em ordem, ou seja, início de classificação; organização dos dados de observação (anotações realizadas durante ou após as entrevistas).

2º) Classificação dos dados: nessa fase inclui-se a leitura repetida e exaustiva do conteúdo transcrito das entrevistas (leitura flutuante), que permite apreender as idéias centrais que tentam transmitir e que ajudam a estabelecer as categorias empíricas do estudo.

3º) Análise final: quando se articula o material teórico e o empírico (resultado da pesquisa); essa articulação está orientada pelo objetivo do estudo.

Depois do material organizado, lido e relido, foram identificados os temas que emergiram dos depoimentos dos pacientes e os mesmos foram analisados com subsídio da literatura sobre o objeto de estudo com o intuito de atingir as propostas da investigação.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Caracterização dos participantes do estudo

Participaram deste estudo 28 pacientes com diagnóstico de TAB, distribuídos em três grupos: GD (oito pacientes), GND (oito pacientes) e GC (12 pacientes). Vale ressaltar que ao longo da apresentação dos resultados serão utilizados depoimentos obtidos dos participantes do estudo nos diferentes momentos de coleta dos dados. Para preservar seu anonimato, eles foram identificados com a letra “P” para pacientes, acrescidas do número que corresponde à ordem em que ocorreram as entrevistas, e da letra “D” para participantes do grupo diretivo e “ND” para pacientes do grupo não-diretivo. Em alguns depoimentos, os entrevistados citaram o nome de outras pessoas ou lugares. Nesses casos, os nomes próprios foram substituídos por uma letra do alfabeto escolhida aleatoriamente.

A caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com as modalidades de grupo propostas e características sociodemográficas.

VARIÁVEIS	Modalidades de Grupo							
	D		ND		C		Total	
	n(8)	%	n(8)	%	n(12)	%	n(28)	%
Genero								
Feminino	05	62,5	06	75,0	10	83,3	21	75,0
Masculino	03	37,5	02	25,0	02	16,7	07	25,0
Idade (anos)								
18 – 20	00	0,0	00	0,0	01	8,3	01	3,6
21 – 40	02	25,0	02	25,0	02	16,7	06	21,4
41 – 60	05	62,5	02	25,0	06	50,0	13	46,4
61 – 80	01	12,5	04	50,0	03	25,0	08	28,6
Estado civil								
Solteiro	02	25,0	02	25,0	03	25,0	07	25,0
Separado	00	0,0	00	0,0	02	16,7	02	7,1
Casado/amasiado	03	37,5	04	50,0	04	33,3	11	39,3
Viúvo	02	25,0	01	12,5	02	16,7	05	17,9
Divorciado	01	12,5	01	12,5	01	8,3	03	10,7
Escolaridade								
Analfabeto	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Primeiro grau incompleto	04	50,0	00	0,0	05	41,7	09	32,2
Primeiro grau completo	02	25,0	03	37,5	04	33,3	09	32,2
Segundo grau incompleto	00	0,0	03	37,5	03	25,0	06	21,4
Segundo grau completo	02	25,0	00	0,0	00	0,0	02	7,1
Terceiro grau incompleto	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Terceiro grau completo	00	0,0	02	25,0	00	0,0	02	7,1
Ocupação atual								
Nunca trabalhou	00	0,0	00	0,0	01	8,3	01	3,6
Desempregado	00	0,0	01	12,5	00	0,0	01	3,6
Faz trabalhos eventuais (“bicos”)	01	12,5	00	0,0	01	8,3	02	7,1
Trabalho regular (informal)	01	12,5	00	0,0	01	8,3	02	7,1
Trabalho regular (registrado)	03	37,5	01	12,5	03	25,0	07	25,0
Afastado/ auxílio doença	00	0,0	01	12,5	02	17,0	02	7,1
Aposentado INSS	03	37,5	05	62,5	04	33,3	12	42,9
Outra (....)	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0

Com relação às características sociodemográficas dos participantes, foi possível observar que a maioria era mulheres (75%), havendo maior porcentagem de pacientes com idade de 41 a 60 anos (46,4%) e casados ou amasiados (39,3%) (Tabela 1). A esse respeito, a literatura revela que o TAB é mais frequente entre solteiros e separados e tem prevalência semelhante entre homens e mulheres (LIMA; TASSI; NOVO, 2005), diferentemente da amostra do presente estudo que apresentou mais mulheres em sua composição e proporção semelhante de pacientes solteiros/separados/divorciados (42,8%) e casados/amasiados (39,3%).

Referente à escolaridade, uma maior porcentagem de pacientes apresentou primeiro grau completo (32,2%) ou incompleto (32,2%). Destaca-se que 7,1% dos pacientes apresentaram terceiro grau completo e que não há analfabetos na amostra.

A literatura evidencia que as pessoas com transtornos mentais severos, tais como o TAB, comumente apresentam menor nível de instrução, como também evidenciado neste estudo, e estão desempregadas (STUART; LARAIA, 2001). A esse respeito, destaca-se que, no momento da pesquisa, quase metade dos pacientes (42,9%) declarou estar aposentados pelo INSS, embora a maioria (71,4%) fosse adulta. Ainda 7,1% dos pacientes estavam afastados ou com auxílio doença. Apenas um paciente declarou estar desempregado e outro nunca trabalhou.

A literatura ainda revela que o TAB encontra-se associado ao desemprego (MORENO; DIAS, 2008). Embora as causas da baixa escolaridade e alta porcentagem de desemprego entre as pessoas com transtornos mentais graves não tenham sido identificadas, acredita-se que elas podem estar relacionadas a sintomas primários e secundários, às deficiências causadas pelo transtorno e às reações da sociedade aos portadores de transtornos mentais (STUART; LARAIA, 2001).

A Tabela 2, a seguir, apresenta as características dos participantes do estudo relacionadas ao transtorno e tratamento.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com as características relacionadas ao transtorno e ao tratamento.

Variáveis	Modalidades de grupos							
	D		ND		C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sabe dizer o nome do transtorno psiquiátrico								
Sim	03	37,5	08	100,0	06	50,0	17	60,7
Não	05	62,5	00	0,0	06	50,0	11	39,3
Tempo de diagnostico								
Um ano	00	0,0	01	12,5	01	8,3	02	7,2
Dois anos	01	12,5	00	0,0	00	0,0	01	3,6
Três anos	01	12,5	00	0,0	01	8,3	02	7,2
Quatro anos	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0
Cinco anos ou mais	05	62,5	07	87,5	09	75,0	20	71,5
Não sabe dizer	01	12,5	00	0,0	01	8,3	03	10,7
Numero de internações psiquiátricas								
Nenhuma	03	37,5	02	25,0	01	8,3	05	21,4
01	03	37,5	02	25,0	05	41,7	10	35,7
02 – 04	01	12,5	02	25,0	04	33,3	07	25,0
05 – 07	01	12,5	01	12,5	01	8,3	03	10,7
08 – 10	00	0,0	01	12,5	00	0,0	01	3,6
Não sabe dizer	00	0,0	00	0,0	01	8,3	01	3,6
Número de psicotrópicos prescritos pelo psiquiatra								
01	05	62,5	01	12,5	02	16,7	08	28,6
02-03	01	12,5	04	50,0	09	75,0	14	50,0
04-05	02	25,0	03	37,5	01	8,3	06	21,5
06 ou mais	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0

Observa-se, na Tabela 2, que para o grupo controle, metade (50%) dos pacientes disse corretamente o nome de seu transtorno. Destaca-se que 100% dos pacientes do grupo não-diretivo conheciam seu diagnóstico e, no grupo diretivo, a maioria (62,5%) não o conhecia.

Verificou-se também que em todos os grupos estudados, a maioria dos participantes apresentava o diagnóstico de TAB há cinco anos ou mais. Segundo Lima, Tassi e Novo (2005), o estabelecimento da idade de início do TAB é considerado um desafio clínico à medida que é comum o diagnóstico errôneo nas primeiras avaliações do paciente e, tanto o mesmo como seus familiares, podem apresentar viés de memória. O diagnóstico inicial errôneo pode ter relação com a alta prevalência de comorbidades (psiquiátricas ou clínicas) nessa clientela (GOMES; KUNZ, 2009; MAGALHÃES; PINHEIRO, 2009).

Quanto ao histórico de internações psiquiátricas, 35,7% dos pacientes do estudo foram submetidos a uma internação e 25% dos mesmos tiveram de duas a quatro internações. Somente 21,4% dos pacientes não foram submetidos a internações psiquiátricas. A esse respeito, a literatura revela que o número e a intensidade dos episódios de crise no decorrer do tempo resultam em prejuízos funcionais no cotidiano do paciente, havendo correlação positiva entre tais prejuízos e o número de internações psiquiátricas (MAGALHÃES; PINHEIRO, 2009; ROCCA; LAFER, 2006). Tais aspectos sinalizam para a importância do diagnóstico precoce do TAB, com adoção de tratamento adequado e minimização das crises e consequentes internações.

Ainda na Tabela 2 observa-se que, no grupo diretivo, a maioria dos pacientes estava em monoterapia. Nos grupos não-diretivo e controle, 50% e 75% dos pacientes, respectivamente, utilizavam de 2 a 3 psicotrópicos no momento das entrevistas. O uso de diferentes fármacos associados para o tratamento do TAB tem sido uma prática cada vez mais frequente (PEREIRA et al., 2010). Destaca-se que tal estratégia terapêutica é geralmente usada para casos refratários (MACHADO-VIEIRA; SOARES, 2007).

Na sequência, serão apresentados os Quadros 5, 6 e 7, os quais possibilitam o conhecimento de características individuais de cada participante do estudo, de acordo com os grupos nos quais foram incluídos (GD, GND e GC).

Quadro 5 – Caracterização dos participantes do grupo de psicoeducação diretivo relacionada aos aspectos sociodemográficos, transtorno e ao tratamento.

GRUPO DIRETIVO								
Sujeito	Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade	Ocupação atual	Tempo de Diagnóstico (anos)	Nº/ internações	Psicofármacos em uso
1	F	46	Solteiro	Segundo grau completo	Trabalho eventual - "bicos"	15	02	Haloperidol; Ácido Valpróico; Carba Mazepina
2	M	64	Casado	Segundo grau completo	Trabalho - informal	07	00	Fluoxetina; Carbonato de Lítio
3	F	34	Solteiro	Primeiro grau incompleto	Aposentado – INSS (devido ao transtorno)	11	01	Carbamazepina
4	F	29	Casado	Primeiro grau incompleto	Trabalho - registrado	Não sabe dizer	00	Fluoxetina; Clorpromazina; Acido Valpróico
5	F	47	Divorciado	Primeiro grau incompleto	Trabalho - registrado	01	01	Quetiapina
6	F	53	Viúvo	Primeiro grau completo	Aposentado – INSS (devido ao transtorno)	06	01	Diazepam; Sertralina
7	M	43	Viúvo	Primeiro grau incompleto	Aposentado – INSS (tempo de serviço)	01	00	Diazepam
8	M	53	Casado	Primeiro grau completo	Trabalho - registrado	38	05	Carbonato de Lítio

Verifica-se, no Quadro 5, que no GD a maioria dos participantes era do sexo feminino, com primeiro grau incompleto, e possuía trabalho (formal ou informal) na ocasião da coleta dos dados. A idade dos participantes variou de 29 a 64 anos (média = 46,1 anos), o tempo de diagnóstico de um a 38 anos (média = 11,3 anos) e o número de internações de uma a cinco (média = 1,2 internações).

Quanto aos medicamentos em uso, observa-se que apenas dois pacientes estavam em monoterapia e, destes, um fazia uso apenas de benzodiazepínico, sendo tal medicamento não indicado, isoladamente, para tratamento do TAB. A maioria dos pacientes estava em uso de estabilizador de humor, de modo adequado ao tratamento do referido transtorno mental.

Quadro 6 – Caracterização dos participantes do grupo de psicoeducação não-diretivo relacionada aos aspectos sociodemográficos, transtorno e ao tratamento

GRUPO NÃO-DIRETIVO								
Sujeito	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação Atual	Tempo de Diagnóstico (Anos)	Nº Internações	Psicofármacos em uso
1	F	56	Solteiro	Terceiro grau completo	Aposentado - INSS	36	10	Diazepam; Clorpromazina; Ziprazidona
2	F	74	Casado	Primeiro grau completo	Aposentado – INSS	27	00	Risperidona
3	M	35	Solteiro	Primeiro grau completo	Aposentado - INSS	14	07	Clorpromazina
4	F	58	Casado	Terceiro grau completo	Aposentado - INSS	37	03	Haloperidol; Quetiapina; Carbonato de Lítio; Carbamazepina
5	F	39	Casado	Primeiro grau incompleto	Desempregado	20	01	Clonazepam; Clorpromazina; Carbonato de Lítio
6	F	69	Separado	Primeiro grau incompleto	Afastado/licença médica	25	01	Carbonato de Lítio; Carbamazepina
7	M	62	Casado	Segundo grau completo	Trabalho - registrado	01	00	Fluoxetina; Acido Valpróico
8	F	63	Viuvo	Primeiro grau incompleto	Aposentado - INSS	20	04	Clonazepam; Fluoxetina; Ziprazidona; Carbamazepina

O Quadro 6 revela que no GND a maioria dos participantes era do sexo feminino e aposentada pelo INSS. Apenas um paciente possuía vínculo empregatício por ocasião da coleta de dados. Destaca-se que entre os participantes deste grupo dois possuíam terceiro grau completo e um o segundo grau completo. Metade dos participantes era casada. A idade variou de 35 a 74 anos (média = 57 anos), o tempo de diagnóstico de 1 a 37 anos (média = 22,5 anos) e o número de internações de zero a 10 (média = 3,25 internações).

No que se refere ao tratamento farmacológico, verifica-se que a maioria dos participantes estava em uso de estabilizador de humor; entretanto, para um deles foi prescrita apenas a clorpromazina, sendo o referido antipsicótico típico não indicado, isoladamente, para o tratamento do TAB.

Quadro 7 – Caracterização dos participantes do grupo controle relacionada aos aspectos sociodemográficos, transtorno e ao tratamento.

CONTROLE								
Sujeito	Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade	Ocupação atual	Tempo de Diagnóstico (anos)	Nº internações	Psicofármacos em uso
1	F	62	Viuvo	Segundo grau incompleto	Aposentado - INSS	03	00	Diazepam; Fluoxetina
2	F	60	Viuvo	Primeiro grau completo	Trabalho - registrado	04	01	Fluoxetina; Ácido Valpróico
3	F	54	Casado	Primeiro grau incompleto	Trabalho - informal	06	04	Clonazepam; Amitripilina; Ácido Valpróico
4	F	33	Casado	Segundo grau incompleto	Trabalho - registrado	10	02	Carbonato de Lítio
5	F	62	Divorciado	Primeiro grau completo	Aposentado - INSS	15	05	Diazepam; Fluoxetina; Imipramina, Ácido Valpróico, Biperideno
6	F	53	Separado	Primeiro grau incompleto	Trabalho - registrado	10	01	Haloperidol, Diazepam, Carbamazepina
7	F	67	Solteiro	Primeiro grau incompleto	Afastado/ licença médica	30	VARIAS	Haloperidol
8	M	48	Casado	Primeiro grau completo	Aposentado – INSS	09	01	Clorpromazina; Ácido Valpróico
9	F	51	Casado	Segundo grau incompleto	Trabalho eventual – "bicos"	02	01	Ácido Valpróico
10	F	51	Separado	Primeiro grau completo	Afastado/ licença médica	30	02	Diazepam; Carbamazepina; Clomipramina
11	F	19	Solteiro	Primeiro grau incompleto	Nunca trabalhou	06	01	Diazepam; Ácido Valpróico
12	M	38	Solteiro	Segundo grau incompleto	Aposentado - INSS	11	02	Clorpromazina; Carbonato de Lítio; Biperideno

O Quadro 7 revela que no grupo controle a maioria dos participantes era do sexo feminino e apenas um terço era casado. No que se refere à escolaridade, houve igual proporção de pacientes com primeiro grau incompleto, primeiro grau completo e segundo grau incompleto. Destaca-se que nenhum possuía segundo grau completo ou terceiro grau de escolaridade. A maioria dos participantes não estava trabalhando na ocasião da coleta dos dados. A idade variou de 19 a 67 anos (média = 49,8 anos), o tempo de diagnóstico de dois a 30 anos (média = 8,8 anos) e o número de internações de zero a cinco (média = 1,67 internações).

Quanto aos medicamentos em uso, observa-se que para a maioria dos participantes foram prescritos estabilizadores de humor, entretanto, verifica-se um paciente em monoterapia com antipsicótico típico (haloperidol), não indicado, isoladamente, no tratamento do TAB. Há também um paciente em uso de diazepam e fluoxetina. Pode-se combinar a utilização de antidepressivos quando o tratamento apenas com estabilizadores de humor não é efetivo na depressão bipolar. É recomendado que quando houver essa necessidade haja a prescrição de antidepressivos que apresentem um menor risco de causar virada maníaca ou hipomaníaca, tais como os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (GRAEFF; GUIMARÃES, 2005; SACHS; KOSLOW; GHAEMI, 2000), incluindo a fluoxetina. No presente estudo, tal fármaco foi prescrito, porém, sem a utilização concomitante de estabilizadores de humor.

4.2 Caracterização das temáticas abordadas nos encontros grupais

Nesse estudo, os temas abordados em cada encontro grupal, de acordo com o tipo de grupo (GD e GND), estão apresentados no Quadro 8.

Quadro 8 – Distribuição dos temas abordados nos grupos diretivo e não-diretivo, de acordo com a sessão grupal.

Encontros grupais	Temas dos Grupos Diretivos (Colom et al., 2003a)	Temas dos Grupos Não-Diretivos (Definidos pelos pacientes)
1	Introdução	Introdução
2	O que é a doença bipolar	O transtorno e a realização de projetos
3	Fatores causais e desencadeantes	Dificuldades em lidar com perdas
4	Sintomas (I): Mania e hipomania	Preconceito
5	Sintomas (II): Depressão e estados mistos	Fatores desencadeadores do TAB
6	Curso e desfecho	Estresse
7	Tratamento (I): estabilizadores de humor	Terapias psicossociais complementares à medicamentosa
8	Tratamento (II): agentes antimaniacos	Relacionamentos afetivos e TAB
9	Tratamento (III): antidepressivos	Tratamento Medicamentoso
10	Níveis séricos: lítio, carbamazepina e valproato	O preconceito do próprio paciente relacionado à doença
11	Gravidez e aconselhamento genético	Convivência em casa
12	Psicofarmacologia versus terapias alternativas	Tratamento medicamentoso
13	Riscos associados ao abandono do tratamento	Depressão
14	Álcool e drogas ilícitas: riscos na doença bipolar	Dificuldades em realizar tarefas cotidianas
15	Deteção precoce de episódios maníacos e hipomaníacos	Como dizer não
16	Deteção precoce de episódios depressivos e mistos	O que pode ser traço da personalidade da pessoa e o que pode ser sintoma do TAB?
17	O que fazer quando uma nova fase for detectada?	O que, de fato, é adesão ao tratamento?
18	Regularidade do estilo de vida	Sexualidade
19	Técnicas de gerenciamento do estresse	Envelhecendo com indisposição e/ou disposição
20	Técnicas de resolução de problemas	Como lidar com as diferenças entre as pessoas
21	Sessão final	Sessão final - Terapias alternativas ao tratamento farmacológico

Deve-se considerar o fato de que, no grupo não-diretivo, ficava a critério dos pacientes escolher qual aspecto a respeito de sua vivência com o TAB era mais importante naquele momento. Nesse contexto, no Quadro 8, onde estão apresentados os temas escolhidos pelos pacientes do grupo não-diretivo, observa-se que os mesmos buscaram discutir assuntos diretamente relacionados ao seu cotidiano, como “preconceito”, “convivência em casa”, “dificuldades em realizar tarefas cotidianas”, “como dizer não”, como saber o que é “traço da personalidade da pessoa e o que pode ser sintoma do TAB”, entre outros. Alguns discursos obtidos na entrevista semiestruturada reafirmam tal consideração ao revelarem o desejo do paciente em “aprofundar mais”, em saber como as pessoas com o mesmo diagnóstico “agem no dia-a-dia”:

“Eu tenho desde os quatorze anos, né?! Só que há cinco anos e meio atrás, lá no Y (serviço público), o meu médico descobriu que o problema era esse, né?... eu espero ter mais um aprofundamento, né. Mais, ou menos assim, eu tenho uma noção, eu quero me aprofundar mais pra conhecer outras coisas.” (P5D)

“Eu acho que sou a mais velha aqui que tem transtorno bipolar. Eu tomo há 34 anos remédio. Eu tinha 19 anos, to com 56, quanto tempo que dá isso? Então, eu acho que é bom a gente conviver com as pessoas pra saber o que eles sentem, como que agem no dia-dia, porque eu tenho há 36 anos, já faz parte da minha vida, tomar os remédios, assim, ter essa doença, já acostumei com ela. É normal pra mim.” (P1ND)

Percebe-se que os encontros grupais propiciaram aos pacientes um espaço para verbalizar assuntos pouco explorados no ambiente doméstico, nas consultas periódicas ao psiquiatra ou nas relações pessoais.

Destaca-se ainda que no GND, embora a temática preconceito tenha sido escolhida pelos pacientes para ser discutida em dois encontros, durante o desenvolvimento de alguns temas relacionados ao cotidiano ela também foi abordada. Tal aspecto ficou evidenciado nos encontros para discussão dos temas “estresse”, “convivência em casa” e “relacionamentos afetivos e TAB”, sendo abordado, pelos pacientes, o preconceito vivenciado nos momentos de busca por emprego, nos estudos, no ambiente doméstico, por meio de exigências feitas pela família, bem como o preconceito do próprio paciente em relação ao seu diagnóstico, como revelam os depoimentos a seguir.

“O transtorno bipolar na minha vida, eu não fiz faculdade, porque eu sou bipolar. Isso foi em 95, eu perdi minha mãe em 95 e tive uma crise, eu não sei lidar com perdas, com morte, aí, foi difícil. Na faculdade, todos os professores queriam me repetir, eu tava muito mole, eu queria parar. Eu fiz filosofia! Então, virou uma guerra na faculdade, até eu conseguir terminar, porque eles acham que uma pessoa bipolar não poderia se formar na filosofia, os professores. Foi difícil pra mim!” (P1ND)

“É tipo assim... às vezes, a gente é julgado como louco! Em casa, na rua “Ah, aquela louca!” às vezes, a gente escuta. Não é verdade que a gente escuta? Que nem, no meu caso, quando eu fui internada no ST (hospital psiquiátrico público), todo mundo falando porque eu tava louca, você entendeu?” (P3ND)

“(...) eu não tratava direito no começo, eu era muito novo. Se eu ficasse tomando aquele monte de remédios, meus amigos iam saber que eu era bipolar (...).” (P1D)

Foi possível perceber também que os pacientes têm uma visão estigmatizada e desvalorizada de si mesmos. Esse é um aspecto relevante, pois estudos com portadores de TAB ou depressão mostram que tal visão de si mesmos tem sido associada à diminuição da qualidade de vida (YEN et al, 2005), baixa autoestima (RITSHER; PHELAN, 2004; WERNER; STEIN-SHVACHMAN; HEINIK, 2009) e aumento de comportamentos de esquiva (KANTER; RUSCH; BRONDINO, 2008; MANOS et al., 2009).

4.3 O impacto dos grupos de psicoeducação no conhecimento do paciente sobre o tratamento medicamentoso

Nesta variável, foi objetivo deste trabalho avaliar se os grupos de psicoeducação diretivo e não-diretivo aumentariam o conhecimento dos pacientes em relação ao nome, à dose e à frequência da medicação utilizada. Como esperado, comparado ao grupo controle, houve um aumento significativo do conhecimento do paciente a respeito da medicação ao longo do tempo, em ambos os grupos, como mostram as figuras a seguir.

Figura 3 – Médias de conhecimento dos pacientes dos grupos de psicoeducação diretivo (D), não-diretivo (ND) e controle (C), ao longo do tempo, em relação ao nome dos medicamentos prescritos.

A análise dos dados demonstrou que, em comparação ao grupo controle, tanto o grupo diretivo ($p=0,04$) quanto o grupo não-diretivo ($p=0,04$) foram capazes de interferir positivamente, ou seja, aumentando o conhecimento dos pacientes quanto ao nome dos medicamentos prescritos. Observou-se ainda esse efeito ao longo do tempo, sendo que no grupo diretivo tais diferenças ocorreram entre M1 e M3 ($p=0,01$), M4 ($p<0,01$) e M5 ($p<0,01$). No grupo não-diretivo, foram observadas diferenças significativas nos momentos (M) 4 e 5 em relação ao M1 ($p<0,01$; $p<0,01$). Não foram evidenciadas diferenças significativas para essa variável entre o grupo diretivo e não-diretivo.

Vale ressaltar que neste estudo foram aceitas, como respostas corretas, aquelas que identificassem os medicamentos pelo nome genérico ou comercial, pois, embora a prática de prescrição de medicamentos pelo nome genérico seja legalizada e até preconizada, não é uma regra entre os médicos prescritores.

Destaca-se que, em relação aos três aspectos da terapêutica medicamentosa avaliados, o maior aumento de conhecimento dos participantes foi em relação ao item nome. O conhecimento em relação ao nome do medicamento possibilita ao paciente acertar na hora de ingeri-lo, evitando confusões durante administração concomitante de medicamentos, prevenindo, portanto, possíveis erros de medicação.

Figura 4 – Médias de conhecimento dos pacientes dos grupos de psicoeducação diretivo (D), não-diretivo (ND) e controle (C), ao longo do tempo, em relação à dose dos medicamentos prescritos.

A Figura 4 revela que, quando analisada a variável dose, constata-se que ambos os grupos de psicoeducação diferiram significativamente em relação ao grupo controle (grupo diretivo: $p=0,02$; grupo não-diretivo: $p=0,03$), evidenciando aumento do conhecimento dos pacientes em relação às doses de seus medicamentos. Observa-se que tal efeito se manteve ao longo do tempo, principalmente no grupo não-diretivo. No grupo não-diretivo, houve diferenças significativas entre M1 em relação a M3 ($P=0,05$), M4 ($p=0,02$) e M5 ($p<0,01$). Já no grupo diretivo, a diferença foi observada entre M1 e M3 ($p=0,04$). Também não

foram evidenciadas diferenças significativas, para essa variável, entre o grupo diretivo e não-diretivo.

O conhecimento a respeito das doses dos medicamentos é de grande importância, especialmente na população em estudo. Há medicamentos utilizados no tratamento do TAB com elevado risco de intoxicação quando administrados em doses superiores às recomendadas. Dentre tais medicamentos, destaca-se o carbonato de lítio, que apresenta estreita janela terapêutica (HANEMANN, 2010). Para prevenir efeitos tóxicos, o usuário de carbonato de lítio deve ser educado sobre vários aspectos, tais como ingerir líquidos durante a realização de atividades físicas, não diminuir a ingesta de sódio, como proceder ao esquecer-se de tomar uma dose do medicamento, entre outros (STUART; LARAIA, 2001). Os grupos de psicoeducação são espaços oportunos para a aquisição de conhecimento sobre os medicamentos prescritos, como revelam os resultados desta pesquisa.

Figura 5 - Médias de conhecimento dos pacientes dos grupos de psicoeducação diretivo (D), não-diretivo (ND) e controle (C), ao longo do tempo, em relação à frequência de administração dos medicamentos prescritos.

Quanto à variável frequência de administração do medicamento, embora possa ser observado na Figura 5 o aumento do conhecimento da mesma ao longo do tempo, tal diferença não foi significativa entre os grupos de psicoeducação e o grupo controle, nem entre si. No grupo não-diretivo, todavia, foi constatada diferença significativa ao longo do tempo entre o início dos grupos (M1) e o segundo encontro de *follow-up* (M4) ($p=0,03$).

Assim como a dose, o conhecimento da frequência é de suma importância para que sejam evitados erros na administração dos medicamentos. Ressalta-se que tomar o medicamento mais vezes do que o prescrito resulta em extra doses, com consequentes efeitos tóxicos.

Estudos com pacientes com diagnóstico de TAB mostram resultados semelhantes aos da presente pesquisa ao identificar, na amostra estudada, que o conhecimento do nome do medicamento foi maior em relação ao conhecimento da dose e da frequência de sua administração (CRUZ et al, 2011; PEDRÍLIO, 2010). Destaca-se que no estudo de Cruz e et al. (2011), no qual foram entrevistados idosos com TAB, foi verificado que mais de 50% da amostra não tinham conhecimento algum sobre a dose e a frequência de administração de seus medicamentos.

Quando o paciente desconhece os aspectos importantes para a administração segura de seus medicamentos, a família pode se constituir em importante parceira, auxiliando-o nessa tarefa. Estudo a esse respeito, entretanto, revelou que familiares envolvidos no tratamento de pacientes com TAB também apresentam importante déficit de conhecimento sobre os medicamentos por eles utilizados, especialmente sobre as doses e frequência de utilização, evidenciando despreparo para monitorá-lo nessa atividade (MONTESCHI; VEDANA; MIASSO, 2010). Tal aspecto é mencionado visando destacar a importância da realização de grupos de psicoeducação tanto para pacientes como para seus familiares.

Embora não tenham sido observadas diferenças significativas entre o grupo diretivo e o não-diretivo, os resultados encontrados são de grande relevância, pois demonstram a efetividade da psicoeducação em aumentar o conhecimento do paciente com TAB em relação a seus medicamentos. Tais resultados são corroborados por estudo brasileiro que, ao identificar os efeitos do grupo psicoeducativo no cotidiano de portadores de TAB, verificou, entre outros aspectos, que a psicoeducação exerceu papel importante na aquisição de conhecimentos acerca dos vários aspectos relacionados ao TAB, favorecendo o comprometimento com o tratamento (MENEZES; SOUZA, 2012).

A importância desse resultado é ressaltada à medida que muitos autores têm relacionado o grau de conhecimento do paciente à maior adesão medicamentosa e à menor recorrência de crises (COLOM et al., 2004; MIKLOWITZ et al., 2003; ROSA et al., 2007; SANTIN; CERESÉR; ROSA, 2005). Sabe-se que tais crises constituem uma das causas associadas com re-hospitalização e suicídio (COLOM et al., 2004; GREENHOUSE; MEYER; JOHNSON, 2000; SANTIN; CERESÉR; ROSA, 2005).

4.4 O impacto dos grupos de psicoeducação na adesão do paciente ao tratamento medicamentoso

A adesão aos medicamentos prescritos é fundamental para o sucesso do tratamento do TAB, entretanto, na prática clínica observa-se que é grande a dificuldade dos pacientes com o referido diagnóstico no que se refere à manutenção do tratamento medicamentoso. Nesse estudo, constaram da amostra apenas pacientes identificados como não aderentes aos medicamentos prescritos. Desse modo verifica-se, na Tabela 3, que no primeiro momento (M1), referente à entrevista realizada antes do início dos grupos de psicoeducação, todos os pacientes eram não aderentes ao tratamento medicamentoso.

Tabela 3 – Teste de associação entre tipo de grupo e adesão ao tratamento medicamentoso, por tempo. Ribeirão Preto, 2011.

		Modalidades de Grupo								
Tempo	Adesão	D		ND		C		Total		P-valor*
		n(8)	%	n(8)	%	n(12)	%	n(28)	%	
M1	Aderente	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	100	-
	Não Aderente	08	28,6	08	28,6	12	42,8	28		
M2	Aderente	01	33,3	02	66,7	00	0,0	03	100	0,24
	Não Aderente	07	28,0	06	24,0	12	48,0	25		
M3	Aderente	03	60,0	02	40,0	00	0,0	05	100	0,07
	Não Aderente	05	21,7	06	26,1	12	52,2	23		
M4	Aderente	01	20,0	01	20,0	03	60,0	05	100	0,70
	Não Aderente	07	30,4	07	30,4	09	39,2	23		
M5	Aderente	01	25,0	02	50,0	01	25,0	04	100	0,79
	Não Aderente	07	29,2	06	25,0	11	45,8	24		

*P-valor referente ao teste Exato de Fisher.

Embora tenha sido observado aumento na adesão ao medicamento, tanto no grupo diretivo quanto no grupo não-diretivo, o teste de McNemar, que verifica se há evidências de efeito de tratamento, mostrou que tal diferença não foi significativa. Além disso, como pode ser verificado na Tabela 3, o teste exato de Fisher demonstrou que não houve associação entre tipo de grupo de psicoeducação e adesão ao medicamento no decorrer do tempo. Também foi realizada a comparação entre os grupos, independente do tempo, não sendo detectadas evidências de que um grupo tenha uma chance maior que o outro de aderir aos medicamentos prescritos.

Desse modo, os resultados obtidos referentes aos efeitos dos grupos de psicoeducação sobre a adesão medicamentosa são surpreendentes, tendo em vista que a literatura tem mostrado a efetividade de intervenções psicossociais, de maneira geral, na obtenção de uma melhor adesão à terapêutica medicamentosa em pacientes com TAB (HARVEY; PEET, 1991; MIKLOWITZ et al., 2003; PEET; HARVEY, 1991; ROSA et al., 2006). Além de melhorar a adesão medicamentosa, as intervenções psicossociais, mais especificamente a psicoeducação, têm contribuído para diminuição da recorrência de internações em pacientes com TAB (COLOM et al., 2003a; COLOM et al., 2004; COLOM et al., 2009; MORRIS et al., 2011) e também de aspectos funcionais que os acometem (COLOM et al., 2009; PELLEGRINELLI, 2010). Cabe ressaltar que os dois últimos estudos acima citados, utilizando a psicoeducação, apoiando-se no modelo de Barcelona de Colom et al. (2003a), utilizaram, como sujeitos de pesquisa, somente pacientes considerados aderentes, diferentemente da presente pesquisa cujo objetivo foi verificar se tal modelo é capaz de aumentar o grau de adesão de pacientes não aderentes aos medicamentos.

No entanto, em relação à influência de grupos de psicoeducação, especificamente sobre a adesão ao medicamento, estudo realizado nos Estados Unidos obteve resultados semelhantes aos da presente pesquisa. Sajatovic et al. (2009), utilizando um modelo de psicoeducação diretivo, denominado "*Life Goals Program*", não identificaram diferenças significativas entre os grupos que tiveram psicoeducação e os grupos controle (aqueles que tiveram somente o tratamento padrão da unidade). Os autores do estudo atribuem a não obtenção de resultados significativamente diferentes à presença, na amostra, de vários pacientes com sintomas depressivos no início do estudo, o que pode ter dificultado a efetividade de *insight*, o qual se acredita que os grupos de psicoeducação possam fomentar nos pacientes.

Destaca-se que na presente investigação não foram utilizados instrumentos para mensurar sintomatologia de TAB na amostra em estudo, podendo tal aspecto também ter interferido nos resultados obtidos.

É possível também considerar outros aspectos que podem ter contribuído para a obtenção dos resultados referentes à adesão ao medicamento. O primeiro deles diz respeito à complexidade e multiplicidade de fatores que podem levar a não adesão medicamentosa. Em uma pesquisa de abordagem qualitativa, buscando compreender o significado do tratamento medicamentoso para o paciente com TAB, Miasso (2006) concluiu que os pacientes apresentam um conflito entre tomar o medicamento e arcar com a presença de efeitos colaterais e mudança em hábitos diários decorrentes do seu uso ou se recusar a utilizá-lo e desenvolver uma crise.

Outro aspecto a ser considerado refere-se à inclusão de familiares no tratamento do paciente, o que não foi realizado no presente estudo. Destaca-se que, muitas vezes, a família pode apresentar maior déficit de conhecimento ou negação em relação à doença e seu tratamento do que o próprio paciente, podendo interferir na adesão do mesmo aos medicamentos (PEDRÍLIO, 2010). Os discursos abaixo, obtidos por meio de entrevista semiestruturada, expressam a falta de conhecimento de alguns familiares:

“A minha irmã fala pra mim, “Você é bipolar? Eu também sou bipolar, só que não tenho que tomar remédio!”(P7D)

“As pessoas pensam que eu sou malandra, que eu sou preguiçosa. A minha mãe vive falando “Ah essa cozinha aqui, não sei o que”, como se ela fosse a dona da casa, entendeu? Que eu vou fazer? Eu não vou brigar com a minha mãe, né. Eu já falei “Mãe eu não tenho condições de fazer faxina todo dia, lavar a cozinha ou não. Eles vão dormir e eu vou dormir também... Vou ficar arrumando a cozinha? Então, eu deixo para o dia seguinte.” (P6ND)

“(...) eu falei, eu não posso abri a loja cedo, eu vou vir só lá pelas 10 horas porque eu vou ao grupo. Eu falei, ó eu vou primeiro cuida de mim e depois eu venho cuida de vocês, eu vou pra minha reunião, ai minha irmã falou assim, “o que você achou ai nessa reunião?” Eu falei, ai eu achei bom, conversa tudo, senti bem, ai ela virou assim pra mim, “isso ai é bobeira, porque você num tem nada pra ir fazer lá”. Ai, ela

falou pra mim, “ah, essa semana você num pode ir (risos), nessa semana e nem na outra porque sua irmã tá assim ó, tá precisando de você”, (...) Quando precisa não tô doente né, aí depois chama de louca.” (P8D)

A literatura tem destacado que intervenções psicossociais junto à família têm efeito adjunto para o paciente com TAB. Nesse sentido, pode-se citar um estudo realizado na Espanha, no qual familiares de pacientes com TAB foram submetidos à psicoeducação, gerando uma redução do risco de recorrências, particularmente mania e hipomania (REINARES et al., 2008). Acredita-se que tais iniciativas podem fomentar maior entendimento e aceitação do transtorno, tanto no familiar como no paciente.

Outro fator a ser considerado consiste na produção de *insight* em pacientes com TAB. A esse respeito, em seu estudo, Sajatovic et al. (2009) entrevistaram 140 portadores de TAB que utilizavam estabilizadores de humor com o intuito de verificar a experiência subjetiva dos mesmos em relação ao seu transtorno e seu medicamento. De maneira interessante, foi verificado que pacientes aderentes e não aderentes não diferiram em variáveis clínicas; porém, os pacientes não aderentes apresentavam menor *insight* a respeito do transtorno e atitudes mais negativas em relação aos medicamentos do que os pacientes aderentes. Essa consideração é importante visto que no presente estudo a amostra compreendeu sujeitos não aderentes.

Verifica-se, assim, que nesse estudo vários fatores podem ter contribuído para o não alcance de resultados significativos em relação à adesão ao medicamento por meio da psicoeducação. Há de se considerar, todavia, que uma pequena parcela dos pacientes apresentou comportamento de adesão ao longo do tempo. Considerando a literatura sobre a temática, um dos aspectos que pode ter contribuído para esse comportamento foi o aumento significativo do conhecimento dos pacientes em relação aos medicamentos prescritos.

Embora já esteja bem documentada a relação entre conhecimento sobre os medicamentos e adesão a eles pelo paciente, muitas vezes os profissionais de saúde não estão atentos ou não valorizam este importante aspecto relacionado ao tratamento. A esse respeito, estudo desenvolvido por Miasso, Monteschi, Giacchero (2009) identificou que os profissionais mantêm uma relação fragmentada e impessoal com os pacientes e que a relação médico-paciente ocorre em

desigualdade de perspectivas; desse modo, o conhecimento tende a fluir unilateralmente. Tal aspecto também foi evidenciado nos depoimentos dos participantes deste estudo.

“O último tinha sido o ácido valpróico. Eu engordei 115 kg (pesava). Ele não fazia mais efeito no meu organismo! Eu estava gorda! A dosagem total estava baixa! Eu tava gorda! (...) Deu muito efeito colateral. Estava gorda. Eu queria trocar. O médico disse que não. (...)” (P1ND)

“(...) é sempre a mesma coisa, a mesma rotina, agora eu estou mesmo num beco sem saída, o meu profissional aqui e nada, ó (...) faz tempo que eu estou percebendo que eu estou alterada, estou sem o profissional, porque que nem, dia 09 eu vim, e aí, nada, sabe o que a médica falou pra mim? Que ia ter uma reunião com o doutor, que dia 31 ia vê o que ia fazer comigo... se aumentava a Quetiapina ou se me dava o antidepressivo, aí você respira fundo e vai embora né, daqui um mês você volta, mas ,às vezes ,você não ta bem e aí? (...) a gente parece cobaia, bom, é melhor ficar quieta... você fala sozinha, perguntam uma coisa e no fim(...)” (P1ND)

“Ah, eu acho que me faz mal sim (os medicamentos), porque eu acho que atacou meu fígado, eu sinto a minha boca amarga muito, e eu já falei isso pro médico e ele disse que não tem como mudar isso, que é esse e pronto.” (P2D)

Como também verificado por Miasso, Monteschi, Giaccherio (2009), na presente pesquisa os pacientes identificaram falhas nas orientações sobre os medicamentos, percebendo que sua vivência e conhecimentos a eles relacionados não são valorizados pelos profissionais que os assistem. Menezes (2009) obteve resultados semelhantes ao observar que, em certas situações, os pacientes não se sentem acolhidos pelos profissionais ou percebem uma postura de indiferença e até de despreparo por parte dos mesmos, colaborando para a não adesão ao tratamento.

Nesse sentido, Michalak et al. (2006) argumentam que enquanto o primeiro objetivo do tratamento clínico do TAB é a redução dos sintomas, para o paciente o mais importante pode ser conseguir engajar-se em atividades ou restabelecer adequadamente suas relações familiares.

Nesse contexto, destaca-se a importância dos serviços de saúde investirem na estruturação de grupos de psicoeducação, viabilizando espaço para ampliação de conhecimentos sobre o transtorno e tratamento, esclarecimento de dúvidas, troca de experiências além da escuta e acolhimento das angústias e incertezas dos pacientes relacionadas ao tratamento medicamentoso e outros aspectos de seu cotidiano. Desse modo, a estratégia psicoeducacional poderá resultar na ampliação do comportamento de adesão aos medicamentos e colaborar com os anseios e objetivos dos pacientes em relação a seu tratamento.

4.5 O impacto dos grupos de psicoeducação na qualidade de vida dos pacientes

Este tópico visa atender ao objetivo de avaliar o impacto dos grupos de psicoeducação diretivo e não-diretivo na qualidade de vida dos seus participantes. Destaca-se que a avaliação da qualidade de vida reveste-se de grande importância, pois permite colocar o paciente na condição de agente das investigações ao ajudá-lo a determinar suas preferências, possibilitando detectar diferenças sutis na resposta ao tratamento (MICHALAK et al., 2005). Como já mencionado, para avaliação da qualidade de vida foi escolhido um instrumento de coleta de dados, dentre aqueles disponíveis na literatura, que fosse confiável, válido, com comparabilidade transcultural, autoaplicável e de fácil entendimento para os pacientes com o intuito de que pudessem se autoavaliar a partir de suas percepções (WHOQOL GROUP, 1994).

A figura a seguir apresenta o desempenho dos grupos de psicoeducação no Domínio 1 (Físico) da escala WHOQOL-bref.

Figura 6 – Médias dos scores da WHOQOL-bref, domínio 1 (Físico), dos pacientes dos grupos de psicoeducação diretiva (D), não-diretiva (ND) e controle (C), ao longo do tempo.

Quanto aos domínios específicos da escala WHOQOL-bref, na Figura 6, é possível observar os resultados referentes ao Domínio 1 (Físico) ao longo do tempo. Destaca-se que o domínio físico, avaliado pela WHOQOL-bref, refere-se às facetas de dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamento e capacidade de trabalho.

Pela Figura 6 observa-se o aumento na qualidade de vida do grupo diretivo após seu início; todavia, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no referido domínio. Ressalta-se, ainda, que houve diferença significativa no grupo não-diretivo, entre as análises no M1 (início dos grupos) e no último encontro de *follow-up* (M5) ($p=0,04$), o que evidencia uma piora na qualidade de vida desses pacientes.

Uma possível explicação para o referido resultado, embasada não por instrumentos de mensuração, mas pela experiência clínica da coordenadora do grupo (e da orientadora desta pesquisa), bem como pela consulta frequente ao prontuário dos pacientes, é que no grupo diretivo os participantes mantiveram o humor mais elevado ao longo do tempo em comparação ao grupo não-diretivo. Alguns depoimentos refletem tais diferenças em pacientes de ambos os grupos:

“ quando eu saio de casa eu quero voltar e fazer todo serviço... eu tenho energia suficiente, se eu vejo uma louça eu não deixo na pia, eu fico louca. Eu limpo tudo.”
(P7D)

“eu fui no centro... fico doida né, compro mesmo... eu não posso ir mais no centro, comprei chinelo pra bordar, ontem eu comprei dez chinelos. Comprei um monte de coisa... meu dinheiro do salário já foi tudo lá... sabe o que eu faço quando eu não tenho dinheiro? Eu vou na minha conta, porque eu quero gastar...”(P3D)

“...quando eu tô muito triste do jeito que eu tô agora... meu Deus do céu, eu quero fazer as coisas e não consigo, sabe?! Eu quero! Eu quero ser esperta e não sou...”
(P6ND)

“Eu até choro de vivenciar aquilo que ainda não aconteceu! Não está acontecendo ainda, mas na minha cabeça, está!” (P5ND)

“(...) quando a gente tem o bipolar, tem essas fases da gente que a gente não ta bem pra fazer nada e uma das piores fases é da depressão” (P3ND)

Observando aspectos específicos avaliados no Domínio Físico da WHOQOL-bref, citam-se aqueles que podem ter contribuído para a diminuição da qualidade de vida no grupo não-diretivo, ao longo do tempo. Dentre tais aspectos, tem-se a dor ou desconforto, os quais estiveram relacionados principalmente a alterações clínicas não diretamente resultantes do transtorno, bem como à falta de energia ou fadiga, principalmente como sintomatologia de episódios depressivos e em decorrência de tratamento medicamentoso.

“Nesse ultimo mês eu tive problema com o “nervo ciático”, que no caso foi uma coisa aguda, na época me impossibilitava até de andar...” (P2ND)

“Eu tava com sinusite e depois atacou muita secreção, muita tosse, sabe?! O remédio que tava ta me dando fraqueza, sabe?! Hoje eu não tomei eles!” (P8ND)

“... tô tendo muita dor de cabeça. Ontem, pelo amor... Ó... se eu tivesse igual ontem, eu não ia vim aqui. Faz quinze dias que eu tô sentindo uma dor de cabeça e dor de ouvido. (P5ND)

Eu acho engraçado! Eu adorava passar roupa, agora se eu não mando uma menina passar pra mim, eu não dou conta (...) o remédio me deixa mole! (P6ND)

A literatura permite verificar que, em termos de episódios, os depressivos são frequentes em pacientes com TAB, levando a maioria a passar grande parte de sua vida deprimidos (TUNG, 2007). Os sintomas são variados e, entre eles, estão fadiga, cansaço, desânimo, falta de energia para trabalhar, fazendo com que mesmo as tarefas, antes consideradas fáceis de serem executadas, passem a ser percebidas como quase impossíveis (TUNG, 2007). Os medicamentos utilizados para ajustar o tratamento do TAB, como a fluoxetina, diazepam, clonazepam, entre outros, incluem também efeitos indesejáveis como a fadiga e falta de energia (CORDIOLI, 2005)

Outro aspecto do Domínio Físico que, ao longo do tempo, sofreu alteração negativa no grupo não-diretivo e alteração positiva no grupo diretivo, foi o sono. Foram frequentes, no grupo não-diretivo, os relatos dos pacientes de insatisfação com o sono, principalmente devido aos efeitos colaterais dos medicamentos.

“Eu tenho a impressão que não volto mais a dormir, eu tenho a impressão que eu vejo a noite inteira as horas e eu levanto como se eu tivesse dormido pouco, o problema é esse, que eu durmo aquele pinguinho que eu te falei, das 9 horas até 11...” (P2ND)

“...eu tive que aumentar a medicação, não dos normais que eu tomo. Ele aumentou o diazepam e o diazepam dá sono!” (P1ND)

“...o meu médico dizia que eu ia dormir muito cedo. Falou pra eu ir dormir meia-noite, mas eu não consigo! Dá 10h, eu apago! O meu sono tem durado muito pouco!” (P7ND)

Os distúrbios de sono, associados aos episódios depressivos e sintomas de irritabilidade, estão relacionados à pior qualidade de vida, visto que o funcionamento diário da pessoa está alterado (GAZALLE, 2008). Destaca-se que, além de interferir na qualidade de vida, a literatura aponta a sedação/sonolência como importante fator para problemas de adesão no transtorno bipolar (VELLIGAN et.al., 2009).

A figura a seguir apresenta o desempenho dos grupos de psicoeducação no Domínio 2 (Psicológico) da escala WHOQOL-bref.

Figura 7 - Médias dos scores da WHOQOL-bref, domínio 2 (Psicológico), dos pacientes dos grupos de psicoeducação diretivo (D), não-diretivo (ND) e controle (C), ao longo do tempo.

Destaca-se que o domínio Psicológico da escala WHOQOL-bref refere-se às facetas de sentimentos positivos e negativos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal; aparência e espiritualidade/religião/crenças

personais. Novamente não foi demonstrada diferença entre os grupos para essa variável. Ao longo do tempo, porém, verificou-se diferença significativa no grupo não-diretivo, pois, após melhora na qualidade de vida entre o M2 (término dos grupos) e M3 (primeiro encontro de *follow-up* ($p=0,04$), evidenciou-se piora da mesma, entre o M3 e M5 (final do seguimento dos pacientes) ($p=0,03$). O grupo diretivo apresentou aumento na qualidade de vida neste domínio ($p=0,06$), embora não significativo, entre o início do grupo (M1) e o primeiro encontro de *follow-up* (M3).

Verificando os aspectos específicos avaliados no Domínio Psicológico foram constatados aqueles que apresentaram melhora, na perspectiva do paciente. Nesse sentido, alguns podem ter contribuído para o aumento da qualidade de vida no grupo diretivo, ao longo do tempo, entre eles: sentimentos positivos, sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais e pensar/aprender/ memória e concentração.

Em relação ao aumento significativo na qualidade de vida, apresentado pelo grupo não-diretivo entre o M2 (término dos grupos) e M3 (primeiro encontro de *follow-up*), constatou-se que os aspectos específicos avaliados no Domínio Psicológico que contribuíram para o referido aumento foram: sentimentos positivos, espiritualidade/religião/crenças pessoais, pensar/aprender/memória e concentração. Um aspecto que contribuiu para a posterior diminuição da qualidade de vida no grupo não-diretivo foi “sentimentos negativos”, pois a maioria dos pacientes respondeu que sentimentos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão ocorrem com frequência, como revelam os depoimentos a seguir.

“...eu aproveito pouco, porque eu só trabalho.” (P5ND)

“...uma agonia muito, muito forte, tava ficando só deitada debaixo do edredom. Meu marido tinha que chegar, tinha que lavar a roupa, tinha que... louça eu não lavava, porque eu não comia, né. Tinha que fazer janta, tinha que fazer tudo...” (P6ND)

A figura a seguir apresenta o desempenho dos grupos de psicoeducação no Domínio 3 (Relações Sociais) da escala WHOQOL-bref.

Figura 8 – Médias dos scores da WHOQOL-bref, domínio 3 (Relações Sociais), dos pacientes dos grupos de psicoeducação diretivo (D), não-diretivo (ND) e controle (C), ao longo do tempo.

Quanto ao Domínio 3 (Relações sociais) da escala WHOQOL-bref, que refere-se às facetas de relações pessoais; suporte (apoio) social e atividade sexual, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos. Entretanto, quando analisados ao longo do tempo, os resultados mostram aumento significativo da qualidade de vida no grupo diretivo entre as medidas no início dos grupos (M1) e logo após seu término (M2) ($p=0,03$). Porém, essa melhora não se manteve significativamente ao longo do tempo. No grupo não-diretivo, mais uma vez é apresentada piora da qualidade de vida dos pacientes, neste caso, entre o M1 e o M5 ($p=0,04$).

Referente ao Domínio Social, todas as facetas apresentaram alterações positivas no grupo diretivo, ao longo do tempo, contribuindo para o aumento da qualidade de vida: relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual. Embora o nível de satisfação em relação à vida sexual tenha aumentado, conforme respostas dos pacientes à escala WHOQOL-bref, os mesmos pouco se pronunciaram sobre o assunto. Os depoimentos a seguir expressam a satisfação dos pacientes com as relações pessoais e apoio social, principalmente em relação ao cônjuge.

“Ela (esposa) me ajuda com as crises, ela fala que eu não to bem... por causa do lítio, eu to sempre medindo a pressão, porque ele aumentou a minha pressão. Então, lá tem um agente de saúde que passa uma vez por mês e ele vê a pressão e eu também tenho um aparelhinho que eu meço, é minha esposa que mede.” (P4D)

“Mas eu tenho o meu companheiro... Ele vem buscar remédio pra mim. Vem no doutor comigo... Ele me ajuda, você acha que eu vou largar dele? (P8D)

No grupo diretivo, foram observados aspectos avaliados pelo Domínio Relações Sociais que podem ter contribuído para a diminuição da qualidade de vida entre o M2 e o M3. Dentre tais aspectos têm-se as relações pessoais e Suporte (apoio) social devido, principalmente, à insatisfação com o apoio de amigos e familiares no referido período, como mostram alguns relatos das entrevistas.

“...meu marido foi solto, depois eu engravidei, depois...(pausa) perdi né... consegui um bico, nem tava vindo no medico, mas meu marido tava vindo pegar meus remédios porque eu sei que eu não posso ficar sem...” (P5D)

“...eu ando com problemas no meu trabalho, eu já pedi as contas, mas eles não me dão, aí já viu... porque eu tenho o seguinte, se eu tiver regra, eu fico mais louca ainda, eu não consigo receber ordem, não me da ordem, não me fecha, porque ai é pior ainda. (P3D)

“(...) semana passada minha mãe falava: “para com isso”... o essencial era comprar carne, essa coisas, eu comprei só perfume... Eu fico triste, eu gosto de comprar... a semana passada eu chorei muito, minha mãe falou que eu tava muito assustada, fiquei muito agitada, não conversava... ela fica falando que eu to difícil.” (P6D)

No grupo não-diretivo, todos os aspectos avaliados no Domínio Relações Sociais contribuíram para a diminuição da qualidade de vida dos participantes, ao longo do tempo: relações pessoais; suporte (apoio) social e atividade sexual, conforme mostram os depoimentos a seguir.

“Eu to separada tem muito tempo, então eu queria ter um companheiro pra estar comigo no dia-a-dia do meu lado, entendeu?... não só pra relação sexual, mas pra ter um companheiro.” (P5ND)

“É aonde eu falo pra você que ta me irritando o meu esposo ficar perguntando “por que você não fez comida?” Ele fica me tratando como criança! Eu não fiz, porque não quis! Eu não tive vontade.” (P3ND)

“...Porque cuidador mesmo é meu marido, mas ele às vezes não liga como eu to”. (P6ND)

“Eu fico chateada como ela (familiar com quem mora) fala comigo! Se eu faço duas vezes a mesma mistura durante a semana, ela fala “fez isso de novo? Por que você não faz outra coisa?”... Aí, ela fala “vou comer isso de novo?” Aí, eu fico chateada! Além de fazer, ainda fica reclamando?” (P1ND)

Cabe considerar que neste domínio os sujeitos do grupo não-diretivo tiveram escores iniciais já elevados no início do estudo, o que pode ter contribuído para os resultados obtidos. A esse respeito, Hayhurst et al. (2006) observaram que pacientes em depressão têm escores de qualidade de vida piores que pacientes em mania e em eutimia. Tal consideração se faz relevante visto que, conforme observação da coordenadora dos grupos, os pacientes do grupo não-diretivo apresentaram, ao longo do tempo, maior evidência de sintomas depressivos e, se os escores iniciais de qualidade de vida não estão tão prejudicados, um aumento estatisticamente significativo dos mesmos é mais difícil de obter.

Ressalta-se que em artigo recente de revisão sobre qualidade de vida em pacientes com TAB, IsHak et al. (2012) sugerem que o suporte social, enquanto determinante de qualidade de vida, é priorizado pelos pacientes.

A figura a seguir apresenta o desempenho dos grupos de psicoeducação no Domínio 4 (Meio ambiente) da escala WHOQOL-bref.

Figura 9. Médias dos scores da WHOQOL-bref, domínio 4 (Meio ambiente), dos pacientes dos grupos de psicoeducação diretivo (D), não-diretivo (ND) e controle (C), ao longo do tempo.

O Domínio 4 (Meio Ambiente) refere-se às facetas de segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte. No referido domínio, cujos resultados podem ser visualizados na Figura 10, foi observada diferença significativa entre o grupo não-diretivo e o grupo controle ($p=0,02$). Ao longo do tempo, tal diferença se confirmou, demonstrando piora na qualidade de vida desses pacientes. Tais diferenças foram evidenciadas entre o término do seguimento dos pacientes (M5) em relação ao início dos grupos (M1) ($p=0,04$) e ao primeiro encontro de *follow-up* (M3) ($p=0,05$).

As facetas do Domínio Meio Ambiente que contribuíram para a diminuição da qualidade de vida no grupo não-diretivo, ao longo do tempo, foram: segurança física e proteção; ambiente no lar; participação e oportunidades de recreação/lazer e recursos financeiros. Ainda no grupo não-diretivo, o aumento nos escores de qualidade de vida entre o M2 e o M3 foi devido às oportunidades de adquirir novas

informações e habilidades e ambiente físico. No grupo diretivo, todas as facetas avaliadas contribuíram para o aumento da qualidade de vida dos participantes ao longo do tempo.

Neste domínio, a análise dos dados revelou o mesmo comportamento observado em relação ao domínio anterior, no qual o grupo não-diretivo teve escores iniciais elevados, o que pode ter contribuído para não obtenção do resultado esperado.

Avaliar a qualidade de vida após determinada intervenção é de suma importância, visto que tal avaliação pode indicar a melhora funcional do paciente e não só a sintomática. Dessa maneira, tem sido preocupação crescente entre os pesquisadores avaliar também a melhora funcional após alguma intervenção (MICHALAK et al., 2005).

Na apresentação dos resultados referentes à qualidade de vida foram expostas as facetas que contribuíram para seu aumento ou diminuição, em ambos os grupos de intervenção, bem como depoimentos dos participantes do estudo visando evidenciar que há aspectos que melhoraram ou pioraram em decorrência dos grupos e outros que sofreram alteração como consequência de fatores externos aos mesmos.

Vale mencionar que embora os resultados deste estudo demonstrem tendência do grupo diretivo para aumento significativo da qualidade de vida em alguns domínios, tais resultados não são corroborados pela literatura, a qual tem evidenciado o impacto significativamente positivo da psicoeducação sobre a qualidade de vida de pacientes com TAB em todos os domínios, ou na maior parte deles. Como exemplo, o estudo de Michalak et al. (2005) avaliou o impacto da psicoeducação na qualidade de vida de pacientes com TAB que apresentavam prejuízos nesse quesito mesmo quando estavam em eutímia e verificou melhora na mesma.

Dado interessante obtido no presente estudo refere-se ao aumento na qualidade de vida das pessoas pertencentes ao grupo diretivo, após o término das sessões, principalmente na medida do último encontro de *follow-up* (M5). E, em contrapartida, à piora na qualidade de vida, ao longo do tempo, das pessoas que frequentaram o grupo não-diretivo. A esse respeito, Colom et al. (2009) verificaram que nos itens avaliados em sua pesquisa com grupo diretivo, ou seja, a eficácia deste tipo de grupo em prevenir recorrência de crises em pacientes com TAB, o efeito do grupo se manteve cinco anos após a intervenção. Os participantes do grupo de psicoeducação tiveram menor número

de crises e mediana de menor número de internações do que os pacientes que tiveram somente o tratamento padrão. É possível que isso possa ter ocorrido na variável qualidade de vida no presente estudo, demonstrando um melhor resultado do grupo diretivo ao longo do tempo nesta variável.

Conforme discutido acima, pode ser uma evidência de que um grupo com sessões mais estruturadas possa ter efeito mais duradouro. A esse respeito, Colom (2011), em um artigo de editorial, considera a importância de grupos bem estruturados para obtenção de melhores resultados. Ou seja, com profissionais treinados para tal e experientes, com consciência do objetivo que pretendem atingir. Para esse autor, a melhor definição de psicoeducação remete ao empoderamento (*empowerment*) que a intervenção pode propiciar aos pacientes no sentido de conseguir melhores estratégias de enfrentamento do transtorno.

Em contrapartida, um estudo evidenciou que em um grupo de psicoeducação, utilizando um modelo mais simplificado, segundo o qual eram realizadas de 7 a 12 sessões, os efeitos não foram tão proeminentes em relação ao tempo de permanência sem episódios maníacos após o grupo (LOBBAN et al., 2010).

Por outro lado, há resultados na literatura que corroboram os dados encontrados na presente pesquisa. Destaca-se o estudo desenvolvido por Pellegrinelli (2010), no qual também foi utilizada a psicoeducação em grupo diretivo como intervenção para pacientes com TAB, baseando-se no modelo proposto por Colom et al. (2003a). A autora observou melhora clínica global maior no grupo de intervenção em relação ao grupo controle. Com relevância para a presente investigação, ressalta-se que o referido estudo não identificou melhora na qualidade de vida dos pacientes após a intervenção grupal, a não ser uma tendência positiva no domínio 4 da escala, referente ao meio ambiente. A autora atribui tal resultado a sintomas depressivos observados nos pacientes (PELLEGRINELLI, 2010).

De fato, acreditava-se que os pacientes fora de episódios agudos estariam, em sua maioria, no estado eutímico. Entretanto, a literatura tem ratificado que mesmo pacientes com TAB, em uso de esquema terapêutico apropriado, passam, em média, até 50% do tempo com sintomas residuais, incluindo alguns incapacitantes (KAPCZINSKI; QUEVEDO, 2009). Considerando-se que a variável presença de sintomas clínicos de alteração de humor não foi controlada, tal fato pode ter contribuído para os resultados referentes à qualidade de vida, obtidos na presente pesquisa, mesmo após a intervenção grupal.

A definição de qualidade de vida pela OMS foi concebida de modo a ser válida em todo lugar do mundo: “a *percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL GROUP, 1994). Ressalta-se que a medida de qualidade de vida é independente de mudanças concretas na vida, ou seja, as mudanças podem ter ocorrido, mas o indivíduo pode não ter essa percepção.

Nesse sentido, em um estudo com abordagem qualitativa que não verificou a qualidade de vida propriamente dita, mas que objetivou compreender as implicações de um grupo de psicoeducação no cotidiano de pacientes com TAB, foi observado que o grupo favoreceu, entre outros aspectos, mudanças positivas na vida, a descoberta de outras realidades e formas de enfrentamento da doença (MENEZES, 2009).

Diante de toda a literatura disponível versando sobre qualidade de vida no TAB, IsHak et al. (2012), em um artigo de revisão, fazem uma importante consideração. Levantam a questão sobre a fidedignidade de medidas de autorrelato em pacientes com TAB devido à possibilidade de *insight* diminuído e aspectos afetivos típicos da patologia e alertam para a relevância de se procurar apurar instrumentos de medida de qualidade de vida para esses pacientes.

Serão apresentados a seguir os dados de natureza qualitativa que descrevem o cotidiano das pessoas com TAB antes e após a participação nas seções dos grupos de psicoeducação. Os dados qualitativos aqui descritos permitem a ampliação do conhecimento já apontada pelos dados quantitativos. Eles também expõem o impacto dos grupos de psicoeducação em aspectos que não foram investigados pelos instrumentos de mensuração.

4.6. O cotidiano da pessoa com TAB antes e após a participação nos grupos de psicoeducação

Os participantes desse estudo foram convidados a descrever o próprio cotidiano antes e após os grupos de psicoeducação diretivo ou não diretivo.

Durante a análise qualitativa dos dados sobre esse cotidiano buscou-se comparar o conteúdo dos depoimentos dos participantes dos grupos diretivo e não diretivo.

A análise dos dados obtidos neste estudo permitiu a construção de três categorias que revelam elementos significativos do cotidiano das pessoas com TAB que participaram da pesquisa. As categorias foram denominadas: “A compreensão e aceitação do transtorno”, “O desejo de estabelecer trocas” e “As limitações no cotidiano”.

É válido ressaltar que essas categorias não se distinguem entre si pela cronologia, mas tratam de distintas esferas do dia a dia dos entrevistados. Desse modo, cada categoria possui elementos que permitem identificar tanto o “antes” quanto o “após” o término das seções grupais.

4.6.1 A compreensão e aceitação do transtorno

O acometimento pelo TAB altera o contexto de vida do paciente e o impele a buscar muitas respostas. Essa pessoa deseja saber o motivo dos sintomas e limitações experimentadas e almeja informações relacionadas ao transtorno e tratamento.

Anteriormente ao grupo de psicoeducação, os depoimentos evidenciaram dúvidas, temores, falta de conhecimento e preocupações relacionadas ao TAB e tratamento. Além disso, os pacientes revelaram sentir insegurança frente às várias informações e conselhos conflitantes que recebiam. Dessa forma, ansiavam por respostas corretas para solucionar definitivamente as dúvidas que apresentavam.

Após os grupos de psicoeducação, os entrevistados manifestaram ampliação do conhecimento sobre o transtorno e tratamento, sobre maneiras de lidar com as dificuldades decorrentes do TAB e referiram também maior autoconhecimento. Vale mencionar que o aumento do conhecimento sobre o TAB nem sempre correspondeu à maior aceitação do diagnóstico.

Serão apresentadas a seguir as subcategorias que compõem a categoria “A compreensão e aceitação do transtorno”.

4.6.1.1. Insegurança e falta de conhecimento sobre o transtorno

Antes dos grupos de psicoeducação, os pacientes manifestaram insatisfação com o conhecimento que possuíam sobre o TAB. Em seu cotidiano, vivenciavam os sintomas do TAB continuamente, mas desconheciam muitos aspectos relacionados ao transtorno e ao tratamento. Desse modo, muitos deles sentiam insegurança por não saber como manejar o transtorno.

A literatura sugere que o indivíduo possa sentir-se perturbado ao perceber sua falta de conhecimento sobre o TAB e ao deparar-se com expressões técnicas desconhecidas, usadas para descrever o transtorno (FIGUEIREDO et al., 2009). Por outro lado, é indispensável que o paciente reconheça os sintomas do transtorno e a necessidade de seu controle. Portanto, a educação do paciente é parte do trabalho terapêutico a ser com ele desenvolvido (FRANCIONI; COELHO, 2004; JUSTO; CALIL, 2004).

O transtorno mental não é somente um diagnóstico, pois se estabelece também na experiência vivida pelo paciente (LOUZÃ e ELKIS; 2007). Os pacientes relevaram conhecer o transtorno mais a partir da própria experiência do que baseados em alguma fonte de informação.

“(...) Eu entendo um pouco do que eu sinto no dia-a-dia, pelos sintomas que eu tenho, mas não com as informações que eu tenho de fora. (P5D)”

Na convivência com o transtorno, os participantes do estudo também estavam insatisfeitos com seu autoconhecimento, pois manifestavam dificuldade para discernir os sintomas do TAB de características da própria personalidade e julgavam desconhecer os próprios limites.

“Ela (doença) te dá essa insegurança. Se é a sua atitude ou se é a sua doença.” (P3D)

“Eu me pergunto: Será que no dia de amanhã eu posso tirar a vida de alguém perto de mim ou de outras pessoas?” (P3D)

“Eu me irrita fácil. Eu não sei se é coisa de velho ou se é doença.” (P7D)

As pessoas com TAB desejavam identificar, em suas atitudes, o limiar entre a normalidade e anormalidade, entre a saúde e o transtorno mental. Entretanto, tinham dificuldades para reconhecê-lo, pois percebiam o quanto é tênue o limite entre saúde e transtorno mental.

“Gostaria de ter uma resposta (...). Por exemplo: olho, eu vou comprar um carro. Eu quero comprar um carro? Sou eu ou meu impulso? Eu não preciso de carro. Queria saber quando eu estou ultrapassando meu limite, pois eu tenho dificuldade ainda.” (P3D)

Estudo realizado por Coelho e Filho (2005), em um contexto brasileiro, revelou a dificuldade das pessoas em estabelecer um claro limite entre a normalidade e a anormalidade. Os autores identificaram múltiplos pontos de vista sobre a normalidade mental e propuseram que entre o normal e o anormal existem outras categorias intermediárias que são relativas e têm limites nebulosos.

Ao discorrer sobre a falta de compreensão relacionada ao transtorno, alguns entrevistados referiam não saber sequer o nome do seu diagnóstico enquanto outros sabiam nomear o TAB, mas não conseguiam entender exatamente do que se tratava. A falta de conhecimento dos pacientes sobre o TAB é corroborada pela literatura (MENEZES; SOUZA, 2012; MIASSO, 2006).

“Eu nem sabia que o nome da minha doença era aquela que você tinha falado ali no papel.” (P1D)

“(Eu não sei) Nada! Eu sei o nome, mas eu não sei o que é.” (P5D)

Houve pessoas que acreditavam ter outro diagnóstico. Esse fato pode ter relação com informações obtidas anteriormente nos serviços de saúde, pois há uma complexidade na definição do diagnóstico do TAB, facilmente confundido, principalmente, com o transtorno esquizoafetivo (NARDI et al., 2005) e depressão (SMITH et al., 2011). Entretanto, o atraso e equívocos no diagnóstico do TAB também elevam sua carga e seus custos (COSTA, 2008).

“Eu não entendia nunca a minha doença, agora eu entendo mais, é transtorno de personalidade, de dupla personalidade.” (P6D)

“Ah, então, é depressão não é?” (P5ND)

Diante da falta de conhecimento sobre o TAB e o tratamento, as pessoas buscavam sanar dúvidas recorrendo a diversas fontes de conhecimento, nem sempre relacionadas à psiquiatria. Assim, obtinham informações conflitantes, elevando a insegurança relacionada à compreensão e manejo do transtorno.

“(...) Eu tenho várias informações, de várias pessoas e eu tento não guardar isso porque eu não sei se aquilo está certo ou está errado

“Oh, uma moça falou pra mim assim. Ó vai naquela igreja, que o pastor falou que você para de tomar o remédio e você melhora. E eu fazia! Jogava na planta. Hoje eu odeio a igreja crente! Porque eu me ferrei. Eles foram falar pra eu parar de tomar remédio num dia e no outro eu internei.” (P6D)

Sem compreender o transtorno e a necessidade do tratamento, os pacientes se mostraram, em algumas situações, propensos a não adesão diante de conselhos e opiniões de terceiros sobre a conduta a ser seguida em relação ao tratamento.

“(...) da ultima vez que eu fiquei ruim, uma pessoa me disse pra eu parar com os remédios e eu parei. Daí eu fiquei ruim, ruim...” (P6ND)

“(...) meu marido falava pra eu parar [com os medicamentos], eu só queria ficar na cama, não arrumava nem casa, nem cuidava do bebê [do filho]... Não fazia nada.” (P3ND)

“(...) eu já parei o tratamento porque a minha mãe e meus irmãos falavam que eu estava ficando pior com os remédios.” (P2D)

O conhecimento insuficiente pode afetar a adesão ao tratamento (SAJATOVIC et al., 2009; SANTIN; CERESÉR; ROSA, 2005) e comprometer a

segurança dos pacientes no seguimento da terapêutica medicamentosa, especialmente quando desconhecem o esquema terapêutico, a necessidade do tratamento, efeitos colaterais e cuidados necessários.

*“Eu tenho tomado um monte de medicamentos que eu nem sei mais qual é qual.”
(P6ND)*

Estudos apontam que pessoas com TAB e seus familiares têm baixo nível de conhecimento sobre os medicamentos prescritos, especialmente no que diz respeito à dose e frequência de administração dos fármacos. Essa falta de conhecimento pode expor os pacientes ao risco de extradoses, omissões de doses e manutenção do fármaco fora dos níveis terapêuticos, propiciando a ineficácia do tratamento ou toxicidade (CRUZ et al., 2011; MONTESCHI; VEDANA; MIASSO, 2010;).

Os dados apresentados nessa subcategoria sugerem a importância de abordagens educativas para os participantes do estudo.

4.6.1.2. Ampliando o conhecimento

Após o desenvolvimento dos grupos de psicoeducação, os pacientes afirmaram ter adquirido maior compreensão sobre o TAB e o tratamento e se percebiam mais seguros e capacitados para manejar o transtorno. Tais avanços no conhecimento sobre o transtorno estão entre os objetivos da psicoeducação (COLOM; VIETA, 2004b; FIGUEIREDO et al., 2009; KNAPP; ISOLAN, 2005).

“O grupo ajudou a lidar melhor com a doença, explicou coisas que a gente nem imaginava né?” (P1D)

“Ah... Eu não entendia era nada né? Hoje eu entendo que eu preciso cuidar e o nome dela né?” (P8D)

Também conseguiam ressignificar a própria experiência a partir das experiências compartilhadas e do conhecimento científico. A abordagem

psicoeducacional tem potencial para facilitar uma mudança na visão filosófica sobre o tratamento do transtorno (MACZKA et al., 2010).

Os entrevistados enfatizaram que os grupos colaboraram para que tivessem maior domínio sobre termos técnicos e para que pudessem definir adequadamente os conceitos relacionados ao transtorno e ao tratamento.

“Eu acho que o grupo foi muito bom. A gente nem sabia o nome da doença né? É transtorno bipolar né?” (P1D)

“É uma doença do humor. Tem período que você fica bem e tem período que você fica mal.” (P8ND)

Consideraram relevante o aprendizado sobre o esquema terapêutico e efeitos terapêuticos e colaterais. Alguns relataram também maior convicção sobre a necessidade de aderir ao tratamento medicamentoso para obter os efeitos terapêuticos de um medicamento recém-iniciado. O grupo de psicoeducação tem o potencial de esclarecer dúvidas sobre aspectos variados do transtorno e tratamento (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2007).

“Eu gostei de participar do grupo, porque eu aprendi muito sobre os remédios né, como tomar, sobre os efeitos colaterais (...) aprendi que não pode ficar sem o remédio.” (P2D)

(Aprendi) que tem que ir controlando com medicamento. (P2ND)

“É uma doença que tem que ter certo cuidado, tomar remédio sempre.” (P6ND)

Os grupos de psicoeducação colaboraram para que os pacientes percebessem sua responsabilidade diante do próprio tratamento e a possibilidade de assumirem um papel ativo e de interferirem no curso do transtorno.

“Antes não tinha nem vontade de tomar remédio, na verdade, eu nem tomava! Agora eu sei que, mesmo fazendo mal, eu tenho que tomar (...). Antes os outros falavam, “ai, não toma esse remédio não, você vai ficar dependente. Aí que você vai ficar

ruim". E eu acabava indo na cabeça dos outros. E hoje não! Eu sei que se eu não tomar vai ser pior pra mim (...) o grupo me ajudou a ver isso né?" (P5D)

O estímulo para que a pessoa com transtorno mental seja ativa no próprio tratamento deve ser trabalhado em abordagens psicoeducacionais (FIGUEIREDO et al., 2009, JUSTO; CALIL, 2004; MENEZES; SOUZA, 2011, 2012). Diversos autores preconizam a corresponsabilização do paciente pelo próprio tratamento e o respeito à autonomia, ao protagonismo e à capacidade de autodeterminação do paciente psiquiátrico (AMARANTE, 2001; GRANERUD; SEVERINSSON, 2003; PESSINI; FELÍCIO, 2009; ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009), pois tais elementos facilitam a adoção de comportamentos mais saudáveis (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Apesar da ampliação do conhecimento sobre a farmacoterapia e sua importância, não foi observado aumento expressivo da adesão entre os pacientes após o grupo, como já mencionado nos dados quantitativos do presente estudo. A esse respeito, deve-se considerar que, embora o conhecimento sobre os medicamentos seja condição básica para a adesão ao tratamento, por si só ele não a garante, pois é apenas um dos diversos fatores envolvidos nesse fenômeno (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009).

O autoconhecimento também foi facilitado pelas informações, discussões e reflexões dos grupos de psicoeducação. Pacientes afirmaram ter maior habilidade para distinguir as próprias características pessoais dos sintomas e comportamentos indicativos de alterações de humor. O autoconhecimento, propiciado pela psicoeducação, pode auxiliar o paciente a reconhecer precocemente sintomas iniciais de crises e seu melhor manejo (FIGUEIREDO et al., 2009; MENEZES; SOUZA, 2012).

"Uma coisa que eu não sabia era da mania, eu não consigo ficar sem comprar linha, eu tenho um monte (...) Eu não consigo chegar lá e não comprar, e isso o grupo ajudou, me alertou, ajudou... Autoconhecimento e lidar melhor com a doença, (...) ver se está fugindo um pouco, que não é do normal dela do dia-a-dia e aí, você procura o serviço, às vezes ajusta a dose. (...) E se você consegue ter essa percepção e fazer isso (...)E como você faz pra não ter a crise? Sabendo lidar com isso... vendo se alguma coisa está fora do compasso" (P3D).

As estratégias de psicoeducação podem favorecer a prevenção de novos episódios de crises por meio do reconhecimento precoce dos sintomas, o manejo de situações que elevam o estresse e ansiedade e o melhor gerenciamento de situações de crise (FIGUEIREDO et al., 2009; KNAPP; ISOLAN, 2005).

“E quando ela (crise) vem, ela dá certos sinais. Eu, por exemplo, falo demais, ou caio demais, assim, me deprimó né? Daí eu já percebo.” (P6ND)

“É mudança de humor, ao mesmo tempo em que eu deixo a casa cair, eu vou acumulando, onde depois eu fico ruim... Até tem uma hora que eu estouro.” (P3D)

Entre todos participantes do grupo, uma pessoa afirmou que esperava obter mais conhecimento do que o grupo lhe forneceu.

“Eu esperava mais! Tipo assim, aprender mais do que eu já sei. Mas algumas coisas, algumas dicas contribuíram sim.” (P3D)

As pessoas consideraram positiva a ampliação do autoconhecimento e do conhecimento sobre o TAB, manejo do transtorno e tratamento. Entretanto, algumas expressaram pesar ao falarem sobre a cronicidade do transtorno que, mesmo sendo passível de controle, não é curável.

“Ah, eu entendo que não tem jeito mesmo né? Tem que tomar remédio.” (P2D)

A maior compreensão sobre o TAB não correspondeu, necessariamente, à maior aceitação do transtorno por parte dos pacientes, como revela a subcategoria seguinte.

4.6.1.3. Aceitação do diagnóstico

Os participantes do estudo, antes, durante e após o grupo de psicoeducação, expressaram sua dificuldade em aceitar o TAB. Essa relutância em aceitar o

diagnóstico manifestou-se tanto pela falta de *insight*, quanto pelo inconformismo de ser surpreendido por uma morbidade imprevisível, indesejada e permanente.

A não aceitação, em alguns casos, foi acompanhada pela não aceitação do tratamento para o transtorno. A literatura evidencia que a falta de *insight* é frequente em pacientes que não aderem ao tratamento (SCOTT; POPE, 2002), pois, por não se perceberem com um transtorno, não identificam motivos convincentes para seguir a terapêutica medicamentosa, abandonando-a com maior facilidade (MIASSO, 2006; MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009).

“Eu tenho esse problema. Eu não consigo aceitar isso! Eu tenho esse problema, eu não consigo aceitar. Eu faço o tratamento, mas não me vejo dentro do tratamento. Pela pessoa que eu sou, eu ter este problema.” (P3D)

Embora a psicoeducação possa colaborar para o aumento do *insight* (COLOM; VIETA, 2004b; KNAPP; ISOLAN, 2005; MENEZES; SOUZA, 2012), não é possível afirmar que isso tenha ocorrido com todos os pacientes do presente estudo.

A dificuldade em aceitar o diagnóstico impelia alguns pacientes a retornarem, por diversas vezes, a esse assunto durante os grupos. Era comum que esses participantes associassem o tema abordado na seção grupal do dia à aceitação do transtorno. Em algumas ocasiões, pareciam defender a hipótese de que não tinham TAB; em outros momentos, expunham suas dúvidas e solicitavam esclarecimentos e opiniões dos demais participantes. Mesmo após afirmarem ter sanado suas dúvidas, retornavam ao assunto em seções grupais posteriores. Essas inquietações foram acolhidas pelos coordenadores e demais componentes dos grupos.

Houve pacientes que se sentiam desafortunados por terem sido acometidos pelo TAB e permaneciam inconformados com o diagnóstico. Nesse contexto, desejavam saber o motivo do aparecimento do transtorno. Muitas hipóteses foram por eles levantadas na tentativa de definir a causa do TAB: problemas e sofrimentos cotidianos, alimentação, sedentarismo, fase da lua, lesão cerebral, excesso de ruídos no ambiente de trabalho, entre outras. É importante destacar que alguns culpavam pessoas pelo aparecimento do transtorno.

“A gente acaba ficando assim porque sofreu algum problema, acaba ficando doente da cabeça. Eu fui muito sofrida com o marido que eu tive. Eu acordei com o meu

marido com duas facas em cima de mim pra me matar (...) por isso eu tomo os remédios até hoje... É na cabeça né... a minha doença.. é uma disfunção na cabeça, é uma lesão que no cérebro por causa do ruído das maquinas [de fundição]" (P7ND)

"Eu achava que era alimentação, daí eu começava a tomar vitaminas. Será que era falta de exercícios físicos? Daí eu começava a fazer exercícios, sabe. Então, desde a adolescência eu vinha tentando descobrir o que acontecia comigo. Será que era a fase da lua?" (P2ND)

Os fatores de risco e as hipóteses de possíveis situações que contribuem para o aparecimento do TAB foram abordados nos grupos de psicoeducação. Essas pessoas almejavam uma resposta exata e bem definida que explicasse como a ciência define a causalidade do TAB. Muitos também ansiavam saber o motivo do acometimento pelo TAB, em uma dimensão individual, ou seja, queriam entender a razão pela qual justamente eles foram acometidos pelo transtorno.

"Ah, eu não sei como ela apareceu nem porque né, mas como eu entendo ela? Eu não consigo entender. Eu não consigo entender (...) por que eu fiquei desse jeito? Eu era uma pessoa que trabalhava... (...) por que eu fui ficar desse jeito?" (P3ND)

De acordo com os relatos dos entrevistados, a dificuldade de aceitação do TAB era acentuada por características peculiares do transtorno que o tornam distinto de doenças clínicas em geral. Entre essas características, foram citadas a ausência de substrato orgânico que comprove o transtorno mental e a falta de alteração física como prova visível da presença do TAB. Foi mencionada ainda a dificuldade para reconhecer sintomas durante a fase de mania, na qual ele "se sente bem".

Essas características fazem com que a experiência do TAB pareça mais abstrata, menos concreta do que a experiência de ter uma morbidade orgânica, o que pode propiciar que, em alguns momentos, o diagnóstico de TAB pareça infundado. Nessas situações, o paciente pode questionar-se ou ser questionado por outras pessoas sobre a veracidade do diagnóstico.

"Doença mental é uma doença que está na cabeça, mas nem você nem as pessoas a sua volta vêem." (P4D)

“...larga mão desse remédio ai, larga isso pra lá, você não tem nada, você que botou essa coisa na cabeça” (risos), eles falam isso.” (P8D)

“Pois veja bem, a gente vai no medico ele diz que você tem uma doença e que tem que tomar um remédio pro resto da vida, mas você se sente bem, como que faz né... então é bom pra entender, porque o medico disse então nós vamos ter que entender.” (P7D)

Com esforço e resignação, houve pessoas que tentavam aceitar e se acostumar com o diagnóstico e com o impacto que o transtorno ocasionava em suas vidas. Destaca-se ainda a dificuldade dos pacientes em aceitar que o TAB seja incurável, por tratar-se de uma realidade difícil e decepcionante.

Eu acho que pra mim foi meio difícil no começo, aceitar. Eu não aceitava essa doença. Mudou totalmente a minha vida. (P5ND)

A minha doença sabe, eu acho que é uma crise que a gente tem e tem que aceitar, tem que aceitar. É uma doença que eu tenho e eu tenho que conviver com ela... (P1ND)

Eu entendo a minha doença, que eu tenho que me acostumar com ela. É uma doença que não tem cura e eu tenho que me acostumar com ela porque diz, que não sara mesmo né. (P1D)

Essa subcategoria revelou que a ampliação do conhecimento e o esclarecimento de muitas dúvidas não são suficientes para solucionar e eliminar todos os conflitos internos vivenciados em relação à aceitação do transtorno. De forma geral, os pacientes estavam mais conscientizados sobre o TAB após os grupos de psicoeducação. Entretanto, aceitar ou conformar-se com um transtorno mental crônico era mais difícil.

4.6.2 O DESEJO DE ESTABELECEER TROCAS

A segunda categoria “O desejo de estabelecer trocas” abrange experiências do cotidiano dos pacientes que estiveram diretamente relacionadas à participação nos grupos de psicoeducação.

De acordo com os relatos dos entrevistados, a oportunidade de participar ativamente de um grupo, partilhar conhecimentos e ser acolhido por outras pessoas, se constituiu, por si só, em uma experiência terapêutica.

Os participantes, desde o momento em que foram convidados para o grupo, apresentaram expectativas que motivaram sua abertura para participar dos encontros grupais e para deles se beneficiarem de alguma forma. Os grupos de psicoeducação representaram, em seu cotidiano, um espaço onde suas opiniões foram respeitadas, vínculos puderam ser construídos, experiências foram compartilhadas, além do ensino e aprendizagem com os coordenadores e demais participantes dos grupos.

Entretanto, essa mudança em seu cotidiano foi mais intensa no tempo e local nos quais os grupos foram realizados. Dessa forma, essas pessoas desejavam que o grupo permanecesse, proporcionando esses momentos terapêuticos permanentemente.

Serão apresentadas a seguir as subcategorias que constituem a categoria “O desejo de estabelecer trocas” e que permitem aprofundar a compreensão dessa experiência.

4.6.2.1 As expectativas em relação ao grupo

Após o convite para participar dos grupos de psicoeducação, os pacientes descreveram suas expectativas em relação aos encontros grupais e revelaram como esperavam que o grupo pudesse ajudá-los. Nos depoimentos, destacou-se a expectativa de construir um conhecimento mais consolidado sobre o TAB, por meio das orientações dos profissionais e da troca de experiências com os demais pacientes. Sua expectativa era que a psicoeducação auxiliasse para que pudessem

compreender as modificações experienciadas no cotidiano em decorrência do TAB, a aceitar o diagnóstico e a manejar os sintomas de forma adaptativa.

“É uma ajuda a mais que a gente precisa na doença. E eu não me acostumo com ela, não me sinto bem.” (P3ND)

“Porque quando você sabe do problema e entende, você aprende a lidar no dia a dia.” (P5D)

“Ah, eu acho que esse grupo aí que vocês tão fazendo pode ajudar a entender essa loucura que está dentro da cabeça da gente né?” (P7D)

Grande parte dos pacientes mencionou o desejo de aprofundar o conhecimento que possuíam sobre o transtorno e o tratamento, pois o consideravam insuficiente. A educação é importante fator no convívio com condições crônicas (FRANCIONI; COELHO, 2004).

“Eu espero ter mais um aprofundamento, né? (...) eu tenho uma noção, mas eu quero me aprofundar mais pra conhecer outras coisas.” (P1ND)

“Espero que eu consiga aprender alguma coisa mais do que eu já sei, e sei muito pouco!” (P8ND)

Houve pessoas que verbalizaram sentir falta de poder conversar sobre o transtorno e obter explicações no serviço de saúde. Assim, consideravam que o grupo de psicoeducação poderia atender a essa necessidade, suprimindo uma carência do serviço.

“Porque aí, vocês iam esclarecer bastante coisas pra gente, pra mim é o que falta no serviço, alguém que tenha mais tempo pra conversar e explicar sobre a nossa doença.” (P3ND)

Evidenciou-se, no discurso desses entrevistados, a necessidade de maior investimento nas tecnologias leves para a produção do cuidado oferecido no serviço

onde o estudo foi desenvolvido. A ênfase em tecnologias leves do cuidado possibilita, de forma efetiva e criativa, a manifestação da subjetividade do outro a partir do acolhimento, vínculo, visão integral e promoção da autonomia do usuário dos serviços de saúde. Somente pela utilização desses recursos pode haver a interpretação mútua entre o que o serviço pode oferecer e o que o usuário necessita e deseja em sua vida cotidiana (JORGE, 2011; MARTINES; MACHADO, 2010). Além disso, para que a educação em saúde ocorra de forma efetiva, é necessário que os profissionais considerem as percepções, sentimentos, crenças, conhecimentos e expectativas dos pacientes (FRANCIONI; COELHO, 2004).

Para ampliar o próprio conhecimento sobre o TAB, as pessoas julgaram ser essencial a oportunidade de receber orientações e explicações de pessoas “de referência”, as quais estudaram e se especializaram em saúde mental e psiquiatria. Segundo suas falas, os profissionais possuíam um conhecimento legitimado, portanto, mais fidedigno e valorizado do que as informações das “pessoas da rua”. Dessa forma, o conhecimento científico sobre o TAB poderia ser útil para auxiliar os pacientes a lidarem com os conhecimentos conflitantes, obtidos de pessoas leigas com as quais conviviam.

Estudo desenvolvido por Menezes e Souza (2012) também verificou que pacientes valorizam as informações de especialistas em TAB por sentirem maior segurança e confiança nessas informações do que em outras fontes, mais suscetíveis a distorções, modismos e preconceitos.

A orientação e informação são essenciais para que o paciente possa compreender o transtorno e participar do próprio tratamento de forma adaptativa (FRANCIONI; COELHO, 2004; JUSTO; CALIL, 2004; ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

“Eu acho que pode ser que o grupo ajude nas dúvidas, mas eu acho difícil. Eu acredito que a expectativa do grupo é que eu vou mais ajudar do que ser ajudada.”
(P3D)

As expectativas dos pacientes relacionadas ao grupo de psicoeducação estiveram em conformidade com as propostas de um grupo dessa natureza. Silva et al. (2003) ressaltam a importância da motivação e envolvimento não obrigatório dos participantes de grupos para que se beneficiem dessas estratégias. Desse modo, é

possível sugerir que as expectativas dos participantes do presente estudo colaboraram para que eles se mantivessem motivados e abertos para participar das seções grupais, se envolver, estabelecer vínculos e obter benefícios.

4.6.2.2. Um ambiente terapêutico onde se oferece e se recebe ajuda

Durante os grupos de psicoeducação, os pacientes tiveram vivências que modificaram seu cotidiano. Nesse contexto, eles revelaram que o grupo foi um momento em que não só puderam compreender melhor o TAB, a partir do conhecimento dos profissionais, mas que também se constituiu em um ambiente terapêutico, onde eles aprenderam, ensinaram, ofereceram apoio e sentiram-se apoiados.

Muitas pessoas ressaltaram a importância de ter um ambiente não ameaçador, onde podiam expor seus sentimentos e opiniões, desabafar e serem acolhidos respeitosamente. Essa abertura permitiu que os participantes expusessem suas inquietações, dúvidas, preocupações, temores, desejos e crenças. Desse modo, a psicoeducação poderia fornecer conhecimentos compreensíveis, acessíveis e aplicáveis à realidade dos participantes (FRANCIONI; COELHO, 2004; SILVA et al., 2003).

A literatura ressalta a importância do grupo como um espaço seguro e confiável de forma que a pessoa com TAB sintam-se estimulada a fazer questionamentos e expor vivências, sem temer o julgamento de terceiros (MENEZES; SOUZA, 2012; MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2007).

“Ah, eu não sei, no grupo eu me sinto bem, eu desabafo, falo bastante, as outras também. Todo mundo comenta e, da porta pra fora, como diz a psicóloga, ninguém se comenta, morreu aqui. E nós todas fazemos isso e eu já acostumei.” (P8D)

Na convivência com outras pessoas com TAB os pacientes perceberam que não são os únicos a vivenciar o transtorno. Houve pessoas que se sentiam aliviadas ao reconhecer esse fato. Assim, se identificaram com aquelas que tinham problemas e sentimentos semelhantes aos delas e que as acolhiam e compreendiam.

Yalom (1995), ao descrever fatores terapêuticos grupais, denominou essa experiência de reconhecer que outras pessoas têm o mesmo problema como universalidade. Estudo desenvolvido em um grupo com pessoas com transtornos mentais identificou a universalidade como o fator terapêutico mais presente entre os pacientes (GUANAES; JAPUR, 2001).

“Dentro do grupo que você começa a ver que tem a mesma linguagem. Assim, um fala “ó aconteceu isso comigo”, daí você reflete que já aconteceu coisa parecida com você. Então, essa identificação é muito importante, essa experiência.” (P2ND)

“Você aprende que não é só você que vive aquilo, que outras pessoas vivem. E outras pessoas te dando exemplo de como foi, você vai ver que não é o fim do mundo isso. Nossa, e que você não é a única pessoa do mundo, sabe.” (P5D)

Nesse contexto, houve pacientes que se sentiam confortados ao perceber que, além de não serem os únicos com o transtorno, estavam em uma situação melhor do que a de outras pessoas. Este achado também foi identificado em outro estudo sobre psicoeducação para pessoas com TAB (MENEZES; SOUZA, 2012).

“Eu acho que a gente ficou mais animada sabendo que tem pessoa que tá até pior que a gente. Que não acontece só com a gente, que acontece com os outros também. A gente se sente melhor. (P1ND)

“Foi muito bom, ouvir os problemas dos outros né? É muito bom ver que tem gente pior que a gente.” (P8ND)

As trocas de experiências nas seções grupais também possibilitaram que alguns pacientes notassem progressos obtidos por outros membros do grupo no enfrentamento de problemas similares, relacionados ao transtorno. Essa instilação de esperança pode facilitar a percepção de que situações vivenciadas podem ser modificadas (YALOM, 1995).

“Conversar é bom, né? Eu vejo que não é só eu que tenho esse problema, que alguns até supera né?” (P6ND)

Verificou-se que durante os grupos, os pacientes analisavam o comportamento das pessoas no enfrentamento de dificuldades. Além disso, eles avaliavam as consequências de cada comportamento. Desse modo, considerando as experiências alheias, os participantes aprendiam, com os demais, quais comportamentos eram adaptativos e poderiam lhes proporcionar melhores resultados. Entre esses aprendizados com experiências de terceiros, foi destacada a percepção da necessidade de aderir ao tratamento medicamentoso.

“E isso me ajudou muito (...) que as pessoas que têm exemplo de vida do seu problema, te mostrando com o remédio, com a as coisas que ela viveu é um exemplo pra você, sabe. (P5D)

“Depois que eu comecei a participar do grupo, e apesar de ser tão pouco tempo, aprendi muito (...) o grupo ajudou nas explicações, no convívio com os outros que tem a mesma doença sua... Então, você tira uma experiência daquilo. Que nem aquele senhor que toma o remédio a vida inteira, porque eu não posso tomar? Eu sou pior que o outro? Não sou, então você tira lição pra vida, pro que tem que fazer, a gente vai tirando proveito da situação do outro, porque se ele fez, porque eu não posso fazer?” (P7D)

A literatura evidencia que as discussões realizadas em grupos favorecem o intercâmbio de experiências e conhecimento que, se aplicados, podem ajudar os pacientes a prevenir recaídas e prejuízos psicossociais (MENEZES; SOUZA, 2012; STEFANELLI et al., 2006).

Desse modo, o grupo funciona como uma forma de alerta na medida em que possibilita a transmissão de experiências negativas de algum membro para que não sejam reproduzidas pelos demais (MIASSO; CASSIAN;, PEDRÃO, 2007). Assim, o grupo tem uma potencialidade de transformação por proporcionar momentos de reflexão e reavaliação da própria conduta.

A psicoeducação pode ainda contribuir para que o paciente compreenda e atribua sentido às experiências vividas (MENEZES; SOUZA, 2012). Foi possível perceber que algumas experiências adquiriam diferentes significados após serem trabalhadas em seções grupais. De algumas experiências difíceis e negativas, os participantes conseguiam extrair aprendizados importantes, como exemplifica o caso de um dos pacientes, citado espontaneamente nas entrevistas realizadas após o grupo diretivo.

Esse caso foi o de um paciente (P4D) que, pouco tempo antes do início do grupo diretivo, havia passado por uma experiência difícil, pois sua filha, que também tinha diagnóstico de TAB, havia falecido recentemente por suicídio. De acordo com as entrevistas, essa experiência, embora muito difícil, foi acolhida pelos demais e lhes proporcionou um aprendizado relevante. É válido ressaltar que também o paciente em questão conseguiu perceber o quanto colaborou com o grupo ao partilhar sua experiência de vida.

“A experiência daquele senhor que perdeu a filha, muito boa e ajuda muito (...) a experiência, que nem do Sr. P4 né, porque pelo que ele passou.” (P3D)

“O grupo, que me ajudou a ver muita coisa, que nem o caso do P4 que perdeu a família né?” (P5D)

“Eu aprendi ouvindo vocês, os pacientes né, o Sr P4 (...). (P6D)

“Eu colaborei muito com o grupo.” (P4D)

Entre os pacientes, houve os que se sentiram gratificados pela possibilidade de colaborar com outras pessoas, oferecer-lhes apoio e preocupar-se com elas.

“É gratificante ajudar, você ser bom, útil, você se sente bem (...) o grupo foi bom nesse sentido.” (P3D)

A possibilidade de oferecer ajuda e apoio a outros cria uma autoimagem positiva e promove o crescimento pessoal (MENEZES; SOUZA, 2012; MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2007; YALOM, 1995).

O grupo também foi considerado terapêutico na medida em que proporcionou maior socialização dos pacientes que se sentiam muito isolados, com convívio social restrito em seu cotidiano. A possibilidade de trocas e ajuda mútua nos grupos favorece o sentimento de pertença (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2007), o que é muito relevante, especialmente para pacientes que experimentam exclusão social.

“O grupo foi bom, a gente conheceu gente nova, porque eu fico muito sozinha.” (P8D)

Houve entrevistados que ressaltaram que o grupo constituiu-se em motivação para que se esforçassem para manter o compromisso e a responsabilidade em participar das seções grupais.

“Eu fiz força pra participar de todos... Fiz força pra participar, fiz força de não faltar nenhuma vez! E estou fazendo pra estar aqui hoje.” (P1D)

Essa subcategoria revelou que para os participantes do estudo os grupos de psicoeducação foram um ambiente terapêutico que propiciou a troca de experiências, a escuta respeitosa, a identificação e o aprendizado com as experiências do outro, a reconstrução do significado de algumas vivências, a possibilidade de colaborar com os demais e também facilitou maior socialização das pessoas.

4.6.2.3. O desejo de que o grupo continuasse

Como exposto anteriormente, durante os grupos de psicoeducação os participantes notaram uma mudança positiva em seu cotidiano, relacionada à possibilidade de interagir e trocar experiências com pessoas que tinham o mesmo diagnóstico.

Entretanto, de acordo com os entrevistados, essa mudança específica no cotidiano foi propiciada no tempo e local em que os grupos aconteciam. Após os grupos, os participantes percebiam que outros espaços sociais não facilitavam a reprodução dos mesmos benefícios decorrentes da convivência com os componentes no grupo de psicoeducação.

“Quando a gente sai do grupo, a gente sai disposto, como se fosse uma ginástica mesmo. Às vezes né, chegando em casa a gente desanima com a família um pouco, né?” (P6ND)

Com a interrupção dos grupos de psicoeducação, o desejo de trocar experiências com outras pessoas com TAB deixa de ser concretizado. Desse modo,

o término dos grupos de psicoeducação leva os pacientes a perceberem novamente uma mudança em seu cotidiano, pois sentiram descontentamento pelo encerramento desses momentos de trocas de experiência e aprendizado.

Silveira (2008) retrata as separações ocorridas em grupos como a interrupção de um processo que está sendo vivido entre pessoas e que implica em afastar, fazer cessar e romper laços. Embora possa ser um processo penoso, a separação permite a independência, a indiferenciação e o crescimento.

“Eu vou sentir falta dos grupos.” (P1D)

“Ah, o grupo é bom né? Eu não to achando bom que vai parar, eu vim toda sexta né? Não faltava.” (P4ND)

Por diversas vezes os pacientes revelaram o desejo de que houvesse a continuidade dos grupos. Alguns queixaram-se da duração do grupo, por considerá-la curta.

“(O grupo) era bom, tinha que continuar.” (P2D)

“O que eu queria falar é só sobre o tempo que a gente se reúne, que é muito pouco. Porque quando a gente pega certa prática ‘do trem’, acaba.” (P7D)

“O grupo é sempre bom. Deveriam continuar, porque é sempre bom.” (P3D)

O término de um grupo fechado é previsto no acordo previamente estabelecido com os participantes. Saber finalizar algo, como o grupo, representa um crescimento pessoal significativo para os envolvidos (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997). O conhecimento que foi construído no decorrer dos grupos permaneceu com os entrevistados, mas eles sentiam falta da oportunidade que tiveram durante o desenvolvimento dos grupos de estabelecer trocas, experiências e de conviver com outros pacientes e coordenadores do grupo.

Houve entrevistados que desejavam que o grupo continuasse e fosse expandido para a participação de outras pessoas com TAB e familiares.

O grupo tinha que continuar porque outras pessoas precisam dele também. Não só a gente... (...) é importante isso que vocês fazem pela gente. (P1ND)

A pessoa que fica ao lado, ela precisaria era ouvir mais vocês, que ficaria melhor pra gente né? Porque, às vezes, eles não acreditam no problema né? Então, eles precisam ouvir para saber lidar com a situação né? (P4D)

A categoria “O desejo de estabelecer trocas” revelou que as pessoas com TAB tiveram expectativas que as motivaram a participar ativamente dos grupos de psicoeducação. Essa participação lhes trouxe mudanças positivas no cotidiano, decorrentes da possibilidade de interagir e estabelecer trocas com os demais pacientes.

Ao final dos grupos, embora tivessem percebido que ampliaram sua compreensão sobre o transtorno e tratamento, sentiram um impacto relacionado ao encerramento dessa oportunidade de conviver e trocar experiências com os outros participantes do grupo.

4.6.3. AS LIMITAÇÕES NO COTIDIANO

Essa terceira categoria apresenta “As limitações no cotidiano”, impostas pelo transtorno e tratamento, revelando como algumas dessas limitações foram atenuadas após os grupos de psicoeducação.

Nesse estudo, verificou-se que o transtorno e o tratamento podem gerar dificuldades em diversas esferas do cotidiano dos pacientes, tais como: sofrimento e incômodos decorrentes dos sintomas e efeitos colaterais, a dificuldade para realizar planos, problemas de relacionamento, limitações financeiras (gastos excessivos, desemprego), dificuldades para o desempenho de tarefas, trabalhar, estudar e realizar o autocuidado.

Após os grupos de psicoeducação, algumas dessas limitações foram reduzidas ou enfrentadas de maneira mais adaptativa. Entretanto, muitas dessas limitações continuavam presentes no cotidiano dos indivíduos, por serem amplas,

multifatoriais e por envolverem aspectos que estão além do poder de atuação de um grupo de psicoeducação.

Verificou-se ainda que o preconceito foi um tema que incomodava muitos participantes do estudo. Os pacientes tinham uma visão estigmatizada do transtorno e também sofriam as consequências do preconceito social. Após os grupos de psicoeducação, foi possível perceber que alguns modificaram sua própria visão sobre o transtorno; entretanto, o estigma social permanecia presente em seu cotidiano.

4.6.3.1. O preconceito

As pessoas com transtorno TAB, incluídas nesse estudo, em diversos momentos fizeram referência ao preconceito relacionado ao transtorno mental.

O grupo de psicoeducação não diretivo manifestou o interesse de falar sobre esse assunto em mais de uma sessão, provavelmente por se tratar de algo que incomodava os pacientes e precisava ser discutido.

O preconceito pode ser instrumento social para justificar atitudes, posturas e regras que privilegiem certos grupos em detrimento de outros (DALGALARRONDO, 2008). Por muito tempo, o pré-julgamento de que o louco representava riscos e periculosidade social justificou a violência e segregação dessas pessoas (AMARANTE, 2001; BASAGLIA, 1985; DESVIAT, 1999; GOFFMAN, 1974). Entretanto, o estigma relacionado ao transtorno mental ainda está consolidado como um importante problema.

Os depoimentos evidenciaram que as pessoas com TAB traziam consigo associações simbólicas acerca do transtorno, as quais poderiam afetar profundamente a maneira como o compreendiam. Anteriormente aos grupos de psicoeducação, os pacientes possuíam uma imagem negativa da pessoa com transtorno mental, referindo-se às mesmas como “loucas”, irracionais, dignas de depreciação, perigosas, mal quistas pela sociedade e inadequadas.

Ah, é louco né? Louco que sai na rua. Eu fiquei assim. (P4ND)

Eu não entendo muito não de doença mental, pra mim é quando a pessoa começa a ficar doida, agride os outros. (P2D)

Quando as pessoas passam e a gente está sentada lá fora, nos bancos, esperando o médico, eles devem falar: “ah, a lá os louquinhos”. É muito ruim. Porque é separado do “Cuiabá”? (...) ninguém gosta da gente... Ninguém gosta de quem tem doença mental. (P6ND)

As pessoas com TAB, em algumas situações, podem apresentar comportamentos considerados desviantes do que é esperado pela sociedade, especialmente nos momentos de crise. Desse modo, o estigma é fortemente estabelecido e sustentado culturalmente e o paciente, por não se enquadrar no conceito de normalidade imposto pela sociedade, é rejeitado e excluído. (MORENO et al., 2005; RANDEMARK, 2009).

“A rejeição do outro. Aquela rejeição de que quando você fala que tem bipolar já fica todo mundo meio de lado.” (P6ND)

A discriminação foi percebida em diferentes espaços e acarretava sofrimento expressivo para os pacientes. Outros estudos também ressaltam a consternação da pessoa com TAB relacionada ao preconceito (MIASSO, 2006; PEDRILIO, 2010).

O estigma associado ao transtorno mostrou-se com implicações em diversas esferas da vida, dificultando sua socialização, seu progresso nos estudos, inserção no mercado de trabalho ou comprometendo relações.

“Faltavam dois meses pra terminar a faculdade, daí fui internada no A. E eles bloquearam o meu diploma! (...) Por causa de preconceito, eu fiquei solteira, eu não me casei! Eu sou evangélica; no meio, tem muito preconceito! Às vezes, me chamam de “P Louca”. Eu acho isso um absurdo!” (P1ND)

“As pessoas se afastam da gente. A gente fica isolada, né? Mas é isolamento mesmo, a pessoa parece que é excluída da sociedade, inclusive pra arrumar trabalho, pra tudo.” (P2D)

As limitações ocasionadas pelo transtorno afetivo bipolar podem ser mal interpretadas pelas pessoas que convivem com o paciente, especialmente quando não compreendem o TAB. Dessa forma, essas limitações podem ser acompanhadas por algum tipo de julgamento ou depreciação.

“A minha família já não aceita isso, fala que isso é frescura.” (P8D)

Os pacientes expressaram que, em alguns momentos, atitudes preconceituosas lhes destituíam de sua identidade, subjetividade, individualização e história pessoal. Nessas ocasiões sentiam-se reduzidos ao transtorno mental.

“A minha Irma já me chamou de ‘auxílio doença’.” (P6D)

“Às vezes eu tenho vergonha de ter essa doença. Tenho vergonha dos outros acharem que eu sou louca.” (P8D)

Observou-se que alguns escondiam o diagnóstico de TAB para se defender do estigma associado ao transtorno, da vergonha e da possibilidade de ser julgado ou rejeitado.

“Odeio quando eu vou num lugar renovar um cartão, daí o povo fala pra ir (...) fala pra ir pra fila do deficiente! Aí, eu tenho vontade de catar o pescoço de alguém lá (...) Hoje, se os outros perguntarem, eu não gosto de falar que eu tomo remédio não, mas os de casa já sabem.” (P6D)

“Ah, quando as pessoas perguntam porque que parou de trabalhar. Eu falo que é problema de cabeça. Pra não ficar dando explicação (...) Não pode pular essa parte? Não gosto de falar, mas acho que foi muito estresse na cabeça né.” (P7D)

Entretanto, em grupos de psicoeducação conduzidos adequadamente, esses pacientes podem falar livremente sobre o transtorno sem temer a rejeição ou o pré-julgamento dos outros pacientes e também do coordenador do grupo (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2007), visto que o respeito às características dos pacientes,

sem rotulação, é um dos atributos desejáveis ao coordenador do grupo (ANDALÓ, 2001).

Após os grupos de psicoeducação, os depoimentos permitiram apreender a permanência do preconceito social dirigido aos pacientes. Entretanto, essas pessoas modificaram a própria compreensão sobre o transtorno mental e passaram a se questionar a respeito do quanto eram ou não diferentes das outras pessoas.

“As pessoas que conversam comigo, eu falo como se fosse normal. Às vezes não é, mas eu me sinto como se fosse normal.” (P1D)

A minha doença é como outra qualquer que precisa ser tratada (...) é como se eu tivesse pressão alta, por exemplo. Tem que sempre tratar e eu preciso também sempre me tratar. (P1ND)

Desse modo, apreende-se que os grupos de psicoeducação destinados a pacientes, embora não tenham impacto amplo no preconceito social sobre o transtorno, podem auxiliar a pessoa com TAB a compreender que o transtorno mental é como qualquer outra morbidade. Assim, equiparando o TAB a qualquer outra morbidade, os pacientes perceberam que o diagnóstico não é um elemento que deve ser associado a juízo de valor. Portanto, passaram a considerar que não devem ser qualificados como inferiores pela presença do transtorno.

4.6.3.2. Dificuldades enfrentadas no cotidiano decorrentes do transtorno e/ou tratamento

O acometimento pelo TAB afetou o contexto de vida dos pacientes que passaram a vivenciar a sintomatologia do transtorno. Os sintomas se apresentaram de forma e intensidade distintas entre eles, mas comumente ocasionavam sofrimentos e limitações significativas. O TAB gera impacto relevante na sua qualidade de vida e importante sobrecarga para a família e sociedade (COSTA, 2008; JUSTO; CALIL, 2004).

Durante as fases depressivas, quando o humor dos pacientes estava deprimido, eles experimentavam sentimentos subjetivos de tristeza e angústia, avolição, falta de energia e iniciativa, lentidão, menor cuidado com a aparência pessoal, dificuldade para tomar decisões, desesperança e choro fácil.

“Eu pareço que estou alegre, feliz, mas por dentro parece que você está morta. (P5D)

Me sinto forçada a fazer as coisas (...) não tenho vontade de nada. (...) Tive uma crise atrás da outra, eu fico lá em casa sem vontade de fazer nada. (P6ND)

“Eu era vaidosa, me arrumava; tem dia que eu não quero nem sair da cama (...). Eu só chorava, chorava. Não queria sair da cama.” (P3ND)

Em situações nas quais o humor do paciente estava elevado, os sintomas relatados incluíam euforia, irritabilidade, aumento da autoestima, maior energia, redução da necessidade de sono, fluxo do pensamento acelerado, dificuldade de concentração, pressão para falar, menor avaliação de situações de risco e gastos excessivos.

“Ah, a gente pensa muita coisa ao mesmo tempo.” (P3D)

“Eu acho que eu to muito ansioso, irritado (...) eu não sou capaz de fixar tal coisa, um pensamento (...) Não fixa, que nem, eu estou pensando num “trem” agora, aí, aquele sai e eu já vou pra outro, não sei de onde que sai tanto pensamento.” (P7D)

Os participantes desse estudo ainda descreveram ocasiões em que experimentavam maior labilidade afetiva, alternando sintomas típicos de mania e sintomas característicos da fase depressiva.

“É na hora que dá aquela angústia, quer dizer a angústia graças a Deus saiu. Mas é a hora que assim, que vem uma fúria, sabe, na hora vem aquela fúria e depois dá aquela vontade de chorar.” (P3ND)

“Me dá crise, eu não penso em nada. No começo, eu penso assim, como se diz, eu quero falar as coisas, falar, falar, falar. Aí, depois eu não vejo mais, não sei mais o que eu falei. (...) às vezes eu não vejo o que eu faço, se eu estou falando, eu quero parar mais não consigo. Daí eu desabo, né? Desabo na cama e choro, choro, choro. Mas eu não sei o que acontece na minha mente.” (P8D)

Especialmente nos momentos em que os sintomas do TAB estão mais acentuados, os pacientes podem assumir gastos excessivos, causar prejuízos financeiros e adotar comportamentos que comprometam sua integridade física, como corrobora a literatura (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2008; SADOCK; SADOCK, 2007).

“É, mais eu tava gastando bastante, to gastando (...) vou comprando e fiquei sem dinheiro pro dentista e sem ajudar a pagar as continha lá de casa.” (P6D)

“Eu entendo que é uma doença que me tirou muito coisa (...) Eu achava que tava bem, eu fazia negócios ruins. Eu vendi uma fazenda de milhões por 300 mil reais. E eu perdi uma filha com a mesma doença e eu não pude ajudá-la (...) um mês atrás ela se suicidou e eu não pude fazer nada . Por causa da mesma doença (...) Ela estava na terceira faculdade. Então, quer dizer, essa doença destrói tudo quando a gente vê.” (P4D)

Durante o curso do TAB, houve pacientes que passaram por internações psiquiátricas em modalidade de semi-internação ou internação integral. A internação lhes fornecia suporte, porém presumia uma privação do convívio social. As crises e internações comumente inviabilizam a permanência da pessoa com TAB no ambiente de trabalho, sendo frequentes casos de afastamento, com posterior demissão (TUCCI; KERR-CORRÊAB; DALBENC, 2001).

“Fiquei internada um tempão.” (P6D)

“Eu fiquei internada três vezes por causa da doença, uma vez no Hospital S, no Y, e semi-internação, eu tive várias.” (P6ND)

“Quando eu fiquei ruim, eu fui pro hospital A e fiquei internada.” (P5ND)

Os sintomas relacionados ao transtorno podem afetar a habilidade do paciente para comunicar-se, estabelecer contato e relacionamento interpessoal satisfatórios, dado apoiado por estudo desenvolvido por Miasso, Cassiani e Pedrão (2008).

“(Tenho) dificuldade de ter um relacionamento bom com as pessoas.” (P3ND)

“(...) no serviço em que eu estava, eu era caixa (...) além de eu não querer conversar com o cliente, tem outros aspectos (...) você tem que vender os produtos da empresa. (...) A pessoa que vende, ela vai lá, conversa pra vender um seguro da casa, explica e a pessoa compra. Eu não consegui nunca na minha vida vender um seguro.” (P2ND)

“(...) eu sou reservada. Eu tenho dificuldade de contato.” (P6D)

Atritos familiares foram relatados com frequência, provavelmente pela proximidade e maior convivência do familiar com a pessoa com TAB. De acordo com a literatura, a família da pessoa com transtorno mental vivencia sobrecarga relacionada à convivência com o paciente e geralmente assume a responsabilidade pelo seu cuidado, sem as condições e apoio necessários para tal (CASTRO, 2009), o que pode propiciar atitudes negativas por parte dos familiares (PEDRILIO, 2010).

Atualmente, é reconhecida a necessidade de incluir a família na assistência ao paciente, pois ela tem participação fundamental para a recuperação e alcance de melhor qualidade de vida para o cliente (SPADINI; SOUZA, 2006).

Os sintomas do transtorno podem ter impacto sobre a capacidade do indivíduo no desempenho de várias tarefas. Nesta pesquisa, foram citados o prejuízo no desempenho em atividades de autocuidado e domésticas, tarefas manuais, estudo, trabalho e no cuidado a outros indivíduos.

“Eu queria trabalhar mais, mas devido às crises, não pude mais.” (P4ND)

“Você vai fazer um crochê, é difícil. Vai fazer qualquer coisa, é difícil. (...) Levar meu filho na escola, buscar (...) é difícil pra eu fazer isso. Eu não consigo educar eu

mesma! Reeducar o meu dia a dia, eu vou educar ele? Eu grito com ele o dia inteiro, sabe. “Eu tenho dó dele, porque ele tem só cinco anos” (P5D)

“Eu trabalhava, lavava roupa, eu escrevia... tudo que você me pedisse, eu fazia; hoje já não é fácil não.” (P6D)

“Às vezes, eu quero fazer as coisas e eu não consigo (...) Dona de casa, tem que limpar casa, fazer comida, passar roupa, lavar banheiro todo dia... cuidar da roupa, já falei né? Então, e às vezes não dá vontade. E tá piorando com o tempo, parece.” (P6ND)

As limitações para o autocuidado também incluíram, nesta pesquisa, a dificuldade para seguir a prescrição medicamentosa adequadamente. Destacou-se, no relato de alguns, a dificuldade em memorizar os horários das medicações. Estudo realizado por Sajatovic et al. (2011) relata o esquecimento de tomar a medicação como uma das principais causas de não-adesão.

Os pacientes também se queixaram de dificuldades para tomar e manter decisões e concretizar os planos. Esse problema foi verbalizado como causa de frustração em diversas esferas do seu cotidiano .

“Às vezes eu quero uma coisa com muita força e quando ela começa, não quero mais.” (P6ND)

“O transtorno, ele causa uma certa incapacidade de realizar as coisas. Isso eu sinto. É muito difícil concretizar algumas coisas na minha vida. Às vezes, pensa muito sobre alguma coisa, acha ótimo, mas chega na hora não consegue. Isso em vários campos da minha existência.” (P2ND)

Todas essas limitações no desempenho de atividades podem ter um impacto negativo sobre a autoimagem da pessoa, fazendo com que ela deprecie a si mesma por causa da redução de suas habilidades.

“Eu, antes trabalhava, não parava, trabalhava na C, agora eu fico imprestável.” (P7D)

O tratamento medicamentoso é importante para atenuar as limitações decorrentes dos sintomas do TAB. Contudo, o fármaco também ocasiona efeitos colaterais indesejáveis, com diferentes impactos no cotidiano do paciente, somando-se aos sofrimentos e às limitações já vivenciados por causa do transtorno.

Os pacientes deste estudo queixaram-se de vários efeitos colaterais, tais como redução do sono, sonolência, fadiga, tontura, problemas gastrintestinais (náusea, vômito, diarreia, sensação de gosto desagradável, boca seca), prejuízo na memória, aumento do peso e queda de cabelo.

“(...) eu fiquei muito tonta, zozza, ficava tontinha, tontinha. (...) diarreia, boca amargando já tive também. (...) e eu ganhei uns vinte quilos a mais do meu peso atual.” (P2D)

“Ah, esse caiu meu cabelo e dá um gosto ruim na boca.” (P2ND)

“No começo me dava fraqueza, moleza, tontura, vomitava.” (P6DA)

“Eu tenho muita sonolência, pra acordar pra vir aqui foi dureza viu.” (P7ND)

Houve entrevistados que faziam uso de antipsicóticos e relataram desconfortos relacionados a efeitos extrapiramidais (movimentos lentificados, rigidez em articulações, tremor).

“Eu queria um [medicamento] que eu não prendesse a minha língua, que não me desse essa dificuldade de falar, que me deixasse mais normal, menos lenta, porque eu estou lenta.” (P1ND)

Efeitos colaterais podem ser desgastantes para o paciente e constituem-se em importante fator relacionado a não adesão ao tratamento medicamentoso (BALDESSARINI; PERRY; PIKE, 2008; LAVELLE; TUSAIE, 2011; SACHS, 2003; SAJATOVIC et al., 2011).

As limitações impostas pelo TAB e pelo tratamento medicamentoso têm impacto variado na vida dos indivíduos e podem afetá-lo em diferentes esferas do

seu cotidiano. A subcategoria seguinte expressa como algumas dessas limitações foram atenuadas após a participação nos grupos de psicoeducação.

4.6.3.3. A superação de limitações impostas pelo transtorno e tratamento

As limitações relacionadas ao transtorno e tratamento estavam presentes no cotidiano dos pacientes, os quais procuravam, de várias maneiras, superá-las. Durante os grupos de psicoeducação, muitas estratégias de enfrentamento dessas dificuldades e limitações foram abordadas.

Nas entrevistas realizadas após o término das sessões grupais foi possível observar que alguns conseguiram atenuar ou enfrentar, de maneira mais adaptativa, as dificuldades e limitações decorrentes do transtorno e do tratamento.

De acordo com o depoimento de parte dos participantes, o grupo de psicoeducação contribuiu para que melhor convivessem com os sintomas do transtorno, tivessem maior bem estar e vivessem normalmente “como as outras pessoas”.

“Eu acho que o grupo contribui e melhorou muito meu dia-a-dia.” (P1D)

“Depois aí, eu comecei a escrever... Daí, os outros falava escreve o que você sente. Primeiro eu comecei a desenhar, depois eu só escrevia, daí melhorou muito, melhorou pra caramba.” (P6D)

“O grupo ajuda, faz a gente se sentir melhor, viver normal como as outras pessoas...” (P6ND)

Gonzáles-Pinto et al. (2004) confirmam que a psicoeducação capacita o portador de TAB a compreender seu transtorno e a lidar, de maneira mais adequada, com suas consequências.

Verificou-se que o grupo de psicoeducação auxiliou alguns pacientes a lidar com sentimentos de culpa. Outros estudos sugerem que a psicoeducação seja um

instrumento relevante para auxiliar o paciente a trabalhar a culpa dos participantes (FIGUEIREDO et al., 2009; MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2007).

“Eu, no início, eu achava que era um defeito meu, né?” (P4D)

“Eu só chorava, me sentindo culpada (...) eu não matei meu marido e falar disso ajudou sabe (...) eu ia desenterrar ele pra provar que eu que não tinha matado ele. Vocês lá do grupo tiraram da minha cabeça (...) antes eu só ficava deitada chorando... o I não gostava que eu ficava assim. Depois que eu fui no grupo, ele falava que eu parava de chorar.” (P8D)

Os grupos colaboraram para que os pacientes ampliassem o repertório de estratégias para manejar, de forma mais adaptativa, as dificuldades do cotidiano. Desse modo, propiciaram que eles formassem objetivos de vida construtivos, tivessem maior autocontrole, melhor relacionamento interpessoal e aumento no desempenho em tarefas domésticas, no autocuidado e cuidado a terceiros.

“Eu faço! Mas eu não consigo fazer todo o serviço. Assim, quando eu vou lavar roupa, eu lavo por etapa (...) Cuidar do meu filho eu cuido bem dele, graças a Deus. (...) Eu não penso mais em me matar, fazer mal pros outros (...) Eu pensava em matar todo mundo... eu, meu marido e meu filho, sabe. Hoje, eu não tenho não. Hoje eu penso em cuidar do meu filho, dar uma educação melhor pra ele (...) Eu estou me sentindo muito diferente. (...) eu quero ter uma qualidade de vida melhor.” (P5D)

“Tento me controlar o máximo que eu posso com a minha doença. Eu tento não deixar as outras pessoas muito nervosas comigo e nem eu com elas.” (P3ND)

A construção de objetivos de vida para o futuro propiciada nos grupos é particularmente importante nos casos em que os pacientes tinham apresentado risco suicida, pois a taxa de suicídio em pacientes com TAB é em torno de 15% (COSTA, 2008).

Um dos entrevistados sugere que os grupos de psicoeducação deveriam ser oferecidos precocemente aos pacientes. Ele afirmou que, embora tenha notado benefícios decorrentes do grupo, este provavelmente lhe teria sido mais útil se

tivesse sido oferecido no início do transtorno. O mesmo paciente referiu que já havia conhecido anteriormente muitos dos assuntos abordados no grupo por meio de experiências pessoais sofridas e danosas.

“Vamos falar em porcentagem. Eu já tinha melhorado 90% e depois que eu comecei a participar, peguei mais um pouquinho (...) E eu perdi uma filha com a mesma doença e eu não pude ajudá-la né? Ela se suicidou né? E eu não pude fazer nada por causa da mesma doença, eu não percebi. Se esse grupo fosse há seis anos atrás, talvez esse grupo teria sido 50% do grupo e 50% do que eu já tinha. Por quê? Porque vocês tinham me dado o subsídio. Agora, muita coisa que vocês me ensinaram, eu já tinha passado aquela fase, por experiência própria, né? Se naquele tempo eu tivesse passado por um grupo desses, tinha sido muito melhor! Eu tinha cortado um caminho muito grande.” (P4D)

Nesse estudo foi possível perceber que o grupo colaborou para a superação ou minimização de algumas limitações importas pelo transtorno. Naturalmente que não foram solucionadas todas as alterações, problemas ou incapacidades da pessoa. Após os grupos de psicoeducação, houve pacientes que permaneciam com os sintomas do transtorno, mesmo obtendo melhoras na crítica sobre o próprio comportamento e no reconhecimento e manejo desses sintomas. Também os efeitos colaterais dos medicamentos ou a ineficácia das medicações permaneciam, comprometendo a qualidade de vida de alguns indivíduos, após os grupos de psicoeducação, mesmo que estes estivessem cientes e aceitassem a necessidade do medicamento.

“Eu já tomei muitos remédios, bastante! Com esses eu continuo ansiosa, eu continuo muito ansiosa. O que é de ansiedade, o remédio é pra diminuir a ansiedade, então ele não está fazendo efeito.” (P5D)

“Que uma fila, me irrita. Eu brigo com a mulher do caixa, se lá no lugar está anotado x e ela me cobra y, eu vou e brigo com ela... Eu acho que esse sistema da doença me ataca nesse sistema de não compreensão. Eu faço, depois eu chego em casa e fico pensando que eu podia ter feito de maneira diferente. Que nem quando eu fui mal educado com a mulher do caixa, quando eu podia ter perguntado só pra ela se ela estava errada. (P7D)

Eles [medicamentos] dão moleza mesmo né? Às vezes faz parte. Dão essa amargura na boca. (...) infelizmente, não existe um remédio cem por cento.” (P7ND)

O grupo de psicoeducação foi considerado positivo por muitos indivíduos, pois lhes auxiliaram a compreender e enfrentar, de forma adaptativa, o TAB. Entretanto, essa modalidade terapêutica não teve resultados com a magnitude necessária para modificar o contexto de vida dessas pessoas e para garantir que realizassem seus desejos. A psicoeducação não se constitui em uma solução única e milagrosa para a complexidade de problemas que envolvem a pessoa com TAB (MENEZES; SOUZA, 2012).

Os anseios dos participantes do estudo não se restringiam ao controle dos sintomas do TAB. Como sujeitos dotados de subjetividades, eles desejavam muito mais que isso. Almejavam o resgate da cidadania, o poder participar de contratos sociais, apoio social, trabalho, construção de vínculos afetivos, independência, segurança, lazer, respeito e valorização de sua singularidade.

Entretanto, percebiam que, mesmo com as habilidades, as trocas de experiências e os conhecimentos adquiridos nos grupos de psicoeducação, muitos problemas continuavam inalterados em seu cotidiano.

“Depois que eu comecei a participar do grupo é a mesma coisa, a mesma coisa! A gente não tem dinheiro né! (...) é tão difícil de conseguir uma aposentadoria. Você é doente, você vem no médico, mas o juiz não quer saber (...) Parece que quando não é uma coisa é outra. Ainda mais com essa historia do meu braço doendo, estou morrendo de medo de ser outra doença grave.” (P2D)

Diversos problemas cotidianos foram identificados pelos participantes do estudo após sua participação nos grupos de psicoeducação, tais como: dificuldades no trabalho, outros problemas de saúde, limitações financeiras, projetos de vida não realizados, dificuldade para estabelecer um relacionamento conjugal, falta de acesso a outras modalidades de tratamento não farmacológicas, conflitos familiares, entre outros.

Costa (2008) ressalta que os prejuízos sociais e profissionais, a heteroagressão, as comorbidades físicas e psiquiátricas, comuns em pessoas com TAB, contribuem para a alta carga e os custos relacionados ao transtorno. Ademais,

a vulnerabilidade social a que estão expostas parece comprometer significativamente sua saúde mental (BARRETO et al., 2010).

Embora o enfrentamento desses problemas tenha sido abordado nos grupos, os mesmos permaneciam sem uma resolução definitiva e comprometiam, de alguma forma, a qualidade de vida dos pacientes.

“Até vontade de me casar eu já pensei. Eu acabei ficando sozinha e não quero acabar de vez, ficando sozinha. (P1ND)

“Eu queria arrumar um namorado. (...) E a Terapia ocupacional?. “Eu queria me ocupar, eu preciso me ocupar, porque eu não consigo fazer as coisas em casa. (P2D)

“Eu perdi muito dinheiro por causa dessa doença... (P4D)

“Eu tenho que ajudar meu filho, a minha netinha doente. Eu vou, apesar do meu filho me xingar, eu vou. Eu dou um pouco do meu salário pra ele ajudar ela né, porque ele não dá conta e eu vou lá, eu olho ela pra ele. (...) Mas ele joga ainda na minha cara que eu matei meu marido. (...) fiquei internada por causa da insulina, eu aplicava muita, e descompensou o medico falou. Lembra que eu falava no grupo? É muita coisa.” (P8D)

Desse modo, foi possível apreender que as preocupações, temores e desejos dos participantes do estudo não se restringiam apenas ao que poderia ser solucionado diretamente pelo grupo de psicoeducação ou mesmo pelo setor da saúde. No entanto, a prática cotidiana dos serviços de saúde deve priorizar a tecnologia leve como instrumento para abranger a integralidade e a humanização do cuidado (JORGE et al., 2011), mesmo quando parte das ações envolvidas demande a participação de outros dispositivos sociais.

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresentou algumas limitações que merecem ser consideradas:

- tamanho numérico da amostra que dificultou as comparações entre os diferentes grupos, pois pode não ter sido suficiente para identificar o impacto dos grupos de psicoeducação ao longo do tempo e a diferença entre os mesmos.
- utilização de autorrelato para avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso.
- heterogeneidade da amostra, não tendo sido controladas algumas variáveis como tipo de medicação utilizada, escolaridade, tempo de diagnóstico, dentre outras que podem influenciar as variáveis em estudo;
- não utilização de instrumentos para avaliar alteração de humor dos participantes durante o período de estudo.

Estudos futuros precisarão considerar tais aspectos visando consolidar a proposta de implementação e avaliação de intervenções psicoeducativas, baseadas em evidências, para pessoas com TAB.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais deste trabalho serão apresentadas levando-se em consideração cada um dos objetivos propostos.

Assim, o primeiro objetivo da presente pesquisa foi identificar e comparar o impacto da psicoeducação, em grupo diretivo e não diretivo, no conhecimento do portador de TAB em relação ao transtorno e medicamento, na sua adesão à terapia medicamentosa e na sua qualidade de vida.

Em relação à variável conhecimento, buscou-se avaliar se os grupos de psicoeducação diretivo e não diretivo aumentariam o conhecimento dos pacientes em relação ao nome, à dose e à frequência da medicação utilizada. Como esperado, ambos os grupos, GD e GND, foram capazes de interferir positivamente, ao longo do tempo, no aumento do conhecimento em relação ao nome e à dose do medicamento utilizado, em relação ao grupo controle, porém, não diferiram entre si. Já quanto ao conhecimento sobre a frequência, não foi possível observar diferenças significativas entre os grupos de intervenção e o grupo controle. Os resultados evidenciados são concernentes com a literatura, visto que, tal como no presente estudo, o conhecimento sobre o nome dos medicamentos é mais contundente em relação à dose e, por último, em relação à frequência, item nos quais os pacientes com TAB normalmente têm maior déficit de conhecimento (PEDRÍLIO, 2010; CRUZ et al., 2011).

Quanto à adesão medicamentosa, mensurada por meio do Teste de Morisky e Green, cabe ressaltar que no início da intervenção grupal todos os pacientes eram não aderentes ao tratamento medicamentoso. Após a psicoeducação, parte dos pacientes de ambos os grupos (GD e GND) passou a ser aderente em diferentes momentos. Entretanto, embora resultados de estudos anteriores demonstrem a efetividade da psicoeducação sobre a adesão medicamentosa (HARVEY; PEET, 1991; MIKLOWITZ et. al., 2003; PEET; HARVEY, 1991), no presente estudo não foram verificadas diferenças significativas em relação ao grupo controle ao longo do tempo ou associação entre tipo de grupo (GD e GND) e adesão.

No que se refere à qualidade de vida, avaliada pela *WHOQOL-bref*, verificou-se aumento da mesma, embora não significativo, no GD, e diminuição no GND em todos os domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente). Não

foram observadas diferenças significativas entre os grupos de intervenção bem como entre os mesmos e o grupo controle quanto à referida variável. Considerando-se que a variável presença de sintomas clínicos de alterações de humor não foi controlada, é possível que tenha contribuído para os resultados referentes à qualidade de vida, obtidos na presente pesquisa, mesmo após a intervenção grupal.

Destaca-se ainda que, ao verificarem-se as facetas de cada domínio que contribuíram para o aumento ou diminuição da qualidade de vida, em ambos os grupos de intervenção, bem como em depoimentos dos participantes do estudo, observou-se que há aspectos que melhoraram ou pioraram em decorrência dos grupos e outros que sofreram alteração como consequência de fatores externos aos mesmos.

Ressalta-se, nesse sentido, que a medida de qualidade de vida independe de mudanças concretas na vida, ou seja, as mudanças podem ter ocorrido, mas o indivíduo pode não ter essa percepção. Tal fato torna-se relevante à medida que, mediante o discurso dos pacientes, pode-se perceber a importância atribuída à participação nos grupos a despeito de não terem sido observadas diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios e ao longo do tempo.

Merece destaque a escassez de estudos com metodologia apropriada, referentes ao impacto da psicoeducação, principalmente nos aspectos relacionados à adesão medicamentosa e qualidade de vida em pacientes com TAB. Assim, fica evidente a relevância dos resultados da presente pesquisa.

Outro aspecto relevante consiste no fato de não ter sido observada, nas variáveis deste estudo, diferenças significativas entre o grupo diretivo e o grupo não diretivo. Cabe ressaltar que este estudo se faz pioneiro também nesse aspecto, visto a lacuna encontrada na literatura objetivando mensurar as reais diferenças entre duas modalidades de grupos de psicoeducação.

Foi identificado apenas um artigo buscando avaliar dois tipos de grupo de psicoeducação. Trata-se do grupo de Morriss (2011), o qual está comparando o modelo de atendimento em grupo utilizado na Inglaterra para pacientes com TAB, que não é diretivo, com o modelo de grupo diretivo postulado por Colom et al. (2003a), mas os resultados ainda não estão disponíveis. Destaca-se que as variáveis a serem avaliadas pelo referido estudo não incluem a adesão à terapêutica medicamentosa, mas referem-se à recorrência de episódios e à análise econômica.

Em síntese, foi possível verificar que no que se refere ao conhecimento sobre os medicamentos prescritos e a adesão medicamentosa os dois tipos de grupos de psicoeducação pareceram influenciar, de maneira semelhante, os pacientes. No que se refere à variável qualidade de vida, embora não tenham sido verificadas diferenças significativas entre os grupos em estudo, parece haver uma tendência do GD em promovê-la em comparação ao GND.

A efetividade dos grupos de psicoeducação pode ainda ser avaliada pela análise qualitativa da presente pesquisa. Assim, seguem-se as considerações referentes ao segundo e último objetivo deste estudo, que foi verificar como o portador de TAB percebe seu cotidiano antes e após a participação no grupo de psicoeducação.

Foi possível identificar três categorias que revelam elementos significativos do cotidiano das pessoas com TAB, antes e após a participação no grupo de psicoeducação: “A compreensão e aceitação do transtorno”, “O desejo de estabelecer trocas” e “As limitações no cotidiano”.

Destaca-se que não foram identificadas expressivas diferenças entre relatos das pessoas que frequentaram o grupo diretivo em relação aos depoimentos daquelas que participaram do não-diretivo.

Os resultados demonstraram que, anteriormente ao grupo de psicoeducação, os participantes apresentavam dúvidas, temores, falta de conhecimento, preocupações relacionadas ao TAB e tratamento, bem como insegurança relacionada às várias informações e conselhos conflitantes que recebiam. Após os grupos de psicoeducação, observou-se a ampliação do conhecimento dos participantes sobre o transtorno e tratamento, sobre maneiras de lidar com as dificuldades decorrentes do TAB e maior autoconhecimento.

Verificou-se que os grupos de psicoeducação representaram, no cotidiano dos pacientes, um espaço possível para estabelecer vínculos, partilhar experiências, ensinar e aprender. Destaca-se, entretanto, que a referida mudança foi mais intensa no tempo e local em que os grupos ocorriam.

Constatou-se também que, após os grupos de psicoeducação, algumas das limitações vivenciadas pelos participantes nas diferentes esferas do seu cotidiano foram reduzidas ou enfrentadas de maneira mais adaptativa. Importante mencionar que muitas dessas limitações se mantiveram presentes no cotidiano dos

participantes, por serem amplas, multifatoriais e envolverem aspectos que estão além do poder de atuação de um grupo de psicoeducação.

Desse modo, amplas modificações no contexto de vida de pessoas com transtorno mental requerem políticas de saúde e ações intersetoriais, pois diversos dispositivos sociais podem contribuir para melhorar sua qualidade de vida.

A saúde pode ser concebida não apenas como ausência de doença, mas como qualidade de vida da população, o que engloba alimentação, trabalho, saneamento básico, educação, meio ambiente, vigilância sanitária, moradia, lazer, entre outros (BRASIL, 2000). Desse modo, a carga de doenças, em diferentes locais, está relacionada às condições de vida das pessoas, estratificação social, condições econômicas, culturais, sociais e ambientais (BUSS FILHO, 2007; SOBRAL; FREITAS, 2010).

Segundo essa concepção de saúde, justifica-se a importância de atuação sobre determinantes sociais que têm implicações na saúde (SOBRAL; FREITAS, 2010), que requerem ações e políticas intersetoriais, envolvendo distintos segmentos sociais (SISTEMA UNICO DE SAÚDE, 2010).

Assim, foi possível apreender o impacto do grupo de psicoeducação em diferentes esferas do cotidiano dos entrevistados. A abordagem psicoeducacional em grupo permitiu maior entendimento do transtorno, possibilitou trocas de experiências, o beneficiamento com fatores terapêuticos grupais, a atenuação de algumas limitações decorrentes do TAB e o enfrentamento mais adaptativo de limitações não superadas.

Vale ressaltar que embora os grupos de psicoeducação tenham sido criados com o objetivo de pesquisa, terão continuidade como projeto de extensão à comunidade, sob supervisão da orientadora dessa investigação. Considerando seu importante papel no cotidiano dos sujeitos deste estudo, constitui um desafio a implementação dessa importante abordagem terapêutica pela equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. C. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ANDALÓ, C. S. A. O papel de coordenador de grupos. **Psicol. USP**, São Paulo, SP, v. 12, n. 1, p. 135-152, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4rd ed. Washington: DC, 2002.

ARNOLD, L. M. et al. Health-related quality of life using the SF-36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population. **J Affect Disord**, London, v. 57, n. 1-3, p. 235-239, 2000.

BALDESSARINI, R. J.; PERRY, R.; PIKE, J. Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorder patients. **Hum Psychopharmacol**, Chichester, v. 23, n. 2, p. 95-105, Mar. 2008.

BARBOSA, I. G. et al. Comorbidades clínicas e psiquiátricas em pacientes com transtorno bipolar do tipo I. **J. bras. psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 4, p. 271-276, 2011.

BARRETO, M. et al. Acolhimento em Saúde Mental: percepções de profissionais vinculados à Estratégia de Saúde da Família. **Rev Tempus Actas Saúde Colet**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 39-49, 2010.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985. v. 3.

BLAZER, D. G. Mood disorders: epidemiology. In: SADOCK, B. J. S. (Ed.). **Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry**. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. p. 1298-1308.

BOGART, R. K. et al. Efficacy of group cognitive behavior therapy for the treatment of masticatory myofascial pain. **Mil Med**, Washington, v. 172, n. 2, p. 169-174, Feb. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde: princípios e conquistas**. Brasília: DF, 2000.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CALABRESE, J. R. et al. International Consensus Group on Bipolar I Depression Treatment Guidelines. **J Clin Psychiatry**, Memphis, v. 65, n. 4, p. 571-579, Apr. 2004.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 87-94, 2011.

CASTRO, S.A. **Caracterização sociodemográfica e clínica das reinternações psiquiátricas no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, no período de 2006 a 2007**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

CHENEY, T. **Bipolar: memórias de extremos**. São Paulo: Larousse, 2008.

COELHO, M. T. Á. D.; FILHO, N. A. Concepções populares de normalidade e saúde mental no litoral norte da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1726-1736, 2005.

COLOM, F. Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. **Br J Psychiatry**, London, v. 198, n. 5, p. 338-340, 2011.

COLOM, F. et al. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. **J Clin Psychiatry**, Memphis, v. 64, n. 9, p. 1101-1105, Sep. 2003b.

COLOM, F. et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. **Arch Gen Psychiatry**, Chicago, v. 60, n. 4, p. 402-407, Apr. 2003a.

COLOM, F. et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. **Br J Psychiatry**, London, v. 194, n. 3, p. 260-265, Mar. 2009.

COLOM, F. et al. Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. **Bipolar Disord**, Copenhagen, v. 6, n. 4, p. 294-298, Aug. 2004..

COLOM, F.; VIETA, E. Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. **Gaceta Universitaria**, Barcelona: Ars Medica, 2004a.

COLOM, F.; VIETA, E. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 26, p. 47-50, 2004b. Suplemento 3.

COOKE, R. G. et al. Well-being and functioning in patients with bipolar disorder assessed using the MOS 20-ITEM short form (SF-20). **J Affect Disord**, Amsterdam, v. 39, n. 2, p. 93-97, July 1996.

CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos**: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed, 2005.

COSTA, A. M. N. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 3, p. 104-110, 2008.

CRUZ, L. P. et al. Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de idosos com transtorno bipolar. **Rev Lat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 944-952, jul./ago. 2011.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEAN, B. B.; GERNER, D.; GERNER, R. H. A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and healthcare costs and utilization in bipolar disorder. **Curr Med Res Opin**, London, v. 20, n. 2, p. 139-154, 2004.

DELITTI, M.; DERDYK, P. **A terapia analítico-comportamental em um grupo**. Santo Andre: ESETec Editores Associados, 2008.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DONNAN, P. T.; MACDONALD, T. M.; MORRIS, A. D. Adherence to prescribed oral hypoglycaemic medication in a population of patients with Type 2 diabetes: a retrospective cohort study. **Diabet Med**, Chichester, v. 19, n. 4, p. 279-284, Apr. 2002.

DUNBAR-JACOB, J.; MORTIMER-STEPHENS, M. K. Treatment adherence in chronic disease. **J Clin Epidemiol**, New York, v. 54, p. S57-S60, Dec. 2001. Supplement 1.

EKER, F.; HARKIN, S. Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. **J Affect Disord**, Amsterdam, v. 138, n. 3, p. 409-416, May 2012.

ESCOSTEGUY, C. C. et al. Estudos de intervenção. In: MEDRONHO, R. A.; CARVALHO, D. M.; BLOCK, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. (Org.). **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003. p. 151-160.

FIGUEIREDO, Â. L. et al. O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. **Rev bras Ter Comp Cogn**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 15-24, 2009.

FLECK, M. et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FOUNTOULAKIS, K. N.; VIETA, E. Efficacy and safety of aripiprazole in the treatment of bipolar disorder: a systematic review. **Ann Gen Psychiatry**, London, v. 8, p. 16, 2009.

FRANCIONI, F. F.; COELHO, M. S. A superação do déficit de conhecimento no convívio com uma condição crônica de saúde: a percepção da necessidade da ação educativa. **Texto & contexto enferm**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 156-162, 2004.

GAZALLE, F. K. **Fatores associados à qualidade de vida em pacientes com transtorno bipolar**. 2008. 164p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

GIMENES, H.; ZANETTI, M.; HAAS, V. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Rev Lat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 46-51, 2009.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOMES, B. C.; LAFER, B. Psicoterapia em grupo de pacientes com transtorno afetivo bipolar. **Rev Psiq Clín**, São Paulo v. 34, p. 84-9, 2007.

GOMES, F. A.; KUNZ, M. Co-morbidades clínicas no transtorno bipolar. In: IN: KAPCZINSKI, F. Q. J. (Org.). **Transtorno bipolar: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 228-240.

GONZALEZ-PINTO, A. et al. Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. **Acta Psychiatr Scand**, Malden, v. 109, n. 2, p. 83-90, Feb. 2004.

GRAEFF, F. G.; GUIMARÃES, F. S. **Fundamentos de psicofarmacologia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

GRANERUD, A.; SEVERINSSON, E. Preserving integrity: experiences of people with mental health problems living in their own home in a new neighbourhood. **Nurs Ethics**, London, v. 10, n. 6, p. 602-613, Nov. 2003.

GRANT, R. W. et al. Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, New York, v. 26, n. 5, p. 1408-1412, May 2003.

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

GUANAES, C.; JAPUR, M. Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 134-140, 2001.

HANEMANN, F. D. M. Carbonato de lítio. **Rev Graduação**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 1-37, 2010.

HARVEY, N. S.; PEET, M. Lithium maintenance: 2. Effects of personality and attitude on health information acquisition and compliance. **Br J Psychiatry**, London, v. 158, n. 2, p. 200-204, 1991.

HAYHURST, H. et al. Measuring health-related quality of life in bipolar disorder: relationship of the EuroQol (EQ-5D) to condition-specific measures. **Qual Life Res**, Oxford, v. 15, n. 7, p. 1271-1280, Sep. 2006.

HIRSCHFELD, R.; VORNIK, L. A. Recognition and diagnosis of bipolar disorder. **J Clin Psychiatry**, Memphis, v. 65, p. 5-9, 2004. Supplement 15.

ISHAK, W. W. et al. Health-related quality of life in bipolar disorder. **Bipolar Disord**, Copenhagen, v. 14, n. 1, p. 6-18, Feb. 2012.

JAMISON, K. R. **Uma mente inquieta**: memórias de loucura e instabilidade de humor. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

JONES, S. Psychotherapy of bipolar disorder: a review. **J Affect Disord**, Amsterdam, v. 80, n. 2-3, p. 101-114, June 2004.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental–Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

JUSTO, L. P.; CALIL, H. M. Intervenções psicossociais no transtorno bipolar; Psychosocial interventions for bipolar disorder. **Rev psiquiatr clín**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 91-99, 2004.

KANTER, J. W.; RUSCH, L. C.; BRONDINO, M. J. Depression self-stigma: a new measure and preliminary findings. **J Nerv Ment Dis**, Baltimore, v. 196, n. 9, p. 663-670, Sep. 2008.

KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. **Transtorno bipolar: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

KECK, P. E.; MCELROY, S. L.; ARNOLD, L. M. Bipolar disorder. **Med Clin North Am**, Philadelphia, v. 85, n. 3, p. 645-661, 2001.

KNAPP, P.; ISOLAN, L. Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. **Rev Psiquiátr. clín.**, v. 32, p. 98-104, 2005. Suplemento 1.

KOGAN, J. N. et al. Demographic and diagnostic characteristics of the first 1000 patients enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). **Bipolar Disord**, Copenhagen, v. 6, n. 6, p. 460-469, Dec. 2004.

KUSS, O. **How to Use SAS for Logistic Regression with Correlated Data**. Halle(Saale): SAS Institute, 2002.

LAM, D. H. et al. Cost-effectiveness of relapse-prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study. **Br J Psychiatry**, London, v. 186, n. 6, p. 500-506, 2005.

LAVELLE, S.; TUSAIE, K. R. Reflecting on Forced Medication. **Issues Ment Health Nurs**, New York, v. 32, n. 5, p. 274-278, 2011.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LIMA, M. S.; TASSI, J.; NOVO, I. P. Epidemiologia do transtorno bipolar; Epidemiology of bipolar disorders. **Rev. psiquiatr. clín.**, Sao Paulo, v. 32, p. 15-20, 2005. Suplemento 1.

LOBBAN, F. et al. Enhanced relapse prevention for bipolar disorder by community mental health teams: cluster feasibility randomised trial. **Br J Psychiatry**, London, v. 196, n. 1, p. 59-63, Jan. 2010.

LOLICH, M. et al. Psychosocial interventions in Bipolar Disorder: A review. **Actas Esp Psiquiatr**, Barcelona, v. 40, n. 2, p. 84-92, Mar. 2012.

LOUZÃ, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. Porto Alegre (RS): Artmed, 2007. 18

MACHADO-VIEIRA, R.; SANTIN, A.; SOARES, J. C. The multidisciplinary team approach to the treatment of bipolar disorder: an overview. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 26, p. 51-53, Oct. 2004. Supplement 3.

MACHADO-VIEIRA, R.; SOARES, J. C. Treatment-resistant mood disorders. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 29, p. S48-S54, Oct. 2007. Supplement 2

MACZKA, G. et al. Group psychoeducation in the complex treatment of bipolar disorder--Cracow experiences. **Psychiatr Pol**, Warszawa, v. 44, n. 1, p. 89-100, Jan./Feb. 2010.

MAGALHAES, P. V. S.; PINHEIRO, R. T. Epidemiologia do transtorno bipolar. **Transtorno Bipolar: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 17-27.

MAINA, G. et al. Health-related quality of life in euthymic bipolar disorder patients: differences between bipolar I and II subtypes. **J Clin Psychiatry**, Memphis, v. 68, n. 2, p. 207-212, Feb. 2007.

MALHI, G. S. et al. The management of individuals with bipolar disorder: a review of the evidence and its integration into clinical practice. **Drugs**, New York, v. 69, n. 15, p. 2063-2101, Oct. 2009.

MANOS, R. C. et al. Depression self-stigma as a mediator of the relationship between depression severity and avoidance. **J Clin Psychol Soc**, New York, v. 28, n. 9, p. 1128-1143, 2009.

MARTINES, W. R. V.; MACHADO, A. L. Produção de cuidado e subjetividade. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 328-333, 2010.

MCFARLANE, W. R. et al. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. **J Marital Fam Ther**, Washington, v. 29, n. 2, p. 223-245, Apr. 2003.

MENEZES, S. L. **Grupo de psicoeducação e suas implicações no cotidiano de portadores de transtorno afetivo bipolar**. 2009. 106 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

MENEZES, S. L.; SOUZA, M. C. B. M. Grupo de psicoeducação no transtorno afetivo bipolar: reflexão sobre o modo asilar eo modo psicossocial. **Rev esc enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 996-1001, 2011.

MENEZES, S. L.; SOUZA, M. C. B. M. The implications of a Psychoeducation group on the everyday lives of individuals with Bipolar Affective Disorder. **Rev esc enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 124-131, 2012.

MERIKANGAS, K. R. et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. **Arch Gen Psychiatry**, Chicago, v. 64, n. 5, p. 543-552, May 2007.

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

MIASSO, A. I. **Terapêutica medicamentosa:** orientação e conhecimento do paciente na alta e pós-alta hospitalar. 2002. 118 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. D. B.; PEDRÃO, L. J. Estratégias adotadas por pessoas com Transtorno Afetivo Bipolar ea necessidade de terapêutica medicamentosa. **Esc Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 240-247, 2007.

MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. D. B.; PEDRÃO, L. J. Transtorno afetivo bipolar ea ambivalência em relação à terapia medicamentosa: analisando as condições causais. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 433-441, 2011.

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**, Ribeirao Preto v. 17, n. 4, p. 548-556, 2009.

MIASSO, A.; CASSIANI, S.; PEDRÃO, L. Transtorno afetivo bipolar e terapêutica medicamentosa: identificando barreiras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 739-745, 2008.

MICHALAK, E. E. et al. Bipolar disorder and quality of life: a patient-centered perspective. **Qual Life Res**, Oxford, v. 15, n. 1, p. 25-37, 2006.

MICHALAK, E. E. et al. Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? **Can J Psychiatry**, Ottawa, v. 50, n. 2, p. 95-100, Feb. 2005.

MIKLOWITZ, D. J. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. **Am J Psychiatry**, Arlington, v. 165, n. 11, p. 1408-1419, Nov. 2008.

MIKLOWITZ, D. J. Group psychoeducation increases time to recurrence in stabilised bipolar disorders. **Evid Based Ment Health**, London, v. 12, n. 4, p. 110, Nov. 2009.

MIKLOWITZ, D. J. Psychotherapy in combination with drug treatment for bipolar disorder. **J Clin Psychopharmacol**, Baltimore, v. 16, n. 2, p. 56S-66S, Apr. 1996. Supplement 1.

MIKLOWITZ, D. J.; SCOTT, J. Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. **Bipolar Disord**, Copenhagen, v. 11, p. 110-122, June 2009. Supplement 2.

MIKLOWITZ, D. J. et al. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. **Arch Gen Psychiatry**, Chicago, v. 60, n. 9, p. 904-912, Sep. 2003.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONTESCHI, M.; VEDANA, K.; MIASSO, A. Terapêutica medicamentosa: conhecimento e dificuldades de familiares de pessoas idosas com transtorno afetivo bipolar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 709-718, 2010.

MORENO D. H.; DIAS, R. S. Epidemiologia. In: MORENO, R. A.; MORENO, D. H. (Ed.). **Da psicose maniaco-depressiva ao espectro bipolar**. São Paulo: Segmento Farma, 2008. p. 123-146. v. 3.

MORENO, R. A. et al. Psychoeducation program for bipolar patients and their families. **Bipolar Disord**, Copenhagen, v. 7, n. 2, p. 27, 2005.

MORISKY, D. E. et al. Health education program effects on the management of hypertension in the elderly. **Arch Intern Med**, Chicago, v. 142, n. 10, p. 1835-1838, Oct. 1982.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**, Philadelphia, v. 24, n. 1, p. 67-74, Jan. 1986.

MORRISS, R. K. et al. Pragmatic randomised controlled trial of group psychoeducation versus group support in the maintenance of bipolar disorder. **BMC Psychiatry**, London, v. 11, p. 114, 2011.

NARDI, A. E. et al. Demographic and clinical features of schizoaffective (schizobipolar) disorder--a 5-year retrospective study. Support for a bipolar spectrum disorder. **J Affect Disord**, Amsterdam, v. 89, n. 1-3, p. 201-206, Dec. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-10 - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde**. São Paulo: Edusp, 2000.

PAGANO, M.; GAWVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. São Paulo: Thomson Pioneira Learning, 2004.

PEDRÍLIO, L. S. **Transtorno afetivo bipolar e terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de pacientes e familiares**. 2010. 93 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

PEET, M.; HARVEY, N. S. Lithium maintenance: 1. A standard education programme for patients. **Br J Psychiatry**, London, v. 158, p. 197-200, Feb. 1991.

PELLEGRINELLI, K. B. **Impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional dos pacientes bipolares**. 2010. 152 f. Dissertação(mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

PEREIRA, L. et al. Transtorno Bipolar: reflexões sobre diagnóstico e tratamento. **Perspectiva**, Erechim, v. 34, n. 128, p. 151-166, dez. 2010.

PÉREZ, A. M. G. et al. Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria. **Med Família**, Barcelona, v. 1, n. 1, p. 13-19, 2000.

PERLICK, D. et al. Medication non-adherence in bipolar disorder: a patient-centered review of research findings. **Clin approaches bipolar disord**, Worthing, v. 3, n. 2, p. 56-64, 2004.

PESSINI, L.; FELÍCIO, J. L. Bioética da proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. **Revista Bioética**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 203-220, 2009.

PICCINNI, A. et al. Health-related quality of life and functioning in remitted bipolar I outpatients. **Compr Psychiatry**, Philadelphia, v. 48, n. 4, p. 323-328, July/Aug. 2007.

PINO PINO, M. A. et al. [Bipolar disorder: helping the treatment]. **Actas Esp Psiquiatr**, Barcelona, v. 30, n. 5, p. 305-11, Sep-Oct 2002.

POLIT, D.; BECK, C. **Nursing research: principles and methods**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

POST, R. M. Adjunctive strategies in the treatment of refractory bipolar depression: clinician options in the absence of a systematic database. **Expert Opin Pharmacother**, London, v. 6, n. 4, p. 531-546, Apr. 2005.

RANDEMARK, N. F. R. **Reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: representações das famílias**. 2009. 270 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

REINARES, M. et al. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. **Bipolar Disord**, Copenhagen, v. 10, n. 4, p. 511-519, June 2008.

RITSHER, J. B.; PHELAN, J. C. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. **Psychiatry Res**, Amsterdam, v. 129, n. 3, p. 257-265, Dec. 30 2004.

ROBB, J. C. et al. Quality of life and lifestyle disruption in euthymic bipolar disorder. **J Psychiatr Res**, Oxford, v. 31, n. 5, p. 509-517, Sep./Oct. 1997.

ROCCA, C. C.; LAFER, B. Neuropsychological disturbances in bipolar disorder. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 226-237, Sep. 2006.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. **Entrevista Motivacional no cuidado da saúde: Ajudando pacientes a mudar o comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ROSA, A. R. et al. Correlation between drug treatment adherence and lithium treatment attitudes and knowledge by bipolar patients. **Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry**, Oxford, v. 31, n. 1, p. 217-224, Jan. 2007.

ROSA, A. R. et al. Validation of the Portuguese version of the Lithium Attitudes Questionnaire (LAQ) in bipolar patients treated with lithium: cross-over study. **Clin Pract Epidemiol Ment Health**, London, v. 2, p. 32, 2006.

ROSO, M. C.; MORENO, R. A.; COSTA, E. M. S. Intervenção psicoeducacional nos transtornos do humor: a experiência do Grupo de Estudos de Doenças Afetivas (GRUDA). **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 165, 2005.

SAARNI, S. I. et al. Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. **Br J Psychiatry**, London, v. 197, n. 5, p. 386-394, 2010.

SACHS, G.S., KOSLOW C.L, GHAEMI, S.N. The treatment of bipolar depression. **Bipolar Disord**, Copenhagen, v.2, p. 256-60, 2000.

SACHS, G. S. Unmet clinical needs in bipolar disorder. **J Clin Psychopharmacol**, Baltimore, v. 23, n. 3, p. S2-S8, June 2003. Suplemento 1.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SAJATOVIC, M. et al. A comparison of the life goals program and treatment as usual for individuals with bipolar disorder. **Psychiatr Serv**, Washington, v. 60, n. 9, p. 1182, 2009.

SAJATOVIC, M. et al. Illness experience and reasons for nonadherence among individuals with bipolar disorder who are poorly adherent with medication. **Compr Psychiatry**, Philadelphia, v. 52, n. 3, p. 280-287, May/June 2011.

SANCHEZ-MORENO, J. et al. Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. **Psychother Psychosom**, Basel, v. 78, n. 5, p. 285-297, 2009.

SANTIN, A.; CERESÉR, K.; ROSA, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. **Rev Psiquiatr Clín**, São Paulo, v. 32, p. 105-109, 2005. Suplemento 1.

SCHALL, R. Estimation in generalized linear models with random effects. **Biometrika**, Oxford, v. 78, n. 4, p. 719-727, 1991.

SCOTT, J.; POPE, M. Self-reported adherence to treatment with mood stabilizers, plasma levels, and psychiatric hospitalization. **Am J Psychiatry**, Arlington, v. 159, n. 11, p. 1927-1929, Nov. 2002.

SEWITCH, M. J. et al. Patient nonadherence to medication in inflammatory bowel disease. **Am J Gastroenterol**, New York, v. 98, n. 7, p. 1535-1544, July 2003.

SIERRA, P.; LIVIANOS, L.; ROJO, L. Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. **Bipolar Disord**, Copenhagen, v. 7, n. 2, p. 159-165, Apr. 2005.

SILVA, A. L. A. C. et al. Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites; Group activities in public health: characteristics, scope and limitations. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 18-24, 2003.

SILVEIRA, C. A. B. As vivências de separação eo encerramento da psicoterapia de grupo: uma breve reflexão. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 52-59, 2008.

SIMON, G. E. Practical lessons from effectiveness trials of care management and psychoeducation for bipolar disorder. **J Clin Psychiatry**, Memphis, v. 70, n. 8, p. e28, Aug 2009.

SISTEMA UNICO DE SAÚDE (SUS). **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial**. Brasília, DF, 2010.

SMITH, D. J. et al. Unrecognised bipolar disorder in primary care patients with depression. **Br J Psychiatry**, London, v. 199, n. 1, p. 49-56, July 2011.

SOBRAL, A.; FREITAS, C. M. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. **Saude soc**, São Pualo, v. 19, n. 1, p. 35-47, 2010.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares:[revisão]. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 123-127, 2006.

STAPE, D. **O conhecimento do paciente com alta hospitalar sobre a continuidade do seu tratamento**. 1979. 118 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

STEFANELLI, M. C. et al. Psychoeducational Program: how patients with affective disorders and their families perceive it. **J Affect Disord**, Amsterdam, v. 91, n. 1, p. 79, 2006.

STEFANELLI, M. C.; MORENO, R. M. Intervenção psicoeducacional: orientação e educação em saúde mental. In: STEFANELLI, M. C. F.; ARANTES, E.C. (Orgs.). **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. São Paulo: Manole, 2008. p. 281-295.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SVARSTAD, B. L. et al. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. **Patient Educ Couns**, Princeton, v. 37, n. 2, p. 113-124, June 1999.

TUCCI, A. M.; KERR-CORRÊAB, F.; DALBENC, I. Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 79-87, 2001.

TUNG, T. C. **Enigma bipolar**: conseqüências, diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. São Paulo: MG Editores: 2007.

VAN DER VOORT, T. Y. et al. Collaborative care for patients with bipolar disorder: a randomised controlled trial. **BMC Psychiatry**, London, v. 11, p. 133, 2011.

VELLIGAN, D. I. et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. **J Clin Psychiatry**, Memphis, v. 70, p. 1-46; quiz 47-8, 2009. Supplement 4.

VIETA, E.; COLOM, F. Psychological interventions in bipolar disorder: From wishful thinking to an evidence-based approach. **Acta Psychiatr Scand Suppl**, Copenhagen, n. 422, p. 34-8, 2004.

WERNER, P.; STEIN-SHVACHMAN, I.; HEINIK, J. Perceptions of self-stigma and its correlates among older adults with depression: a preliminary study. **Int Psychogeriatr**, Cambridge, v. 21, n. 6, p. 1180-1189, Dec. 2009.

WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **Psychol Med**, London, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998a.

_____. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Ed.). **Quality of life assessment: international perspectives**. New York: Springer Verlag, 1994. p. 41-60.

_____. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc Sci Med (1982)**, Oxford, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, June 1998b.

YALOM, I. D. **The theory and practice of group psychotherapy**. New York: Basic Books, 1995.

YATHAM, L. N. et al. Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. **Bipolar Disord**, Copenhagen, v. 6, n. 5, p. 379-385, Oct. 2004.

YEN, C. F. et al. Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission. **Bipolar Disord**, Copenhagen, v. 10, n. 5, p. 617-624, July 2008.

YEN, C. F. et al. Self-stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders. **Psychiatr Serv**, Washington, v. 56, n. 5, p. 599-601, May 2005.

ZARETSKY, A. Targeted psychosocial interventions for bipolar disorder. **Bipolar Disord**, Copenhagen, v. 5, p. 80-87, 2003.

ZIMMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ZIMMERMAN, M. et al. Sustained unemployment in psychiatric outpatients with bipolar disorder: frequency and association with demographic variables and comorbid disorders. **Bipolar Disord**, Copenhagen, v. 12, n. 7, p. 720-726, Nov. 2010.

ANEXOS

ANEXO A

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ribeirão Preto, 11 de março de 2010.

Of. Nº.33/10/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP.

Prezada Senhora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião realizada em 09 de março de 2010, analisou e apreciou o parecer, referente ao projeto de pesquisa: **"Grupos de psicoeducação para pessoas com transtorno afetivo bipolar e familiares : impacto na qualidade de vida, conhecimento e adesão à terapêutica medicamentosa"**, protocolo nº.365/CEP-CSE-FMRP-USP, como pesquisadores responsáveis: Prof.Drª. Adriana Inocente Miasso (coordenação), Prof.Dra. Lucilene Cardoso, Prof.Dr. Luiz Jorge Pedrão, Prof.Dra. Sueli Aparecida Frari Galera (pesquisadores), Ana Carolina Guidorizi Zanetti, Cheila Cristina Leonardo de Oliveira Gaioli, Andreia Fernanda Nievas, Paulo Sérgio Ferreira, Lais Fonseca, Milena Ferreira Cavelagna, Kelly Graziani Giaccheri, Bruna Paiva do Carmo e Bruna Zelli Lopeslfoi (colaboradores), foi aprovado ad – referendium.

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laercio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª Adriana Inocenti Miasso

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e

Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXO B

TESTE DE ADESÃO DE MORISKY E GREEN

Instruções: Este questionário visa compreender sua compreensão com relação ao remédio.

TESTE DE ADESÃO DE MORISKY E GREEN	SIM	NÃO
“Você, alguma vez, se esquece de tomar o 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 C

Escala de avaliação do grau de conhecimento em relação à terapêutica medicamentosa (STAPE, 1979):

1. Medicamentos utilizados

Cópia da prescrição médica referente ao dia da entrevista		
Nome	Dose/ dia	Frequência

Medicamentos mencionados pelo paciente		
Nome	Dose/ dia	Frequência

Cada aspecto da terapêutica medicamentosa avaliado é categorizado de 0 a 100% e classificado em 5 intervalos representando as seguintes classes:

0% - sem conhecimento

0% 25% - muito pouco conhecimento

25% 50% - pouco conhecimento

50% 75% - conhecimento regular

75% 100% - bom conhecimento

ANEXO D

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL-BREF

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1.	Como você avalia a 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	sempre	frequentemente	muito frequentemente
26.	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

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

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

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

PARTE A – Caracterização dos participantes do estudo

1. N° sujeito banco: _____
2. N° (HYGIA) do paciente: _____
3. Data coleta (dd/mm/aaaa): _____
4. Número da coleta: _____
5. Local da entrevista:
 - 1- NSM
 - 2- Casa do paciente
6. Sexo:
 - 1- Masculino
 - 2- Feminino
7. Data de Nascimento? (dd/mm/aaaa): _____
8. Escolaridade?
 - 0- Analfabeto
 - 1- Primeiro Grau incompleto
 - 2- Primeiro Grau completo
 - 3- Segundo Grau incompleto
 - 4- Segundo Grau completo
 - 5- Terceiro Grau incompleto
 - 6- Terceiro Grau completo
9. Estado civil?
 - 0- Nunca se casou amasiou
 - 1- Separado (a)
 - 2- Casado ou Amasiado (a)
 - 3- Viúvo (a)
 - 4- Divorciado (a)
10. Você trabalha ou já trabalhou?
 - 0- Nunca trabalhou
 - 1- Desempregado
 - 2- Faz trabalhos eventuais (“bicos”)
 - 3- Trabalho regular (informal)
 - 4- Trabalho regular (registrado)
 - 5- Afastado do trabalho
 - 6- Aposentado INSS
 - 7- Outra (.....).

PARTE B - Conhecimento dos pacientes acerca do transtorno e tratamento

1. Você sabe dizer qual é o nome do transtorno mental que você tem?

1 – Não

2– Sim ----- Se sim, qual? _____

2. Você sabe dizer há quanto tempo você tem esse transtorno mental? (em anos completos)

0- Um ano

1- Dois anos

2- Três anos

3- Quatro anos

4- Cinco anos ou mais

5- não sabe dizer

3. Você sabe dizer quais são os remédios que você está tomando atualmente?

Medicamentos utilizados

Cópia da prescrição médica referente ao dia da entrevista		
Nome	Dose/dia	Frequência

Medicamentos mencionados pelo paciente		
Nome	Dose/dia	Frequência

4. Você já teve internação psiquiátrica?

1 – Não

2 – Sim

5. Quantas vezes já esteve internado? _____

6. Qual a data da última internação psiquiátrica: (0 = não teve)
(dd/mm/aaaa): _____

PARTE C – Percepção do paciente sobre o cotidiano do paciente antes e após a participação no grupo**Perguntas para o paciente:**

- 1) Como é para você participar do grupo de psicoeducação?

- 2) Depois que você adoeceu, como era seu dia antes de participar do grupo de psicoeducação? (trabalho, lazer, escola, etc).

- 3) Depois que você começou a participar do grupo de psicoeducação, como tem sido o seu dia?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ESCLARECIMENTO AO PACIENTE

Nós, profissionais da saúde, estamos preocupados em melhorar nosso serviço e em entender como é para você conviver como o transtorno afetivo bipolar e com a necessidade de tomar medicamentos diariamente para controlar sua doença. Queremos também saber o que você conhece sobre a sua doença e sobre os medicamentos que você usa. Acreditamos que conhecer como você se sente é importante para isso. Por isso estamos convidando você a participar desse projeto de pesquisa que será desenvolvido no Núcleo de Saúde Mental. O nome desse projeto é Grupos de psicoeducação para pessoas com Transtorno Afetivo Bipolar: impacto na qualidade de vida, conhecimento e adesão à terapêutica medicamentosa.

Para isso vamos fazer algumas perguntas para você em uma entrevista reservada, depois você poderá participar do grupo junto a outros pacientes que irão dividir suas experiências e dúvidas com todos nós em encontros de uma hora, uma vez por semana. Nesses encontros vamos conversar e aprender juntos um pouco mais sobre o transtorno afetivo bipolar, sobre os medicamentos que você e outros pacientes fazem uso e como lidar com as situações do dia-a-dia. Os grupos serão realizados durante 21 semanas sendo que depois do último encontro do grupo iremos novamente fazer algumas perguntas para você em uma entrevista reservada. Você poderá também participar de três encontros grupais que irão acontecer de dois em dois meses após ter terminado os 21 encontros semanais. Após cada um desses encontros faremos a você novas perguntas em entrevista reservada. Vamos utilizar as informações e as respostas de todos os participantes para estudar e entender melhor como é para vocês conviver com o transtorno afetivo bipolar e com a necessidade de utilizar medicamentos em seu tratamento e verificar como nós enfermeiros podemos ajudá-los. Gostaríamos de deixar claro que todas as entrevistas com sua participação serão gravadas e as fitas contendo as gravações ficarão guardadas sob nossa responsabilidade durante cinco anos e após esse período serão inutilizadas. Informamos, também, que para o bom resultado deste projeto de pesquisa é muito importante que você participe de todas as suas etapas: da entrevista antes do início dos grupos, dos 21 encontros grupais (semanais), da entrevista após o término dos 21 encontros grupais, participação nos três encontros grupais que ocorrerão de dois em dois meses após o término dos 21 encontros semanais e das entrevistas que serão feitas após cada um desses três últimos encontros grupais.

Se você concordar em participar, eu garanto que seu nome não vai aparecer no meu trabalho em nenhum momento, que você não vai precisar pagar nada e também não vai receber dinheiro para participar; que sua participação no grupo é espontânea e que ela não vai influenciar no seu direito de atendimento aqui no serviço e você poderá desistir de participar do estudo quando você quiser, de acordo com a sua vontade. Eu prometo também tirar qualquer dúvida que você tiver. Se você aceitar participar vou pedir que assine uma folha como essa que diz que você aceita participar do projeto de pesquisa e vou dar uma cópia para você guardar.

Termo de Consentimento Livre, Após Esclarecimento

Eu,

.....(Paciente)

E eu (Familiar)

Entendi e ouvi da pesquisadora o que ela vai fazer no projeto de pesquisa: "Grupos de psicoeducação para pessoas com Transtorno Afetivo Bipolar: impacto na qualidade de vida, conhecimento e adesão à terapêutica medicamentosa" e eu ACEITO participar dessa pesquisa. Eu entendi que posso interromper ou parar a minha participação no estudo a qualquer hora em que eu quiser, sem precisar explicar o porquê e que isso não vai atrapalhar o tratamento oferecido nesse serviço de saúde mental. Sei que meu nome não vai aparecer no trabalho final, que não vou ter gastos e que não vou receber dinheiro para participar do estudo.

Ribeirão Preto, de de 20.....

Em qualquer **caso de dúvida** você pode entrar em contato comigo pelo
telefone: (16) 3602- 3418 ou 9302-3168

Assinatura (ou impressão digital)

e nº Documento de identificação

Assinatura do pesquisador