**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

SARITA LOPES MENEZES

**Grupo de Psicoeducação e suas implicações no cotidiano de portadores de
Transtorno Afetivo Bipolar**

**Ribeirão Preto
2009**

SARITA LOPES MENEZES

**Grupo de Psicoeducação e suas implicações no cotidiano de portadores de
Transtorno Afetivo Bipolar**

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

Área de Concentração: Enfermagem
Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: O doente, a doença e
as práticas terapêuticas

Orientadora: Profa. Dra. Maria Conceição
Bernardo de Mello e Souza

Ribeirão Preto

2009

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 CATALOGADA

Menezes, Sarita Lopes.

Grupo de Psicoeducação e suas implicações no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar/Sarita Lopes Menezes; orientadora Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza. -- Ribeirão Preto, 2009.

106 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Saúde Mental. 2. Psicoeducação. 3. Transtorno Bipolar. 4. Enfermagem

FOLHA DE APROVAÇÃO

Sarita Lopes Menezes

Grupo de Psicoeducação e suas implicações no cotidiano 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 junto ao Programa de
Enfermagem Psiquiátrica
Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A todos os **familiares e portadores de Transtorno Afetivo Bipolar** que fazem parte da história do Grupo de Psicoeducação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), pois direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À **Profa. Dra. Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza**, não apenas por ter me orientado com tanta competência na realização deste trabalho, mas, também, pela compreensão, paciência e disponibilidade que demonstrou em todos os momentos em que precisei. Muito obrigada pelo exemplo que me forneceu enquanto orientadora, docente e enfermeira psiquiátrica!

Às **Profas. Dras. Edilaine Cristina da Silva e Adriana Inocenti Miasso**, pelas valiosas contribuições que deram para esta pesquisa.

A **Maria da Graça**, que contribui de forma decisiva para minha formação ao longo desses anos de convivência.

Aos **docentes e alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP**, que de uma forma ou de outra colaboraram para a realização deste trabalho.

Aos **pacientes psiquiátricos** que passaram pela minha vida, pois foram fundamentais para o meu crescimento como ser humano e enfermeira. Vocês, certamente, são a razão principal desta minha trajetória profissional.

Ao **Marcelo**, meu marido, pelo amor, compreensão e incentivo durante esta jornada.

Aos meus amados pais, **João e Itaimar**, pois sem a ajuda deles não teria conseguido chegar até aqui.

Aos meus queridos irmãos, **Graziela, João Paulo e Larissa**, que direta ou indiretamente me auxiliaram nesta caminhada.

RESUMO

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 da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), conhecido por sua cronicidade, complexidade e altos índices de morbidade e mortalidade, é uma das principais causas de incapacitação no mundo, gerando um impacto significativo na qualidade de vida dos portadores, bem como uma grande carga para a família e a sociedade em geral. Há evidências crescentes de que o curso desse transtorno pode ser modificado por abordagens psicoterápicas, tais como a psicoeducação, que promove o aumento do funcionamento social e ocupacional, bem como da capacidade de manejar situações estressantes. Assim, o objetivo deste trabalho foi identificar as implicações do grupo de psicoeducação no cotidiano dos portadores de Transtorno Afetivo Bipolar. Para tanto, optamos pelo estudo de natureza qualitativa, do tipo Estudo de Caso. Foram incluídos neste estudo doze sujeitos portadores de TAB que tiveram pelo menos seis participações no Grupo de Psicoeducação desenvolvido na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Para coleta de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, gravadas, transcritas na íntegra pela própria pesquisadora e, posteriormente trabalhadas por meio da Análise Temática. Os resultados apontaram para **as consequências do TAB na vida das pessoas** no que se refere às modificações da rotina, ao desejo de encontrar a causa de todo o sofrimento, ao preconceito sofrido dentro e fora da família, ao sentimento de culpa vivenciado pelo portador, bem como à influência nos relacionamentos interpessoais, nos estudos e no trabalho. Além disso, **ao vivenciar o tratamento**, é o notório o histórico de não adesão, as experiências negativas em relação a algumas formas de tratamento, a supervalorização do tratamento medicamentoso, o forte desejo de cura e a busca de outras formas de ajuda. Quanto às **implicações do grupo de psicoeducação no cotidiano de portadores de TAB**, este estudo demonstrou que tal experiência grupal favoreceu a aquisição de conhecimento sobre o TAB; a conscientização da doença e adesão ao tratamento; a realização de mudanças positivas na vida; a possibilidade de ajudarem outros portadores a se beneficiarem do aprendizado construído no grupo; a descoberta de outras realidades e estratégias de enfrentamento, obtidas por meio da troca de experiências entre os participantes; o desejo de ampliarem as possibilidades de acesso à informação pela comunidade. Compreender a percepção desses indivíduos sobre a influência do grupo no dia a dia deles favorecerá o enriquecimento deste programa de extensão à comunidade e, assim, contribuir para a prática em saúde mental neste momento de transformações e construção do paradigma psicossocial.

Palavras-chave: saúde mental; psicoeducação; transtorno bipolar; enfermagem.

ABSTRACT

MENEZES, S.L. Psychoeducation Group and its implications in the daily lives of people with Bipolar Affective Disorder. 2009. 106 f. Dissertation (Master's Degree) – College of Nursing at University of São Paulo at Ribeirão Preto.

The Bipolar Affective Disorder (BD), known for its chronicity, complexity and high levels of morbidity and mortality, is one of the main causes of incapability in the world, generating a significant impact in the sick people's lives, as well as a great burden to the family and to the society in general. There are increasingly evidences that this disorder course can be changed by psychoterapic approaches, such as the psychoeducation, that promotes the increase of the occupational and social functioning, as well as the capacity to deal with stressful situations. Therefore, this study aim was to indentisy the implications of the psychoeducation group in the daily lives of the people with Bipolar Affective Disorder. For this, we opted for a qualitative nature study, like Case Study. Twelve people with Bipolar Affective Disorder, who attended the Psychoeducation Group developed in the Medicine University at São José do Rio Preto (FAMERP), were included in this study. In order to collect the data, some semi-structered, recorded interviews, whole transcribed by the researcher, were made and later on they were considered by means Subject Matter Analysis. The results pointed to the consequences of the BD in people's lives related to the routine change, the hope to find the cause of all the suffering, the prejudice suffered inside and outside the family, the guilt feeling the sick ones have, as well as the influence in the interpersonal relationships, in the study and in the job. Besides it, as they live the treatment, it is notorious the not adherence historic, the negative experiences related to some ways of help, the overestimation of the medicine treatment, the strong hope of cure and the search for other kinds of help. Related to the implications of the psychoeducation group in the daily life of people with BD, this study showed that such group experience favored the acquisition of knowledge about BD; the sickness awareness and adherence to the treatment; the fulfillment of positive changes in life, the possibility to help other sick people and benefit from the learning built in the group; the discovery of other realities and facing strtategies, obtained by means of experience exchanges among the participants; the hope to extend the possibilities to access information by means of the community. Comprehending these subjects perceptions on the group influence in their daily lives will favor the enrichment of this program focused on the community and then contribute to the mental health practice at this moment of transformations and building of a psychosocial paradigm.

Key words: mental health; psychoeducation; bipolar disorder; nursing.

RESUMEN

MENEZES, S.L. Grupo de Psicoeducación y sus implicaciones en el cotidiano de las personas con Trastorno Afectivo Bipolar. 2009. 106 f. Disertación (Master) Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), conocido por su cronicidad, complejidad y altas tasas de morbilidad y mortalidad, es una de las principales causas de incapacitación en el mundo, generando un impacto significativo en la calidad de vida de los enfermos, así como un gran peso para la familia y la sociedad en general. Hay crecientes evidencias de que el curso de este trastorno puede ser cambiado por abordajes psicoterápicos, como la psicoeducación, que promueve el aumento de la función social y ocupacional así como la capacidad de manejar situaciones estresantes. Así, el objetivo de este trabajo fue identificar las implicaciones del grupo de psicoeducación en el cotidiano de las personas con Trastorno Afectivo Bipolar. Para eso, optamos por el estudio de naturaleza cualitativa, del tipo Estudio de Caso. Fueron incluidos en este estudio doce sujetos con TAB que participaron del Grupo de Psicoeducación desarrollado en la Facultad de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Para la colecta de los datos fueron hechas entrevistas semi-estructuradas, grabadas, transcritas en la íntegra por la propia investigadora y, posteriormente, trabajadas por medio de la Análisis Temática. Los resultados señalaron las consecuencias del TAB en la vida de las personas en lo que se refiere a los cambios de rutina, al deseo de encontrar la causa de todo el sufrimiento, al perjuicio sufrido dentro y fuera de la familia, al sentimiento de culpa vividos por el enfermo, así como la influencia en las relaciones interpersonales, en los estudios y en el trabajo. Además, al vivir el tratamiento, es notorio el histórico de no adhesión, las experiencias negativas en relación a algunas formas de tratamiento, la supervaloración del tratamiento medicamentoso, el fuerte deseo de cura y la búsqueda de otras formas de ayuda. Quanto a las implicaciones del grupo de psicoeducación en el cotidiano de las personas con TABV, este estudio demostró que tal experiencia en grupo favoreció la adquisición de conocimiento sobre el TAB; la conscientización de la enfermedad y adhesión al tratamiento; la realización de cambios positivos en la vida; la posibilidad de ayudar otros enfermos a beneficiarse del aprendizaje construido en el grupo; la descubierta de otras realidades y estrategias de enfrentamiento, obtenidas por medio de cambios de experiencias entre los participantes; el deseo de ampliar las posibilidades de acceso a la información por la comunidad. Comprender la percepción de esos individuos sobre la influencia del grupo en su rutina favorecerá el enriquecimiento de este programa de extensión a la comunidad y, así, contribuir para la práctica en salud mental en este momento de transformaciones y construcción del paradigma psicosocial.

Palabras llave: salud mental; psicoeducación; trastorno bipolar; enfermaje.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Considerações gerais sobre o Transtorno Afetivo Bipolar	16
1.2 Psicoeducação como estratégia de Intervenção nos Transtornos de Humor	20
2 PERCURSO METODOLÓGICO	25
2.1 Tipo de Estudo	26
2.2 Local do Estudo	27
2.3 Aspectos Éticos	28
2.4 Sujeitos da Pesquisa	29
2.4.1 Caracterização dos Sujeitos	30
2.5 Procedimentos para a Coleta de Dados	30
2.6 Análise dos Dados	32
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
3.1 Caracterização dos Sujeitos	36
3.2 Categorias Temáticas	36
3.2.1 Consequências do Transtorno Afetivo Bipolar no cotidiano das pessoas	36
3.2.2 Vivenciando o tratamento	57
3.3.3 Implicações do grupo de psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar	69
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	91
ANEXO	100
APÊNDICES	102

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O interesse pela Área de Psiquiatria e Saúde Mental surgiu em 2000, enquanto ainda cursava a disciplina de Enfermagem Psiquiátrica, no 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Desde o início, fiquei fascinada com a forma contagiante que a docente ministrava as aulas teóricas e, aos poucos, fui obtendo respostas para vários questionamentos que tinha sobre o comportamento humano e o sofrimento psíquico. Aquilo que parecia surpreendente na teoria se tornou ainda mais interessante na prática, quando passei a ter um contato mais próximo com os portadores de Transtornos Mentais e seus familiares.

Então, comecei a notar as discrepâncias existentes no que se refere às práticas terapêuticas. Ao passo que a teoria reforçava a importância da reabilitação psicossocial, da valorização da autonomia dos sujeitos, na prática era notório o quanto esses pacientes ocupavam uma posição de dependência, improdutividade, incapacidade e até mesmo de passividade, pois, de modo autocrático lhes eram impostos tratamentos, condutas, ignorância e alienação.

Tais discrepâncias se tornaram mais evidentes durante a minha vivência enquanto enfermeira em um Hospital Psiquiátrico, onde trabalhei no período de 2000 a 2004. Nessa época, pude fazer algumas observações não sistematizadas, tais como: um menor número de enfermeiros opta pela enfermagem psiquiátrica, quando comparada com outras áreas de especialização; a rotatividade de enfermeiros que, em geral, optam pelos Serviços de Saúde Mental, como segundo emprego, ou até conseguirem se inserir em outra área considerada por eles mais rentável ou de qualquer outra forma mais atrativa; poucos enfermeiros buscam se aprimorar na área, seja por meio de participação em eventos, estudos ou mesmo cursos de especialização; a existência de muitos desvios de função, em detrimento das atividades realmente importantes.

Além disso, algo que me chamou a atenção foram as freqüentes internações de pacientes com o diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), o que me levou a constatar que o tratamento hospitalar ainda representa a base do atendimento psiquiátrico para essa população. Isso me fez refletir no quanto estamos distantes do paradigma proposto pela Reforma Psiquiátrica, que há muito prega a necessidade

de se ampliar e diversificar os serviços de atendimento, visando a diminuição das internações e, conseqüentemente, da institucionalização desses doentes.

Então, mais inquietações surgiram: Será que a assistência psiquiátrica que praticamos é adequada? Como lidar com essas dificuldades, enquanto enfermeira e membro de uma equipe multidisciplinar?

Os questionamentos se intensificaram ainda mais quando cursei Especialização em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no ano de 2003, pois pude compreender melhor o papel do enfermeiro psiquiátrico e o quanto as habilidades e os conhecimentos dos mesmos são sub-utilizados. Inclusive, como Trabalho de Conclusão de Curso, realizei uma pesquisa cujo objetivo foi identificar o perfil e explorar o conhecimento acerca da doença e do tratamento em portadores de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) hospitalizados. Esse estudo possibilitou identificar a falta de suporte desses pacientes que, em geral, tinham pouco ou nenhum conhecimento, tanto nos aspectos relacionados ao diagnóstico, quanto ao quadro clínico, causas, evolução, tipos de tratamento, bem como sobre como prevenir as recaídas e, conseqüentemente, as reinternações (LOPES; DONDA; SILVA, 2006).

Desse modo, não pude me esquivar da realidade, ou seja, do quanto nós profissionais da saúde somos responsáveis por tudo isso, uma vez que educar o paciente em relação à doença e à necessidade de terapias, favorece sua aceitação em relação ao caráter crônico do transtorno, ao tratamento em longo prazo, às medicações utilizadas e aos seus efeitos colaterais. E, certamente, esta educação pode ser um fator importante na redução das recaídas, das reinternações e demais agravos decorrentes desta doença. Aliado a isso, é vital assumirmos a responsabilidade de agir de acordo com os preceitos éticos de nossa profissão que, entre outras coisas, dita a necessidade de respeitar a autonomia dos pacientes. No entanto, esta só poderá ser exercida se houver o esclarecimento quanto ao diagnóstico, aos tratamentos, à prevenção e à reabilitação dos mesmos.

Diante disso, confirmamos a real importância de se oferecer suporte educativo aos portadores de TAB. Em especial, porém, os resultados do TCC colocaram em pauta a efetividade das práticas terapêuticas, o quanto estas contribuem para o agravamento ou pelo menos para a estagnação da doença.

Assim, comecei a questionar até que ponto o Hospital Psiquiátrico poderia ser um cenário de transformações, de aplicação de novos saberes e práticas, dado seu histórico de desconsideração do indivíduo como participante do tratamento, uma vez que no modo asilar o que importa mesmo é a ação da medicação. Dessa forma, o meio familiar e social não são levados em conta, sendo a família excluída das práticas de tratamento ou considerada apenas como um coadjuvante.

Tais questionamentos aumentaram ainda mais ao passo que, em 2003, comecei a participar no “Programa Prevenção de Recaídas no Transtorno Bipolar do Humor”, em parceria com o Grupo de Estudos de Doenças Afetivas (GRUDA) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo; a Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), o Ambulatório Municipal de Saúde Mental de São José do Rio Preto; o Hospital Dr. Adolfo Bezerra de Menezes de São José do Rio Preto e o Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Base de São José do Rio Preto. O objetivo principal desse programa era a prevenção de recaídas do portador de TAB, por meio do acompanhamento médico e aplicação da psicoeducação. Assim, juntamente com outras enfermeiras, passei a coordenar um grupo de psicoeducação para familiares e portadores.

Embora o referido programa tenha sido interrompido em 2005, o Grupo de Psicoeducação ainda tem continuidade na FAMERP, como um Programa de Extensão à Comunidade, dado o interesse dos profissionais envolvidos, bem como a pedido dos próprios familiares e portadores de TAB. Nessa época eu já não trabalhava mais em um Hospital Psiquiátrico, mas enquanto docente nas disciplinas de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria e Relacionamento Terapêutico, no Curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP, continuei envolvida nesse projeto.

Desde então, a maior proximidade com essa população possibilitou acompanhar seu grande sofrimento. Essa percepção está em conformidade com a literatura, uma vez que os Transtornos de Humor são caracterizados pela perda de controle do humor e do afeto e por um grande sofrimento psíquico (SADOCK; SADOCK, 2007).

Além disso, a experiência como membro da coordenação de um grupo de psicoeducação confirma os benefícios desse tipo de estratégia. Tal vivência testifica o esclarecimento e a motivação que proporciona aos familiares e portadores. Somado a isso, surgem outros questionamentos: Qual é a real contribuição da

psicoeducação na vida dos portadores de TAB? De que modo a psicoeducação favorece a prevenção de recaídas? O que muda na vida desses sujeitos ao passo que começam a participar no grupo de psicoeducação?

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. Considerações Gerais sobre o Transtorno Afetivo Bipolar

O TAB é conhecido por sua cronicidade, complexidade e pelos altos índices de morbidade e mortalidade, sendo caracterizado por episódios de mania ou hipomania, alternados com períodos de depressão e/ou eutimia (SOUZA, 2005).

Na fase de **mania** o humor é expansivo ou eufórico, podendo ser irritável e desinibido. Há, também, diminuição da necessidade de sono, inquietação, agitação psicomotora, aumento de energia e de libido. Além disso, é comum ocorrer nessa fase idéias de grandeza, prolixidade, pressão para falar, prejuízo da crítica e aumento da impulsividade. Assim, a conduta social torna-se inadequada, o indivíduo pode ficar indiscreto, invasivo, bem como aumentar o consumo de álcool e/ou outras drogas, aumentar os gastos financeiros e o envolvimento em atividades potencialmente danosas, como dirigir em alta velocidade, promiscuidade sexual e dívidas (SADOCK; SADOCK, 2007; MORENO; ALMEIDA, 2005; MORENO et al., 2005; SOUZA, 2005; MORENO; MORENO, 2002; KAPLAN et al, 1997)

Já o quadro de **hipomania**, é descrito como sendo uma mania atenuada, em que o indivíduo sente seus pensamentos e percepções particularmente vívidos ou rápidos, humor irritável, com sensação de nervosismo e aumento de energia. Tais alterações devem ser notórias, percebidas por outros, porém, diferente da mania, não leva ao comprometimento funcional do indivíduo e não inclui sintomas psicóticos (MORENO; ALMEIDA, 2005; MORENO; MORENO, 2002).

O episódio de **depressão**, por sua vez, é caracterizado principalmente, por alterações na psicomotricidade, na cognição e nas funções vegetativas, alterações estas opostas às que ocorrem na mania. Os principais sintomas são: humor depressivo, incapacidade de sentir alegria ou prazer, diminuição da energia, lentificação ou agitação psicomotora, diminuição da libido, apetite e sono, dificuldades de concentração e pensamentos de cunho negativo, podendo ocorrer ideação suicida e/ou sintomas psicóticos (MORENO; ALMEIDA, 2005).

Pode ocorrer, também, o **episódio misto**, no qual o paciente apresenta uma superposição de sintomas depressivos e maníacos, com grave irritabilidade, sentimentos de ira e ódio, expressão facial e comportamento incompatíveis com as queixas depressivas (ressonância afetiva), podendo haver demonstrações de auto

ou heteroagressividade incontroláveis. Além dos estados mistos, pode acontecer a **ciclagem rápida**, caracterizada pela mudança abrupta de uma fase para a outra, sem que haja um período de normalidade (MORENO; ALMEIDA, 2005; MARTINS, 2002).

Enquanto o portador permanece sem os sintomas descritos acima, este se encontra eutímico, ou seja, em remissão. A remissão, porém, não deve ser considerada como sendo apenas a resposta clínica – redução de 50% dos sintomas observados ou mesmo a ausência de sintomas – mas como a (re)integração funcional do indivíduo em suas atividades de rotina. Nesse sentido, o tratamento do TAB tem por objetivo manter o paciente em eutimia, promovendo a recuperação e evitando a recaída, que é um item de significativa importância, sendo que o risco para tal é maior nos primeiros 4 a 6 meses após a remissão dos sintomas, indicando a não continuidade do tratamento como um dos maiores problemas (SOUZA, 2005; STUART, 2001).

Há indícios de que o TAB está associado a alterações de substâncias intracelulares envolvidas na regulação de neurotransmissores, plasticidade sináptica, expressão gênica, sobrevivência e morte neuronal. Além disso, seu aparecimento está ligado à presença de genes de vulnerabilidade e à interação destes com a influência ambiental (KAPCZINSKI; FREY; ZANNATTO, 2004; MICHELON; VALLADA, 2004).

Sabe-se, porém, que não se trata apenas de um problema bioquímico, mas, também, de um problema de natureza psicológica e social (ALDA, 1999; MICHELON; VALLADA, 2005; MIASSO, 2006).

Estima-se que a bipolaridade pode afetar em torno de 1% da população geral (SOUZA, 2005; KESSLER et al, 1997; ANGST et al, 2003). Contudo, estudos que consideram o espectro bipolar, indicam uma prevalência de 5%. Em geral, a manifestação dos primeiros sintomas ocorre na adolescência, mais especificamente entre os 18 e 22 anos (SOUZA, 2005; KESSLER et al, 1997; FILHO, 2002; WEISSMAN et al, 1996; AKISKAL, 2003). Dessa forma, pode causar uma ruptura do processo de amadurecimento, trazendo prejuízos significativos no âmbito biopsicossocial, dado que nesse período se iniciam vários preparativos para a vida adulta, entre estes, a escolha da profissão, a conquista da autonomia e os relacionamentos amorosos.

Além disso, segundo um estudo realizado com internações psiquiátricas no Município de Ribeirão Preto pelo Sistema Único de Saúde, constatou-se que os Transtornos de Humor são a segunda causa de internação hospitalar entre 1998 e 2002 (SILVA, 2004).

É considerado como uma das principais causas de incapacitação no mundo, pela Organização Mundial da Saúde, gerando um impacto significativo na qualidade de vida dos portadores, bem como uma grande carga para a família e a sociedade em geral (COSTA, 2008; LIMA et al, 2005; MORENO; ALMEIDA, 2005; MORENO; MORENO, 2002;).

Também, segundo Costa (2008), a alta carga e os custos associados à doença estão relacionados aos seguintes fatores próprios do TAB: maior risco de suicídio, alta prevalência de comorbidades mentais e físicas, incluindo uma alta prevalência de fatores de risco cardiovascular, bem como prejuízo social/profissional e a baixa adesão ao tratamento.

Isso fica evidente nos relatos de pacientes, que referem grande sofrimento devido ao prejuízo na capacidade ocupacional e no desempenho social, ao risco de lesão física e suicídio, à perda da credibilidade e confiança, ao medo de recaídas, enfim, às consequências da doença na vida (MIASSO, 2006).

Associado a isso, tem-se o fato de que os portadores de TAB apresentam altos índices de recaídas, as quais podem ser incapacitantes e causadoras de alterações estruturais e funcionais em determinadas regiões do cérebro. Tais alterações afetam de forma consistente e, muitas vezes irreversível, o processo cognitivo, o curso e prognóstico da doença, sendo influenciadas grandemente pela não-aderência ao tratamento farmacológico e a conseqüente agudização do Transtorno Afetivo Bipolar (SILVA, 2004; FREY et al, 2004; MACHADO-VIEIRA, 2004).

Sabe-se, também, que são freqüentes as reinternações por TAB, sendo que as mesmas podem estar associadas à não adesão ao tratamento medicamentoso, o qual deve ser contínuo mesmo nos períodos de remissão (MORENO; MORENO, 2002).

Tais fatos demonstram a importância e a necessidade de estudos que contribuam para o atendimento adequado desta demanda. Diante disso, o interesse da comunidade científica pelos transtornos de humor vem aumentando, em função de sua crescente prevalência associada ao refinamento diagnóstico, à ampliação do

arsenal terapêutico e ao conhecimento dos avanços nas pesquisas da neurobiologia. Essas pesquisas reforçam a relevância do tratamento como prevenção de agravos advindos do TAB (VIEIRA et al, 2003).

O tratamento consiste em estratégias farmacológicas e não farmacológicas. As primeiras compreendem os medicamentos estabilizadores do humor, tais como o Lítio, Anticonvulsivantes e Antipsicóticos. Estes visam o controle da fase aguda e a prevenção de novos episódios e têm um papel fundamental na reparação da plástica sináptica, compensando uma série de alterações estruturais e funcionais em determinadas regiões do cérebro provocadas pelas recaídas (FREY et al, 2004).

E, embora o uso do Lítio envolva a necessidade de controle plasmático periódico, análise de suas contra-indicações e limites terapêuticos, ainda é considerado como a terapêutica de escolha, devido a sua grande eficácia na mania/hipomania e na prevenção de recorrências (SOUZA, 2005). Além dessas medicações, há autores que defendem a aplicação da eletroconvulsoterapia (ECT) para pacientes graves ou resistentes a tratamento ou quando preferida pelos mesmos (MORENO et al, 2005).

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

Embora tais estratégias demonstrem ter um papel fundamental no manejo do TAB, o curso desta doença é freqüentemente caracterizado por sintomas crônicos e por altos índices de recaídas e internações. Inclusive, apesar da remissão dos episódios de alteração patológica de humor, ainda podem persistir sintomas subsindrômicos substanciais (KNAPP; ISOLAN, 2005).

Sabe-se, ainda, que em tratamentos prolongados, a grande dificuldade é a adesão dos pacientes, sendo altas as taxas de não adesão, principalmente em portadores com as seguintes características: jovens, solteiros, homens, com baixa

escolaridade, comorbidades, uso de álcool ou drogas, estrutura familiar inadequada, falta de conhecimento sobre a doença, efeitos colaterais dos medicamentos e a negação da doença (SAJATOVIC et al, 2004).

Com o objetivo de compreender o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com TAB, Miasso (2006) realizou um estudo qualitativo, envolvendo 14 familiares e 14 portadores que faziam acompanhamento em um Serviço Ambulatorial de Clínica Psiquiátrica de um hospital universitário de grande porte no interior paulista. Por meio de entrevistas e de observação, a autora percebeu que pelo fato de no início o portador não reconhecer sua doença, ele passa a acreditar que não precisa dos medicamentos, sendo o preconceito e as limitações geradas pelos efeitos colaterais, motivos adicionais que reforçam a decisão de abandonar o tratamento. E, ao vivenciarem as crises desencadeadas pela ausência do mesmo, identificam sua real necessidade, o que para eles é percebido de modo ambivalente, como um dilema, destacando-se a presença de efeitos colaterais, em oposição à percepção da necessidade do medicamento frente às crises e reinternações, o que talvez explique os altos índices de abandono de tratamento (MIASSO, 2006).

Há evidências crescentes de que o curso do TAB pode ser modificado por meio de abordagens psicoterápicas. Estas têm como objetivos o aumento da adesão ao tratamento, a redução dos sintomas residuais, a identificação de pródromos síndrômicos com a conseqüente prevenção das recaídas, a diminuição das taxas e períodos de hospitalizações e a melhora na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. Além disso, favorecem o aumento do funcionamento social e ocupacional desses pacientes e das capacidades de manejar situações estressantes em suas vidas (KNAPP; ISOLAN, 2005).

1.2. Psicoeducação como Estratégia de Intervenção nos Transtornos de Humor

Embora o tratamento farmacológico seja indicado para a maioria dos transtornos mentais, é evidente o impacto da doença mental na qualidade de vida e no funcionamento social, cognitivo e ocupacional dos portadores e de suas famílias. Então, tornou-se necessário que o tratamento contemplasse não apenas a recuperação sintomática, mas, também, alcançasse a recuperação funcional dos sujeitos. Mesmo porque, constatou-se que fatores relacionados às causas e às

conseqüências dos episódios parecem responder bem a intervenções psicológicas (STEFANELLI; MORENO, 2008).

Nesse sentido, um estudo prospectivo realizado com 82 portadores de TAB, constatou um risco de recorrência maníaca ou depressiva após 5 anos de eutímia em 73% deles, apesar do tratamento farmacológico. Dois terços dos que tiveram recorrências, o tiveram por várias vezes. E, mesmo entre os sujeitos que não tiveram recorrências durante a realização da pesquisa (média de 4,3 anos), foi observado um considerável comprometimento afetivo, em especial no que se refere ao funcionamento psicossocial. Com isso, concluíram que, embora a profilaxia com estabilizadores de humor possa promover longos períodos sem recaídas, não garante níveis adequados de ajustamento social e qualidade de vida (GLITIN et al., 1995)

Assim, apesar do TAB ser caracterizado por fortes indicadores biológicos e o tratamento farmacológico ser impreterível, é necessário que haja uma atenção psicossocial, considerando que no tratamento estritamente biológico são altos os índices de não aderência e recaídas. Portanto, é fundamental associar abordagens terapêuticas que busquem a aplicação clínica do modelo biopsicossocial e a inclusão e valorização da participação dos pacientes e familiares (ANDRADE, 1999).

Entre as abordagens não farmacológicas há a **Psicoeducação**, desenvolvida a partir da década de 70, como um tratamento adicional ao fármaco, com o intuito de manter o paciente inserido na comunidade (ANDRADE, 1999). Por isso, esta abordagem é caracterizada como sendo um dos modelos de reabilitação psicossocial (GUERRA, 2004), considerando que reabilitação psicossocial compreende o desenvolvimento de um conjunto de programas e serviços que visam facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes de Saúde Mental (PITTA, 1996).

Assim, percebe-se que o anterior paradigma de assistência psiquiátrica – o asilar, demonstra-se incapaz de atender tais exigências, uma vez que seu cerne é o hospital, a doença mental e o tratamento medicamentoso. No modo asilar a ênfase está nas determinações orgânicas dos transtornos psiquiátricos, em detrimento da subjetividade do sujeito. Isso fica evidente na prática, onde observa-se a desconsideração do indivíduo como participante do tratamento, visto que nessa concepção o que importa mesmo é a ação da medicação. Dessa forma, o meio

familiar e social não são levados em conta, sendo a família excluída das práticas de tratamento ou considerada apenas como um coadjuvante (COSTA-ROSA, 2000).

A abordagem psicoeducativa, portanto, vem ao encontro dos objetivos da Reforma Psiquiátrica, ou seja, a superação gradual da internação nos manicômios através da criação de serviços na comunidade que desenvolvam práticas de prevenção e reabilitação psicossocial (ROTELLI, 1990).

A definição de psicoeducação varia de acordo com os pressupostos e objetivos que os profissionais pretendem alcançar, sendo a abordagem dos aspectos psicológicos o que mais diferencia uma prática clínica de outra. Dessa forma, existem diferentes métodos e técnicas, dependendo do tipo de intervenção e do referencial teórico adotados (ANDRADE, 1999).

A psicoeducação pode ser desenvolvida individualmente ou em grupo, por diferentes profissionais de saúde, desde que capacitados para lidar com as reações associadas ao tema discutido. Isso porque, embora não seja considerada uma modalidade de psicoterapia, aborda aspectos afetivo-emocionais com o intuito de promover mudanças, o que exige certas habilidades do profissional (ANDRADE, 1999).

De qualquer modo, a psicoeducação é considerada como uma das principais estratégias para modificar aspectos negativos vivenciados pelos portadores de TAB e envolve fornecer informações aos pacientes e familiares sobre a natureza e o tratamento da doença, provendo ensinamentos teóricos e práticos para que possam compreender e lidar melhor com a mesma. Além disso, tal estratégia tem como objetivo ajudar o portador a melhorar seu *insight* sobre a doença, lidar com a estigmatização, melhorar a adesão ao tratamento, ensinar os sinais prodrômicos precoces, promover hábitos saudáveis e a regularidade no estilo de vida e evitar o abuso de substâncias (KNAPP; ISOLAN; MIASSO, 2006).

A fim de avaliar o papel da psicoeducação em grupo na prevenção de recaídas, Colom e colaboradores (2003) realizaram um estudo com 120 pacientes portadores de TAB em remissão por pelo menos 6 meses. Além do tratamento farmacológico, os sujeitos participaram de 21 sessões de psicoeducação em grupo ou de 21 sessões de encontros de grupo não estruturados. Mensalmente, durante as 21 semanas de tratamento e no decorrer de dois anos, os sujeitos foram contatados. Os resultados confirmaram que os sujeitos incluídos no grupo de psicoeducação tiveram uma redução significativa no número de recaídas, um aumento no tempo

entre as recorrências depressivas, maníacas, hipomaníacas e mistas, bem como uma diminuição na quantidade e período de hospitalizações. Assim sendo, a pesquisa ratificou a eficácia do grupo de psicoeducação na prevenção de recaídas, destacando a necessidade de incorporar tal intervenção nas diretrizes de tratamento do TAB.

Outros estudos confirmam que o uso da psicoeducação com portadores do TAB facilita a adesão ao tratamento, melhorando a resposta clínica, reforçando o fato de que pacientes que dispõem de formas terapêuticas as quais estimulam o conhecimento sobre a doença, têm melhores condições no tratamento. Inclusive, favorece uma maior proximidade do paciente com seu familiar/cuidador, possibilitando, muitas vezes, a identificação precoce de sinais e sintomas de recaída e favorecendo a intervenção rápida e incisiva, o que pode evitar a progressão de um episódio (COLOM; VIETA, 2004; PARIK et al, 1997; MORENO et al, 2005; GONZALEZ-PINTO et al, 2004).

A psicoeducação deve contemplar, também, os fatores que interferem na evolução do TAB e outros aspectos particulares a cada portador, fatores de vulnerabilidade e o contexto em que vive. Para tanto, deve-se favorecer a participação do paciente no sentido de explicitar seu modo de entender sua situação, o que poderá promover discussões muito produtivas no grupo (JUSTO; CALIL, 2004).

Além disso, a psicoeducação tem como objetivo promover hábitos saudáveis de sono, como medida para prevenir recaída, e a melhora da qualidade de vida pela redução do estigma e da culpa, pelo aumento da auto-estima e do bem-estar e pela redução de comorbidades e mudanças nos estilos de vida que induzam ao estresse (STEFANELLI; MORENO, 2008).

A ação da psicoeducação, portanto, parece ir além do aumento da adesão ao tratamento medicamentoso. Favorece, também, a regularização do estilo de vida, o desenvolvimento de hábitos saudáveis e a detecção precoce dos sinais de recaídas (COLOM et al, 2003).

Assim, a psicoeducação deveria ser parte integrante do tratamento do TAB, sendo reconhecida como uma intervenção psicológica de primeira linha, aplicável à maioria dos pacientes e seus familiares, podendo ser realizada por uma ampla gama de profissionais treinados nesta abordagem (ROUGET; AUBRY, 2007).

Certamente, a educação sobre a doença, a identificação e manejo de comorbidades, bem como o estímulo para mudanças positivas no estilo de vida do paciente e sua família são importantes papéis que devem ser exercidos pela equipe multidisciplinar no tratamento de pacientes com transtornos de humor. Inclusive, deve ser encarada como um dever do profissional frente ao portador, visto que faz parte dos direitos do paciente ser informado sobre sua doença (MACHADO-VIEIRA; SANTIN; SOARES, 2004; COLOM; VIETA, 2004; RUIZ; LIMA ; MACHADO, 2004).

Dessa forma, modalidades de educação e orientação em saúde mental voltadas para clientes, familiares e comunidade devem ter prioridade na abordagem da saúde, em seus três níveis de assistência, a fim de tornar menos sofrida a reintegração social do cliente e aumentar suas chances de alcançar resultados positivos. Para tanto, tais programas não devem se basear apenas em conteúdos considerados como prioridade na perspectiva dos profissionais. Ao contrário, devem ser direcionados de acordo com as necessidades vivenciadas por aqueles que apresentam o transtorno, que compartilham a vivência da doença ou aqueles que estão em busca de mais saúde (STEFANELLI; MORENO, 2008).

Como membro da coordenação de um grupo de psicoeducação para familiares e portadores de TAB, já pude observar alguns benefícios dessa estratégia, principalmente no que se refere ao esclarecimento de dúvidas relacionadas ao TAB e suas consequências na vida. No entanto, ainda restam vários questionamentos acerca da real contribuição dessa estratégia na vida de portadores, uma vez que muitos estudos ratificam o papel da psicoeducação na prevenção de recaídas, porém pouco dizem sobre como é isso na perspectiva dos portadores.

Diante dessas considerações, no atual estudo visamos **identificar, na perspectiva de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar, as implicações de um grupo de psicoeducação no seu cotidiano**. A seguir, descreveremos o percurso metodológico utilizado para que atingíssemos os objetivos propostos.

PERCURSO METODOLÓGICO

2. PERCURSO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de Estudo

Uma vez que buscamos por meio desta pesquisa identificar as implicações do grupo de psicoeducação no cotidiano dos portadores de Transtorno Afetivo Bipolar, optamos pelo método qualitativo de investigação, que visa compreender os significados – de natureza psicológica e complementarmente sociocultural – trazidos por indivíduos sobre os múltiplos fenômenos pertinentes ao campo dos problemas da saúde-doença (TURATO, 1997).

A pesquisa qualitativa não se baseia na verificação das regularidades, na produção de medidas quantitativas de características ou de comportamentos, tal como ocorre nas pesquisas do tipo quantitativa. Pelo contrário, baseia-se na análise dos significados que os indivíduos dão às suas ações, à compreensão do sentido dos atos e das decisões dos atores sociais ou dos vínculos das ações particulares com o contexto social em que estas se dão (RICHARDSON et al, 1999; CHIZZOTTI, 1998).

Dessa forma, a pesquisa qualitativa busca incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes ao comportamento humano, no que se refere aos seus atos, relações e estruturas sociais (MINAYO, 1999).

Para tanto, utilizamos o **Estudo de Caso**, que é considerado uma das principais modalidades de pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Trata-se de um método de pesquisa cujo objeto é uma unidade, analisada aprofundadamente, de modo holístico e detalhado, com o objetivo de compreendê-la em seus próprios termos. Nessa perspectiva, a unidade pode ser um indivíduo, uma família, uma instituição ou uma comunidade e por meio de sua análise é possível a penetração na realidade social, o que a análise estatística não é capaz de fazer (GOLDENBERG, 2000; GIL, 1999; TRIVIÑOS, 1987).

No atual estudo, a unidade estudada foi o grupo de psicoeducação realizado com portadores de Transtorno Afetivo Bipolar. O estudo de caso, conforme Triviños (1987), fornece um conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada e possibilita uma visão detalhada permitindo focalizar o contexto estudado.

2.2. Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no Grupo de Psicoeducação para familiares e portadores do Transtorno Afetivo Bipolar, um programa de extensão à comunidade oferecido pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), fundada há 35 anos como instituição privada do sistema de ensino superior e estadualizada em setembro de 1994. A referida instituição oferece os cursos de graduação em Medicina e Enfermagem e tem como filosofia o compromisso de desenvolver e aperfeiçoar o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços à comunidade na área das Ciências da Saúde, com vistas ao bem estar físico, mental e social da população.

Em consonância com tal compromisso, o grupo de psicoeducação existe desde setembro de 2003, sendo inicialmente (até novembro de 2005) parte do Programa Prevenção de Recaídas do Transtorno Bipolar do Humor, em parceria com o Grupo de Estudos de Doenças Afetivas (GRUDA) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo; o Ambulatório Municipal de Saúde Mental de São José do Rio Preto; o Hospital Dr. Adolfo Bezerra de Menezes de São José do Rio Preto e o Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Base de São José do Rio Preto.

O grupo surgiu como uma estratégia para diminuir as freqüentes reinternações de indivíduos portadores de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), bem como para suprir a falta de suporte oferecido aos mesmos e aos seus familiares. Em geral, esses tinham pouco ou nenhum conhecimento sobre a doença, seus tratamentos, bem como sobre como prevenir as recaídas e, conseqüentemente, as reinternações.

Mesmo após o término do programa citado, esse grupo teve continuidade na FAMERP, a pedido dos próprios familiares e portadores de TAB, além do interesse dos profissionais envolvidos.

Trata-se de um grupo aberto, com encontros mensais, participando, em média, trinta pessoas (entre familiares e portadores), que são convidadas por meio de anúncios de jornais, cartazes distribuídos nos Serviços de Saúde Mental do município e pelos profissionais que participam do grupo ou que são nossos colaboradores.

É programada para cada encontro uma palestra, com duração de uma hora, proferida por algum profissional: enfermeiro, médico psiquiatra, psicólogo, nutricionista, professor de educação física, advogado entre outros, de acordo com o tema agendado para o dia e sua área de conhecimento.

Quanto aos temas abordados nas palestras, esses são sugeridos pelos próprios participantes, ao responderem um questionário de avaliação dos encontros, que é aplicado anualmente. Em geral, os temas incluem a caracterização da doença em suas diferentes fases; fatores causais e desencadeantes; tratamentos farmacológicos e não farmacológicos; gravidez e aconselhamento genético; detecção precoce dos episódios maníacos e depressivos; álcool e outras drogas; prejuízos psicológicos, sociais e econômicos; técnicas de gerenciamento do estresse; como lidar com um familiar que é portador; estratégias para conviver com as mudanças no estilo de vida no dia a dia e melhorar a qualidade de vida (alimentação e atividade física); direitos do portador e familiar; entre outros.

Após a palestra, há um depoimento voluntário de um familiar ou portador, cujo objetivo é a troca de experiências e o intercâmbio de encorajamento. Além do depoimento, é marcante a participação dos presentes em expressar seus pensamentos e/ou dúvidas acerca do tema, sendo estas últimas esclarecidas pelos profissionais presentes. Os encontros são finalizados com um lanche, momento esse que favorece a aproximação entre familiares/ portadores e os profissionais, contribuindo, assim, para o fortalecimento do vínculo entre os mesmos.

2.3. Aspectos Éticos

Esta pesquisa somente foi iniciada após obtermos o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), objetivando a preservação dos aspectos éticos (Protocolo nº 7049/2007 – Anexo 1). Além disso, os sujeitos foram esclarecidos previamente quanto aos objetivos do estudo, bem como sobre o que envolveria a participação dos mesmos e, após consentirem verbalmente em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

Os CDs contendo as entrevistas gravadas serão preservados durante cinco anos e, após esse período, serão descartados, respeitando, assim, a recomendação da Resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2005).

Quanto à identificação dos sujeitos, optamos por atribuir-lhes nomes fictícios, bem como a todas as pessoas e instituições citadas nas entrevistas, visando, assim, a preservação do anonimato dos envolvidos.

Dessa forma, os sujeitos serão denominados da seguinte forma: Antônia, Benedita, Carmem, Dalva, Emília, Fátima, Glória, Heloísa, Inês, Jurema, Laura, Madalena.

2.4. Sujeitos da Pesquisa

Foram incluídos nesta pesquisa indivíduos portadores do Transtorno Afetivo Bipolar, com participação igual ou superior a seis encontros no Grupo de Psicoeducação para familiares e portadores de TAB, promovido pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

Excluimos do estudo os familiares de portadores de TAB que freqüentam o grupo, bem como portadores com participação inferior a seis encontros. Optamos por no mínimo seis participações como critério de inclusão, considerando que os grupos passam por fases de construção do processo grupal.

Os grupos, de uma forma geral, passam por três fases: inicial ou de orientação; média ou de trabalho; final ou de término. Nesse sentido, é apenas no início da segunda fase (de trabalho) que é estabelecida a coesão grupal e se realiza de forma efetiva o trabalho produtivo (TOWNSEND, 2002). Assim, seria difícil avaliar as implicações do grupo no cotidiano dessas pessoas se estas tivessem participado de encontros somente na fase inicial ou de orientação.

Além disso, encontramos na literatura um estudo que aponta que seis meses de psicoeducação em grupo é capaz de gerar efeitos profiláticos mais duradouros (COLOM, et al., 2009).

Consideramos, também, que neste período, de no mínimo seis meses, é mais provável que já tenham sido abordados os principais temas propostos pelo programa, tais como a caracterização da doença, tratamentos e prevenção de recaídas.

Assim, para selecionar os sujeitos, analisamos as 32 listas de presença disponíveis, sendo estas do período de Junho de 2004 a Dezembro de 2008. Dentre os 525 indivíduos que participaram nesse período, 21 se enquadraram nos critérios

de inclusão. A partir disso, foi realizado um sorteio determinando a ordem em que tais sujeitos seriam contatados.

Para determinação do tamanho da amostra, utilizamos o método de **amostragem por saturação**, que compreende a delimitação do número de entrevistas que serão consideradas, priorizando-se a qualidade da análise e não a quantidade do material. Assim, foram incluídos novos sujeitos até constatarmos que houve uma saturação de dados, ou seja, que estava ocorrendo muitas repetições, que os conteúdos das entrevistas estavam muito semelhantes, e que, portanto, novas falas passariam a ter acréscimos pouco significativos, não levando a modificações qualitativas na posterior análise dos resultados (TURATO, 2003).

Considerando os critérios de inclusão descritos acima e o método de amostragem por saturação utilizado, concluímos a pesquisa com 12 sujeitos. Estes foram informados pessoalmente, pela própria pesquisadora, sobre a natureza e o objetivo do estudo e convidados a participar, sendo esclarecidos sobre o que envolveria tal participação.

Cabe ressaltar que, da lista inicial de 21 sujeitos, foram excluídos dois deles, uma vez que, ao realizar o contato telefônico para o agendamento da entrevista, fomos informadas por seus familiares de que os mesmos haviam falecido, ambos devido a problemas cardíacos. Também, quatro sujeitos não foram encontrados, uma vez que os números de telefones fornecidos não correspondiam aos de suas residências atuais e os mesmos não freqüentaram o grupo no período da coleta de dados, o que impossibilitou contatá-los para a realização da entrevista.

Outras dificuldades enfrentadas foram: o não comparecimento de um dos sujeitos sorteados, que embora tivesse consentido em participar da pesquisa não compareceu nos dias e horários agendados; a perda de duas entrevistas, por problemas na gravação, problema esse solucionado parcialmente, pois foi possível recuperar duas delas.

2.5. Procedimentos para Coleta de Dados

Para a obtenção dos dados foi utilizada como técnica a entrevista semi-estruturada, gravada e, posteriormente, transcrita pela própria pesquisadora, deixando o entrevistado livre para trazer conteúdos além do questionado.

Entende-se por entrevista semi-estruturada aquela que é realizada a partir de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, de acordo com os objetivos da pesquisa, mas que dão margem para novos questionamentos que surgem durante o diálogo com o informante (TRIVIÑOS, 1987).

Escolhemos esta modalidade de entrevista porque, além de valorizar a presença do pesquisador, favorece a liberdade e espontaneidade do informante, o que, certamente, é fundamental numa investigação de natureza qualitativa (TRIVIÑOS, 1987).

Inicialmente, optamos por perguntar sobre como era o cotidiano da pessoa antes e depois de sua participação no grupo de psicoeducação, porém chegamos à conclusão que tais questões poderiam ser muito diretivas, o que talvez interferisse nos resultados da pesquisa. Considerando tais pressupostos, elaboramos um roteiro que norteou as entrevistas (Apêndice 2), sendo ele composto de duas partes, uma destinada aos dados de caracterização dos sujeitos e outra composta pelas seguintes questões norteadoras da pesquisa:

“Conte-me sobre como é o seu dia a dia.”

“Como tem sido para você participar do grupo de psicoeducação?”

Estas questões, porém, não foram as únicas feitas aos sujeitos, uma vez que as mesmas possibilitaram o desenvolvimento de novos questionamentos durante o diálogo, o que é característico na entrevista semi-estruturada (TRIVIÑOS, 1987).

As entrevistas foram realizadas no período de Julho de 2008 a Março de 2009. Cabe ressaltar que em Julho de 2008 foi realizada uma entrevista piloto, a fim de verificar a adequação das questões norteadoras propostas inicialmente, sendo a coleta de dados retomada em Dezembro de 2008, estendendo-se até Março de 2009.

O contato inicial com os sujeitos ocorreu por telefone, sendo agendado com cada um dos participantes um dia, horário e local para a realização da entrevista, de acordo com a disponibilidade dos mesmos. A maioria dos sujeitos, sete, optou por realizar a entrevista no seu próprio domicílio, sendo as demais entrevistas realizadas nas dependências da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), em sala previamente reservada para tal. Em ambas as situações tomou-se o cuidado de haver privacidade para a realização das entrevistas, a fim de que o sujeito se sentisse livre para fazer quaisquer colocações. No que se refere aos

sujeitos que preferiram se deslocar até a FAMERP, foi oferecido pela pesquisadora o valor correspondente ao transporte de ônibus para o local.

A duração das entrevistas variou de 25 minutos a 1 hora e 22 minutos, não sendo esse tempo previamente estabelecido, uma vez que as mesmas eram finalizadas conforme era atingido o objetivo da pesquisa.

2.6. Análise dos Dados

As entrevistas foram trabalhadas por meio da Análise de Conteúdo, que é um método de tratamento e análise de informações. Tal análise tem por objetivo compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas (CHIZZOTI, 1998).

Dentre os diversos tipos de Análise de Conteúdo, optamos pela Análise Temática, por meio da qual se procura descobrir os núcleos de sentido da comunicação, seja pela consideração da presença de determinados temas ou pela contagem da frequência das unidades de significação de determinado discurso. Nesse sentido, “tema” refere-se a uma afirmação a respeito de um assunto e é expresso por meio de uma palavra, uma frase ou um resumo (MINAYO, 1999).

Para o desenvolvimento dessa análise, seguimos os seguintes passos sugeridos por MINAYO (1999): Pré-Análise; Exploração do Material; Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.

A **Pré-Análise** consistiu em realizar uma *Leitura Flutuante*, por meio da qual o pesquisador se impregna do conteúdo do material, dado o contato exaustivo que tem com o mesmo, o que tornou a leitura das comunicações cada vez mais sugestiva. Em seguida, organizou-se o material de acordo com as normas de validade: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, o que recebe o nome de *Constituição do Corpus*.

A Pré-Análise finalizou-se com a *Formulação de Hipóteses e Objetivos*, ou seja, estabelecendo-se alguns pressupostos iniciais, sendo que estes poderiam ser modificados ao longo do processo de análise, conforme emergissem outras hipóteses.

Quanto à etapa de **Exploração do Material**, esta se deu pela codificação dos dados. Para tanto, a partir das unidades de registro estabelecidas na Pré-Análise, elegeram-se as regras de contagem, classificando e agregando os dados,

escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que determinariam a especificação dos temas.

A Análise Temática foi concluída com o **Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação**, sendo que nessa fase trabalhamos com os significados das informações obtidas, comparando-as com o quadro teórico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Caracterização dos Sujeitos

Participaram desta pesquisa 12 sujeitos todos do sexo feminino, com idades entre 35 e 73 anos, sendo cinco casadas, quatro divorciadas, duas solteiras e uma viúva. Tanto a participante que é viúva, como três das que são divorciadas mantêm um relacionamento estável no momento. As participantes, em sua maioria, têm até três filhos, sendo que quatro delas não têm filhos. Quanto à escolaridade, todas são alfabetizadas, porém apenas três concluíram o ensino médio e três chegaram ao ensino superior, sendo que duas fizeram cursos de Pós-Graduação. No que se refere à ocupação atual, a maioria das mulheres está empregada no momento, quatro são do lar e apenas uma está aposentada em decorrência do transtorno mental. Em relação à religião, cinco são católicas, quatro espíritas e três evangélicas.

O tempo de início dos primeiros sintomas do Transtorno Bipolar do Humor variou de cinco a 43 anos. Já o tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico de TAB variou de um a 33 anos, sendo que apenas quatro relataram uma espera de até nove anos para que definisse o diagnóstico.

Quanto ao tratamento psiquiátrico atual, seis fazem acompanhamento particular/convênio com médico psiquiatra, quatro vão ao Ambulatório Municipal de Saúde Mental e duas não estão fazendo nenhum tipo de acompanhamento, sendo que uma delas interrompeu o tratamento há quatro meses e a outra faz apenas uso das medicações, porém sem acompanhamento médico, referindo conseguir amostras grátis de um representante de Laboratório.

Dentre as 12 mulheres entrevistadas, 11 já fizeram psicoterapia em algum momento de suas vidas, atualmente, apenas quatro participantes fazem psicoterapia e destas três pagam por isso. Em relação às internações psiquiátricas, seis já foram internadas em Hospital Psiquiátrico, considerando seis internações a maior incidência entre as mulheres, sendo todas as internações anteriores ao início da participação no grupo de psicoeducação.

O número de frequência no grupo de psicoeducação variou de seis a 17 vezes, sendo que a metade das mulheres teve 10 ou mais participações.

3.2. Categorias Temáticas

A partir da análise das entrevistas, com o devido aprofundamento da leitura e reflexão dos dados obtidos, emergiram as seguintes categorias temáticas: **Consequências do Transtorno Afetivo Bipolar no cotidiano das pessoas; Vivenciando o tratamento; Implicações do Grupo de Psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar.**

3.2.1 Consequências do Transtorno Afetivo Bipolar no cotidiano das pessoas

Nesta categoria ficam evidentes as repercussões do TAB na vida das pessoas entrevistadas no que se refere às modificações da rotina, ao desejo de encontrar a causa de todo o sofrimento, ao preconceito sofrido dentro e fora da família, ao sentimento de culpa vivenciado pelo portador, bem como à influência nos relacionamentos interpessoais, nos estudos e no trabalho.

Para facilitar a compreensão, as consequências do TAB no cotidiano das pessoas serão descritas em quatro sub-categorias: O disparador e a busca de explicações para a doença; O dia a dia com o Transtorno Afetivo Bipolar; Interferência nos relacionamentos interpessoais e Interferência no trabalho e nos estudos.

O disparador e a busca de explicações para a doença

Inicialmente, chama-nos a atenção a existência de algum evento que é classificado pelos próprios sujeitos como **o disparador da doença**. Nesse sentido, os sujeitos descreveram várias situações, tais como problemas familiares, gravidez, aborto, acidente automobilístico, doença na família e perda de entes queridos, como vemos nos relatos a seguir:

“ (...)Eu tive um acidente de carro na rodovia e foi horrível, capotou e tal. E aí, minha mãe começou a observar que eu comecei a mudar... Eu era uma das melhores alunas da faculdade e aí eu não queria mais estudar, comecei a entrar em Depressão...” (Fátima)

“ (,,,) o primeiro episódio depressivo foi quando a minha mãe se suicidou.” (Dalva)

“(...) o doutor diagnosticou isso aí quando eu perdi meu filho (...)” (Jurema)

“(...) A primeira vez que me deu Depressão foi pós-parto (...)” (Carmem)

““(...) houve um, um... desequilíbrio emocional muito grande na minha vida... eu tinha problema de relacionamento sexual, e acabei engravidando, fiz um aborto, e aí minha vida começou ir para trás (...)” (Madalena)

Stuart (2001) afirma que os estímulos percebidos pelo indivíduo como difíceis, perigosos ou desafiadores e que demandam dele muita energia podem ser classificados como estressores desencadeantes. Assim, eventos como os descritos nos relatos anteriores podem, realmente, produzir um estado de tensão e de estresse capaz de desencadear uma crise e, conseqüentemente, um transtorno mental.

Entende-se por crise, um estado de desequilíbrio, no qual os níveis de estresse elevam-se a ponto de deixar o indivíduo disfuncional. Tal estado pode afetá-lo tanto física como psicossocialmente, levando-o a se sentir impotente para efetuar mudanças e lidar com uma nova situação. No entanto, sabe-se que uma crise não necessariamente leva ao adoecimento psicológico, mas pode tornar-se uma oportunidade de crescimento, desde que o indivíduo aprenda novos métodos de ajuste que poderão ser utilizados em situações futuras de estresse (TOWNSEND, 2002).

Assim, há mais fatores envolvidos no processo de adoecimento mental, sendo os mesmos denominados como fatores predisponentes ou de risco e incluem: a história genética, o estado nutricional, as sensibilidades biológicas, a saúde geral, personalidade, experiências pregressas, autoconceito, motivação e defesas psicológicas. Além dos fatores biológicos e psicológicos citados, são determinantes, também, as características socioculturais, tais como a idade, gênero, escolaridade, ocupação, posição social, educação religiosa, experiências de socialização e nível de integração social (STUART, 2001).

No que se refere ao TAB, tais fatores de risco também estão presentes, sendo que Tsuchiya et al. (2003) afirmam que há uma relação significativa entre a manifestação da doença e as seguintes situações: história familiar positiva, condição socioeconômica desfavorável, estado civil solteiro e, no caso das mulheres, o primeiro trimestre após o parto.

Em relação ao período após o parto, Tess (2006) confirma que este, juntamente com o próprio período da gestação, configuram-se como situações de alto risco para o desenvolvimento de doenças mentais na mulher. Inclusive, relata que a prevalência de transtornos afetivos em mulheres é duas vezes maior do que nos homens, tendo como pico de ocorrência os anos reprodutivos.

Alguns dos fatores descritos anteriormente são mencionados nos depoimentos dos sujeitos. Percebe-se, nesse sentido, um movimento **à procura da causa do Transtorno Afetivo Bipolar**, uma busca por explicações que os façam compreender a razão de tamanho sofrimento.

Conforme evidenciado no relato a seguir, é marcante o valor atribuído à história genética:

“(...) porque na minha família o meu pai teve Depressão, meus tios tiveram Depressão, é, eu tenho uma prima que se suicidou com problema de Depressão (,,,) eu não sou médica, mas que eu acho que essa doença parte da família do meu pai. (,,,) meu pai poderia ter deixado uma herança melhor, né! (risos).”
(Antônia)

“(...) tem esse lado genético... Porque eu sou casada com primo de 3º grau e (...) minha mãe primeiro recebeu o diagnóstico de Depressão (...) a mãe, a irmã dele também têm problema (...)” (Carmem)

“(...) A minha filha tem (TAB), o meu irmão tem, minha mãe, pelo jeito, tinha, né? (...) eu sinto que, infelizmente, em casa, nós nascemos todos doentes. Eu tinha uma mãe doente, neurótica (...) eu tive uma infância bastante complicada, sem pai (...)” (Jurema)

A história familiar é, realmente, um importante fator de risco para a manifestação de TAB, sendo esse risco especialmente maior quando se trata de parentes de primeiro grau (LIMA et al, 2005; STUART, 2001).

Isso é confirmado por Michelon e Vallada (2005), que demonstram que o TAB tem um importante fator genético e é determinado pela presença de um conjunto de genes de suscetibilidade, cuja herança recebe uma grande influência de inúmeros fatores ambientais.

No entanto, há estudos que sugerem que há uma forte interação entre os fatores de suscetibilidade genética ao TAB e as situações traumáticas vivenciadas na infância e que isso pode afetar, inclusive, as manifestações clínicas da doença no que se refere a idade de início, comportamento suicida e estado afetivo entre os episódios de mania e depressão (ETAIN et al., 2008)

Dessa forma, embora o portador busque incansavelmente uma causa, uma explicação para o seu transtorno, entende-se que não existe um único evento ou fator que leve o indivíduo a manifestar o TAB.

O dia a dia com o Transtorno Afetivo Bipolar

No que tange às conseqüências decorrentes da manifestação da doença, os relatos deixam claro que **o dia a dia com o Transtorno Afetivo Bipolar** é marcado por muito sofrimento. Como notamos nos depoimentos a seguir, as experiências de mania e depressão são vistas como responsáveis por muitas mudanças negativas na vida do portador, por perdas significativas, levando-os, muitas vezes, a experimentarem um sentimento de desesperança:

“(...) o distúrbio bipolar é uma doença mental (...) ela só não me matou, mas ela tirou tudo de mim...tudo.” (Jurema)

“(...) vida de bipolar não é boa não...” (Laura)

“(...) no começo eu falava assim: ‘Meu Deus! É... eu não queria mais viver, ‘Que que eu estou fazendo aqui?’, né, porque mudou totalmente a minha vida, né.” (Madalena)

Isso é confirmado por Sadock e Sadock (2007), que referem que os Transtornos de Humor são marcados por uma experiência subjetiva de grande sofrimento para o indivíduo.

A pessoa com TAB vivencia uma sensação de perda de controle dos seus estados de humor (SADOCK; SADOCK, 2007), experimentando episódios repetidos nos quais o humor e os níveis de atividade do indivíduo ficam perturbados de forma consistente (CID-10, 1993).

Tais alterações caracterizam-se por fases de elevação do humor e aumento da energia e atividade e outras em que há rebaixamento do humor e diminuição da energia e atividade, ou seja, fases de Mania ou Hipomania e fases de Depressão (CID-10, 1993), sendo descritas pelos próprios portadores como episódios totalmente opostos, nos quais se sentem, ora muito felizes ora muito tristes, conforme vemos nos seguintes trechos das entrevistas:

“(...) eu sentia que um dia eu estava alegre, muito alegre e um dia eu sentia uma tristeza, que era uma tristeza muito grande demais, que não era minha.” (Antônia)

“(...) cada hora de um jeito... uma hora rindo, uma hora chorando, uma hora querendo um monte de gente, outra hora querendo mandar todo mundo embora.” (Jurema)

“(...) uma época eu estava mais em cima, outra época mais embaixo (...)” (Laura)

Relatam, assim, oscilações de humor que descrevem muito bem os diferentes episódios do TAB. Mas, para uma maior compreensão dos quadros de mania e de depressão, estes serão retratados mais uma vez por meio dos depoimentos, sendo que, primeiramente, apresentaremos os relatos de como foram vivenciadas as fases de Depressão:

“Com a Depressão é complicado, porque eu não conseguia fazer nada, era difícil eu ir até na cozinha pra qualquer coisa. (...) minha mãe me colocava na sala, minha mãe me tirava dali me levava, eu parecia um bonequinho, não fazia nada!” (Fátima)

“Eu costumava deitar na cama, me encolher, chorar, né, ficar isolada, isolada de tudo. Se possível, com coberta e tudo, né.” (Antônia)

“(...) eu ficava igual a um palito (...) Se deixasse por minha conta, eu ficava sem comer, sem beber, sem tomar banho, sem nada, na cama!” (Benedita)

“Fiquei dois meses sem sair de casa, dois meses assim, com medo, com medo. Meu rosto pegava fogo, eu entrava em desespero.” (Glória)

“(...) quando eu tô em crise... alguém que fica ali (aponta para o portão de sua casa), já me dá taquicardia. Se bater palma, lateja, assim, minha cabeça, parece que alguém vai vir aqui... vai vir aqui e eu vou ter que conversar e eu fico apavorada (...)” (Jurema)

Percebe-se que na Depressão há uma tendência a ficar deitado e isolado, diminuição de energia, tristeza excessiva, desânimo, medos irracionais, diminuição do apetite e do peso. Esses sintomas são descritos por Almeida e Moreno (2002), que afirmam que na Depressão há alterações no humor, na psicomotricidade, na cognição e nas funções vegetativas, sendo o quadro clínico caracterizado por outros sintomas, também, tais como humor depressivo, incapacidade de sentir alegria ou prazer, lentificação ou agitação psicomotora, dificuldades de concentração e pensamentos de cunho negativo.

O CID-10 (1993) apresenta, também, outros sintomas que podem estar presentes nessa fase: idéias ou atos autolesivos ou de suicídio. Esses, em geral, são acarretados por sentimentos de desesperança e idéias de ruína e morte (ZUNG, 2007).

Assim, o TAB está associado a um elevado risco de mortalidade, sendo que aproximadamente 25% dos portadores tentam suicídio em algum momento da vida (HILTY et al, 1999; EVANS, 2000). Hilty et al. (1999) acrescentam, que dos 25% dos portadores de TAB que tentam suicídio, 11% tem êxito. Essa taxa é ainda maior quando se refere a pacientes não tratados, chegando a 15% (EVANS, 2000).

Em relação ao suicídio, sabe-se que as chances de morte aumentam quando há uma comunicação familiar deficiente e altos níveis de conflito intrafamiliar, principalmente quando se trata de adolescentes portadores de TAB (MIKLOWITZ; TAYLOR, 2006).

Além disso, Post et al. (2003) citam como fatores associados às tentativas de suicídio no TAB: a carga genética; o curso da doença; a gravidade do episódio de mania; tentativas prévias de suicídio; início precoce da doença; comorbidades psiquiátricas; problemas ocupacionais, sociais, financeiros e de cuidado à saúde.

Como notamos nos depoimentos, o sofrimento vivenciado pelos portadores os leva a buscar uma saída, algo que os alivie da dor emocional. Esse alívio é procurado, muitas vezes, por meio de comportamentos auto-destrutivos, tais como provocar ferimentos em si mesmos ou pela tentativa de suicídio...

“Eu tinha mania de me machucar, né? Eu me batia, né? Eu me esmurrava, eu tinha mania de bater no meu rosto (...) de bater a cabeça na parede, sabe, assim? Eu me espancava (...) é como se te provocasse um prazer, né? Sabe? É uma coisa muito estranha e é, é como se você fosse duas pessoas, uma tentando acabar com a outra, entendeu?” (Jurema)

“Eu ia no viaduto me jogar do viaduto. Aí, eu cheguei na beira do viaduto e não tive coragem!” (Benedita)

Ao caracterizar o episódio depressivo, o DSM-IV-TR (2003) cita, também, que, às vezes, o relato do paciente acerca dos seus sintomas é repleto de queixas somáticas, quer dizer, dores nas articulações, abdômen, cefaléias ou outras. Nesse sentido, Stuart (2001) acrescenta que, inicialmente, o paciente pode negar os sintomas de depressão e concentrar-se numa variedade de sintomas físicos, uma vez que estes são mais aceitos socialmente, sendo muitas vezes usados como justificativa para a perda do prazer pelas coisas. No depoimento de Jurema, podemos notar a identificação desses sintomas:

“Eu era muito doente, assim, eu somatizava muito a doença (...) eu tinha asma, eu tinha... as minhas cólicas de menstruação eram terríveis. Eu tinha dores musculares, eu tinha muita dor de cabeça (...).”

Em seguida, destacaremos alguns trechos das entrevistas que descrevem como os sujeitos vivenciaram a fase de mania:

“Na fase de mania é uma maravilha! Na hora é muito bom! Eu já ouvi muito bipolar falar que ama essa fase! Porque na hora você acha que está tudo bom, você acha que não tem problema, tudo está bom, você se acha lindo, maravilhoso, todo mundo gosta de você, você compra...” (Fátima)

“(...) comecei a perder o sono, eu ficava acordada. Aí, eu chegava em casa, ligava o rádio e a TV, tudo ao mesmo tempo e não fazia nada! Eu não terminava de fazer nada! (...) eu achava que eu era poderosa, aqueles sintomas clássicos de euforia, eu achava que eu era uma super modelo, que eu seria capa de revista...” (Fátima)

“(...) Nossa! Ficava insuportável, né, achava que só eu que tinha razão, só eu que sabia das coisas (...)” (Laura)

“(...) eu comecei, assim, a gastar, gastar compulsivamente e eu achava normal (...) comprando coisa até sem necessidade! (...) E quando eu começo a comprar muito, não é uma coisa, assim, não é só sapato, não é só bolsa, não é só roupa (...) eu comprava “tupperwear”, assim, de todos os tamanhos, de todos os jeitos, de todas as cores, de todos os jeitos mesmo! Aí, eu lembro que uma época foi CD! Eu comprei muito CD, muito CD...” (Emília)

Nota-se que na fase de mania os sujeitos experimentam uma sensação de bem estar extremo, de aumento de energia e, por isso, dormem menos, envolvem-se em mais atividades e sentem-se muito poderosos. Além disso, fica evidente a incapacidade de manter a concentração, o que leva à iniciação de múltiplas tarefas, porém, sem a conclusão de nenhuma. Descrevem, também, uma impulsividade maior para comprar, o que acarreta em gastos excessivos e possíveis dívidas.

As manifestações citadas são confirmadas por Ghaemi, Saggese e Goodwin (2008), ao mencionarem um mnemônico utilizado para a identificação do quadro de Mania (originalmente desenvolvido pelo Dr. William Falk no Hospital Geral de Massachusetts): **DIGFAST**, sendo o **D** correspondente à distraibilidade; o **I** referente à insônia; o **G**, à grandiosidade; o **F**, à fuga de idéias, ou seja, uma sensação de aceleração do pensamento; o **A** referindo-se às atividades, uma vez que há um envolvimento maior com atividades sociais, sexuais, relacionadas ao trabalho, aos estudos, entre outras; o **S** de superfalante; o **T** correspondendo à expressão ‘tudo sem pensar’, relacionada à tendência de se empenhar em atividades prazerosas com potencial para consequências dolorosas, ou seja, comportamentos

de risco, tais como promiscuidade sexual, gastos excessivos, viagens e direção imprudente.

Além disso, Stefanelli, Arantes e Fukuda (2008) ressaltam que na avaliação inicial do cliente em Mania, o enfermeiro pode notar que o mesmo demonstra estar alegre, sempre apressado, muito ocupado, cheio de energia e que tais comportamentos podem ocasionar perda de peso, desidratação e outros problemas físicos. Isso porque, em geral, o mesmo não consegue parar nem mesmo para se alimentar ou ingerir líquidos.

No que se refere ao envolvimento imprudente em atividades prazerosas, tais como compras, o DSM-IV-TR (2003), afirma que na Mania, apesar das possíveis consequências dolorosas, o portador pode comprar coisas que não precisa, ou nem mesmo vai usar, sem ter dinheiro para pagar por elas.

Algo similar foi demonstrado num estudo descritivo realizado por Souza (2008), cujo objetivo foi identificar e descrever a sobrecarga do TAB nos familiares de portadores. Nesse estudo, utilizou-se um roteiro adaptado por Koga (1997) que avalia a sobrecarga familiar, sendo um dos achados a sobrecarga advinda dos gastos excessivos, incluindo dívidas com empresas de cartões de crédito e financiadoras. Segundo a autora, os gastos por parte do portador gera grande sofrimento nos familiares, uma vez que são os mesmos que muitas vezes têm que negociar as dívidas com os credores e dar explicações sobre as razões daquele comportamento imprudente, o que é relatado por eles como motivo de vergonha e constrangimento.

O sofrimento, porém, não se restringe aos familiares, pois, como notamos nos depoimentos a seguir, as compras excessivas afetam e muito os portadores, que relatam sérios prejuízos econômicos, como a venda de bens para quitar dívidas.

“(...) Eu comprava muito, eu comprava cinco pares de sapato, não sei quantos mil reais de roupa... Eu tive que vender meu carro para pagar banco (...) depois eu falava: ‘Meu Deus, para quê eu fui comprar?’. Eu me arrependia, sabe”. (Glória)

“(...) uma coisa que eu acho cruel no portador é a compulsão pela compra, né? É uma coisa horrorosa, né? É tipo um vício mesmo, como se você fosse viciada numa cocaína, num álcool, você tem um vontade de comprar tão grande, tão grande, tão grande, que (...) você acaba com a sua vida. Eu acabei com casa (...) com bens, acabou com tudo (...)” (Jurema)

“(...) eu sei que eu não posso ter um talão de cheque, eu não posso ter um cartão, porque, de repente, você é invadida, né,

por alguma coisa. Quando você não tá bem, você quer trocar tudo, né? (...) uma vez troquei... troquei os móveis da minha casa tudinho, sem um tostão. Depois, eu não paguei e o povo foi lá buscou todos os móveis e eu fiquei sem nada (...)" (Jurema)

"(...) quando a gente dá aquele surto, aquela coisa da euforia, a gente acaba com a vida financeira (...) ainda não, não consegui ter uma tranquilidade financeira, de eu falar que eu posso morar no meu cantinho, que posso ter o meu carro tranquilamente (...) ainda estou resolvendo a minha situação (...) eram mais de 30 cheques que eu tive que ir atrás (...) e paga banco, e paga advogado que ficou com o cheque. É um transtorno enorme, né, é um gasto enorme (...) deve ter dado uns 10 mil reais, para mais, né, isso para mim é... eu nunca ganhei muito, né... (...)"(Heloísa)

Assim, quando encontram-se eutímicos, os portadores têm crítica do seu comportamento anterior, enquanto em estado de Mania, revelando que os prejuízos por comprar compulsivamente não são apenas financeiros, mas morais, também (MIASSO, 2006).

Vale salientar que na fase de Mania podem ocorrer, também, oscilações freqüentes do humor, levando o indivíduo a manifestar ora uma alegria extrema ora um estado de irritabilidade ou de agressividade, principalmente quando algo se opõe às suas vontades (STEFANELLI; ARANTES; FUKUDA, 2008). Isso é confirmado nos relatos:

"(...) eu falei assim: 'Doutora, eu estou muito alegre, alegre, alegre, alegre, tô tão alegre! Eu cantei o dia inteiro e ela veio me trazer no médico!'" (Inês)

"(...) naquelas crises eu era de querer brigar (...) Cheguei até morder, mesmo, meu irmão (...) Ficava louca!" (Inês)

"(...) não conseguia me sentir doente, sabe, tinha hora que eu ficava agressiva, tinha hora que eu ficava revoltada, né (...) Ficava mais nervosa, mais irritada, né... e, queria que as coisas fossem do meu jeito (...) " (Madalena)

"(...) eu já fui mais agitada, de querer brigar mais, de ficar: 'Não, mas não é isso, não é aquilo!', sempre discutindo muito (...)" (Emília)

"(...) eu tinha que falar para ele que eu tinha gastado, porque dependia dele para pegar esse dinheiro e ele falou: 'Não, agora você vai se virar, você vai dar um jeito, eu não vou mais te dar dinheiro' (...) eu fui para pegar dinheiro e ele falou não, aí eu avancei nele, aí eu fiquei cega, avancei nele!" (Glória)

Concordemente, uma pesquisa realizada com cem portadores de TAB, analisou os preditores de traços de agressividade no TAB e concluiu que a

comorbidade com Transtorno de Personalidade Bordeline, o curso da doença com sintomas maníacos e depressivos podem ser considerados aspectos preditores de comportamento agressivo (NISALI; GOLDBERG, 2008).

Schmit e Kapczinski (2001) ratificam isso ao referirem que o TAB é um dos transtornos psiquiátricos em que a violência pode estar presente, especialmente nos episódios de mania e misto.

Além disso, os episódios de TAB podem chegar ao ponto do paciente apresentar sintomas psicóticos, o que é descrito por Ratzke (2007) tanto em relação à fase de depressão, como na de mania. O referido autor salienta que, na depressão, isso geralmente ocorre nos casos mais graves, nos quais podem aparecer idéias delirantes ou crenças resistentes à argumentação, que não correspondem à realidade e que esses delírios podem ser de ruína, niilistas, somáticos, hipocondríacos ou paranóides. Acrescenta que, dependendo da gravidade do quadro depressivo, podem ocorrer, também, alucinações, em especial as auditivas, tais como vozes chamando o nome do sujeito, ofendendo-o, diminuindo-o ou dizendo que irá morrer.

Já no episódio maníaco, os sintomas psicóticos são mais freqüentes sendo que, em geral, consistem em delírios de grandeza, como ser Jesus Cristo, apresentar poderes especiais, ser capaz de resolver todos os problemas do mundo (RATZKE, 2007). Vale destacar que os sintomas psicóticos na mania ou na depressão podem ser, também, incongruentes ao humor (ALMEIDA, MORENO, 2002).

A manifestação de sintomas psicóticos é bem ilustrada no depoimento de Glória:

“(...) achava que a Ana Maria Braga estava falando de mim, que o Faustão estava falando de mim (...) eu tive alucinação, tive... Eu via as coisas (...) eu achava que tinha alguém atrás de mim me perseguindo (...) eu achava que todos os cômodos da casa tinham filmadora (...)”

“(...) eu aceitei Jesus, né, eu achava que eu ia pôr a mão numa pessoa eu ia curar (...) às vezes a pessoa estava lá com câncer terminal ia lá pôr a mão, pôr as mãos, achava que ia curar ela (...)”

Outro agravante do TAB pode ser o abuso de substâncias psicoativas, como citado no relato a seguir:

“(...) eu estava em constante vai e vem, né? Subia e descia, subia e descia. Aí eu comecei a beber (...) começava a me dar aquela angústia, aí eu comecei a, aí eu colocava cerveja, a latinha a gelar, e lá pelas seis horas eu começava a tomar (...) eu bebia sozinha em casa, eu não queria que ninguém soubesse (...) comecei a beber bebida destilada, entendeu? (...) todo dia eu acordava desesperada, deprimida, chorando, querendo morrer. Aí eu já ficava entre o café da manhã ou a bebida. Muitas vezes optava pela bebida, sem até mesmo comer, era fumante, na época. E... até que um dia eu acordei, eu tinha tomado mais de meio litro de rum, eu falei ‘Gente, não acredito que tomei mais de meio litro sozinha!’ (...)”
(Jurema)

Sabe-se que o TAB é o transtorno psiquiátrico mais associado ao uso indevido de substâncias, sendo que o índice de comorbidade com o uso indevido de álcool varia de 60 a 85% ao longo da vida (REGIER et al., 1990; VIETA et al., 2001). De acordo com Cividanes, Ribeiro e Laranjeira (2005), o TAB e o uso indevido de substâncias psicoativas têm alto potencial de limitação da autonomia do indivíduo, tornando-se ainda mais sérios quando associados, tal qual observamos no relato anterior.

Dessa forma, ao descrever o dia a dia do portador de TAB no período de mania, notamos que apesar dos sujeitos, inicialmente, relatarem uma experiência de bem-estar, de alegria extrema, isso não os eximia do sofrimento, conforme observamos nos relatos subseqüentes.

Isso é confirmado por Jorge e colaboradores (2003), que citam que embora o paciente sinta-se, aparentemente, muito bem, o sofrimento encontra-se presente, uma vez que a euforia ocorre como uma resposta inadequada, encobrindo um quadro subjacente de depressão. Acrescentam, ainda, que seu estado de adoecimento gera sofrimento nas pessoas com as quais convive, seja na família ou no trabalho, o que também emergiu nos depoimentos:

“(...) Eu acho que mais perigoso, com toda certeza, que eu temia, né, muito, era a agitação, né, que depressão é uma coisa que pelo menos você fica quieta, você não estraga a sua vida nem a de ninguém (...) os danos, né que você causou são piores na euforia..(Heloísa)

“(...) O problema é a ressaca moral, porque depois que você volta você vê o que fez... “E agora?” Aí, você tem que lidar com os estragos que você fez. Aí é ruim, te dá muita vergonha, de ter comprado o que não podia, o que não precisava, de ter tido comportamentos estranhos... Eu tive...

eu fiquei sexualmente muito ativa... Isso até hoje lembrar disso é desastroso... É muito difícil pra mim (...)" (Fátima)
"(...)Absolutamente! Numa situação normal eu nunca faria isso... Parece que era uma outra pessoa, não era eu, eu não bebo, não falo besteira... falei até coisas pessoais minhas no trabalho... por causa disso eu acabei perdendo de novo um trabalho... É uma ressaca, mesmo! (...)"(Fátima)
"(...) eu tive alguma discussão com o médico, eu xinguei ele... eu não sei o que eu fiz, eu só sei que depois, passado um tempo, eu tive vergonha e falei para o meu irmão ir lá pedir desculpas pro médico (...) Eu nem sei tudo o que eu falei, só sei que eu rasguei o verbo!!! E isso me gerou um estado de insatisfação tão grande!" (Dalva)

Interferência nos relacionamentos interpessoais

As entrevistas também revelaram que o dia a dia com o TAB, os altos e baixos da doença, perpassam o contexto individual do portador, trazendo sérias conseqüências para todo o convívio social do mesmo. Nota-se que as alterações de comportamento geradas pelos quadros de mania e depressão causam uma significativa **interferência nos relacionamentos interpessoais**, sejam estes de cunho amoroso, social ou familiar.

No relato de Antônia, por exemplo, percebemos que seu relacionamento conjugal era marcado ora por brigas e agressões, ora por forte sentimento de dependência, levando-a a concluir que o TAB colaborou, inclusive, para o rompimento do seu primeiro casamento:

"(...) Ele (marido) era o alvo. Então, quando, às vezes ele me provocava, me deixava nervosa, aí, eu voava em cima dele, eu avançava nele (...) eu achava que o problema era ele e que muitas coisas aconteciam por causa dele (...) a gente volta tudo pra quem está mais próximo(...)" (Antônia)
"(...) mas tinha os momentos que eu dependia muito dele (marido), que eu não queria que ele saísse de perto de mim, que eu chorava e dizia: 'Não vai trabalhar, fica comigo, pelo amor de Deus não me deixa sozinha que eu não quero ficar sozinha' (...)"(Antônia)
"(...) Quando eu descobri que era o Transtorno eu já estava separada dele!" (Antônia)

Nesse sentido, Stuart e Laraia (2001) confirmam que o indivíduo deprimido tem uma grande dificuldade nas interações sociais, uma vez que suas respostas emocionais estão desadaptadas. Acrescentam que fazem parte dos sintomas

comportamentais do transtorno a agressividade, a intolerância, o isolamento social, o retraimento e a dependência excessiva, sendo tais comportamentos, geralmente, aversivos para algumas pessoas em sua volta.

Considerando as conseqüências do TAB na vida dos portadores, Moreno et al. (2004) afirmam que a taxa de divórcio é de duas a três vezes maior, quando comparada com indivíduos tidos como 'normais'.

O que observamos nesta pesquisa é que muitas vezes, os problemas no casamento foram gerados pelos próprios sintomas do TAB, tais como os gastos excessivos, a impulsividade, a agressividade e a sexualidade exacerbada. Além disso, ao passo que algumas das entrevistadas referiram problemas conjugais devido ao TAB, outra aponta-o como um obstáculo para se chegar ao casamento, alegando grande dificuldade em manter relacionamentos amorosos durante os períodos de depressão. Tais dificuldades no âmbito relacional são descritas nos seguintes relatos:

“(...) E com isso na minha vida, eu não casei, não consegui firmar relacionamento nenhum e aí, começava a namorar, começava a ficar depressiva e mandava o namorado embora, aí eles: ‘Por que? Mas, por quê?’ Aí eu dizia que não dava certo, né?! (...)” (Dalva)

“(...) meu relacionamento com meu marido foi ficando de mal a pior, de mal a pior, e naquilo eu arrumava minhas malas, ia embora para casa do meu pai, da minha mãe (...) Chegava aqui saía aquela briga, ele falava assim: ‘Você está louca, você não está falando coisa com coisa, você está louca!’ Aí chorava, chorava, chorava, chorava e ninguém me ouvia, aí eu corria lá para casa do meu pai, da minha mãe (...) Até que eu, na hora errada, no dia errado, tudo na hora errada, no escritório, eu agredi ele (...) eu tinha gastado (...) e ele falou: ‘Não, agora você vai se virar, você vai dar um jeito, eu não vou mais te dar dinheiro!’ (...) aí eu avancei nele, aí eu fiquei cega, avancei nele. Aí ele me machucou, trincou meu nariz (...)” (Glória)

“(...) eu levantava maquiada, toda ajeitada. Aí eu me achava assim, biscate (...) meu marido começou a falar: ‘Que que é? Você está a fim de quê? Está se arrumando toda para quê?’ (...)” (Glória)

“(...) Meu marido ficou muito possesso, com muita raiva! ‘Você está comprando muito! Por que você está comprando tanto?’ (...) Ele acha, assim, que eu é tenho que me controlar (...)” (Emília)

“(...) eu tive nesse período, né, de altos e baixos aí, uma incompreensão da parte de algumas pessoas, inclusive meu casamento acabou (...) meu marido não conseguia me entender, né. (...)” (Heloísa)

O fato de citarem problemas para se casar ou para manter o casamento, em decorrência do TAB, confirma o que foi encontrado num estudo sobre as dificuldades sociais em portadores de transtornos de humor. Nesse estudo foi constatado, entre outras coisas, que, em geral, o papel sexual de portadores casados e não casados é bastante comprometido, bem como há uma tendência ao isolamento social e dificuldades no auto-cuidado (TUCCI; KERR-CÔRREA; DIAS, 2004).

Em relação às conseqüências do TAB no relacionamento conjugal, estudos comprovam que as fases de mania são consideradas como razão para muitos pedidos de divórcio (DORE; ROMANS, 2001). Kaplan et al (2003) relatam, também, que 50% dos cônjuges de portadores de transtornos de humor referem que se soubessem antecipadamente que seu parceiro manifestaria a doença, não teriam se casado ou tido filhos com ele.

Assim, conforme notamos nos relatos descritos, a instabilidade do humor, a irritabilidade, a agressividade, o aumento de libido, de gastos, as indiscrições sociais e sexuais, entre outros, podem afetar de forma irremediável qualquer relacionamento (MORENO; SANTOS; FILHO, 2002). Isso talvez explique porque o TAB parece ser mais freqüente em pessoas separadas ou divorciadas (SADOCK; SADOCK, 2007).

Além disso, ao descrever os comportamentos apresentados pelos portadores de TAB durante a crise, Miasso (2006) refere que há uma dificuldade muito grande, tanto por parte do sujeito quanto dos seus familiares, de compreender e aceitar tais manifestações. Acrescenta, ainda, que isso, por sua vez, pode acarretar em limitações e sérios prejuízos no cotidiano dos mesmos.

Certamente, a convivência com as diferentes facetas das manifestações do TAB trata-se de uma tarefa nada fácil para os familiares, que segundo Souza (2008), descrevem os períodos de crise como sendo de grande sofrimento, tensão, preocupação, com perda de sono e apetite.

Outra dificuldade verbalizada pelos sujeitos diz respeito ao relacionamento com os filhos. Por um lado, o portador sente-se culpado pela forma como muitas vezes lida com os filhos e estes, por sua vez, têm que conviver com as sérias conseqüências da doença, tais como as oscilações de humor e o abuso de substâncias psicoativas...

“(...) Eu gritava muito, eu... eu fui uma mãe que vivi constantemente em conflito (...) todas as atitudes que eu tomava com os meus filhos estavam erradas, sabe?! Eu sofri muito. É... ser mãe pra mim foi... foi difícil (...)” (Jurema)
“(...) eu tive muitas perdas, né (...) não pude ficar com as crianças por causa do alcoolismo. Então, essa pessoa ficou com a guarda das crianças... é duro (...)” (Jurema)

Comportamentos como os descritos por Jurema, ou seja, a sua dependência de álcool e o abuso emocional dos seus filhos (agressividade verbal), configuram alguns dos padrões presentes em uma família considerada disfuncional, conforme a caracterização de Helm (2001).

Além disso, tais relatos estão de acordo com o estudo realizado por Tessier e Clement (2000), que concluíram que as dificuldades de relacionamento interpessoal, entre outras coisas, representam um grande prejuízo no decorrer dos anos de vida do portador e que tais dificuldades estão relacionadas à imprevisibilidade e instabilidade associadas às manifestações da doença, que o impedem de desempenhar seus papéis na família e na sociedade.

Nesse sentido, um estudo realizado por Tucci, Kerr-Corrêa e Dias (2004) avaliou o ajustamento social e familiar em pacientes com Transtornos bipolar, unipolar, distímico e depressão dupla, considerando quais variáveis estão associadas e contribuem ao pior ajuste. Nesse estudo os indivíduos com TAB e depressão dupla apresentaram pior ajustamento social, o que incluiu a tendência ao isolamento social e uma menor participação nos assuntos domésticos. Confirmaram, assim, que as desabilidades sociais são muito freqüentes e intensas nos transtornos mentais, tornando, assim, os relacionamentos interpessoais um desafio para os portadores.

Também, falando sobre o TAB na perspectiva da família, Miasso (2006) afirma que ter um familiar portador é, geralmente, algo intolerável e inaceitável e que, muitas vezes, as manifestações do transtorno agravam quaisquer conflitos e dificuldades cotidianas já existentes.

Observamos isso em alguns relatos, nos quais os sujeitos mencionam não ter o apoio e a compreensão da família. Por um lado, afirmam que a família é fundamental na recuperação do paciente, mas que esta, geralmente, demonstra não acreditar que as mudanças de comportamento do portador são ocasionadas por um transtorno mental, o que leva a diversos conflitos...

“(...) a família... aí uns falavam que era frescura, o outro falava que era encenação (...) a minha mãe acha que depressão é coisa de quem não tem o que fazer, sabe... que é falta do que fazer (...)” (Glória)

“(...) Porque família é assim: tem paciência até certo ponto, depois aí já ninguém quer sabe né... Fala que a gente não se ajuda, que é porque a gente que é ruim (...) a família é a que menos te ajuda, pelo menos na minha família, sim (...) Meu marido não tem a menor paciência. Tudo é porque eu não quero, porque eu não faço força (...) porque eu sou isso, eu sou aquilo (...) Isso aí te deixa mais para baixo ainda, né.” (Laura)

“(...) eu era muito nervosa, muito, muito nervosa, muito estressada, mas muito... era tudo no grito (...) Então a família, aqui os meninos já estavam, sabe, já não estava ninguém agüentando mais nada (...)” (Glória)

“(...) A família também não ajudou (...) Porque precisa muito da família, a família precisa estar junto, precisa participar (...)” (Carmem).

Miasso (2006) também identificou isso no seu estudo, concluindo que, muitas vezes, os familiares não compreendem as manifestações da doença, revidando agressões e exigindo do portador mudanças comportamentais que o mesmo é incapaz de fazer no momento, o que, em geral, ocorre por falta de preparo e de informações dos familiares.

Os relatos exemplificam, também, o que Moreno e Alencastre (2003) descreveram em um estudo sobre a inserção da família na assistência ao portador de sofrimento psíquico. No referido estudo mencionam que familiares com alto índice de ‘Emoção Expressa’ (comentários críticos, hostilidade, superenvolvimento do familiar) contribuem para a existência de um ambiente familiar nocivo, uma vez que têm dificuldade para tolerar os comportamentos e são mais críticos com o portador, o que, certamente, favorece o desencadeamento de novas crises.

Isso é confirmado por Spadini e Souza (2004), ao relatarem que a existência de agressividade e um ambiente desarmonioso na família favorecem o agravamento do transtorno mental. Referem, também, que mudanças na rotina, os gastos excessivos e o desgaste físico e emocional advindos do cuidado ao doente, ocasionam grande sobrecarga na família e que por isso essas precisam ser incluídas no tratamento, precisam receber apoio e orientações.

Assim, as necessidades da família precisam ser levadas em conta, uma vez que a mesma sofre não só com o fato de um dos seus membros ser portador de um

transtorno mental, mas, também, com os prejuízos psicológicos e socioeconômicos que surgem a partir disso (ARANTES; STEFANELLI; FUKUDA, 2008).

Certamente, quando há esse cuidado com a família, são amenizados problemas como os descritos nos relatos anteriores, tais como a incompreensão, críticas em relação ao comportamento do paciente e preconceitos.

Dessa forma, fica evidente que a família pode exercer uma influência positiva ou negativa sobre o portador de transtornos psiquiátricos, tendo, assim, um papel fundamental no cuidado em saúde mental (SCHRANK; KANTORSKI, 2003).

Interferência no trabalho e nos estudos

Algo marcante nas entrevistas, também, foi a repercussão do TAB na produtividade dos sujeitos, sendo nítida a **interferência no trabalho e nos estudos**. Notamos em alguns relatos, por exemplo, o quanto os episódios de depressão modificam o comportamento frente aos estudos, servindo de obstáculo para a conclusão de cursos ou mesmo para a busca de uma formação complementar:

“(...) Eu dizia ‘Eu vou fazer enfermagem padrão!’ E eu era muito incentivada, eu era uma das melhores alunas da classe e a escola dava bolsa, sabe?! (...) De repente, a coisa desencadeou e tudo e eu tive que vir morar com o meu pai... aí foi muito transtorno! E eu vim embora (...)” (Dalva)

“(...) era meu objetivo ser auxiliar de enfermagem! (...) faltavam 8 meses para terminar (...) eu não consegui mais, não tive condições psicológicas de ir no curso, não consegui mais ligar a teoria com a prática (...) passou um tempo e eu fui tentar voltar no curso de enfermagem e não consegui. Disseram que eu tinha desistido do curso (...) me disseram que já fazia 2 anos que eu tinha parado de ir, então se eu quisesse retornar eu teria iniciar o curso novamente (...) Aí aquilo me abalou, eu desisti (...)” (Benedita)

“(...) Eu era uma das melhores alunas da faculdade e aí eu não queria mais estudar, comecei a entrar em Depressão (...)” (Fátima).

Em relação à interferência no estudo, uma pesquisa realizada por Moreno e Andrade (2005) constatou que indivíduos portadores de TAB são mais acometidos por problemas acadêmicos, quando comparados com outras pessoas, o que é confirmado, também, no DSM-IV-TR (2003) ao descrever que as características associadas ao TAB I incluem faltas e repetência escolar.

Outra pesquisa demonstra que portadores de TAB podem sofrer limitações nos estudos, uma vez que têm dificuldade de se manter na escola devido aos períodos de ausência provocados pelas crises e internações, bem como pelo medo de ter uma recaída e não conseguir concluir o curso (MIASSO, 2006).

Algo que talvez explique, também, parte desses problemas acadêmicos é que foi constatado que os portadores de TAB têm dificuldade em vários domínios cognitivos, mesmo nos períodos de remissão, sendo tais déficits localizados basicamente nas funções executivas (LAFER; ROCCA, 2006). Nesse sentido, um estudo realizado no Brasil com 66 pacientes bipolares, concluiu que há um prejuízo global no funcionamento cognitivo, com ou sem a presença de sintomas, indicando a existência de cronicidade dos déficits cognitivos (SCHNEIDER et al., 2008).

Além disso, conforme já descrito anteriormente, na Depressão é comum o desânimo, diminuição da energia, tristeza excessiva, lentificação e dificuldades de concentração (ALMEIDA; MORENO, 2002), o que certamente interfere nos estudos, considerando que para tal é necessário persistência, atenção, concentração e a realização de diversas atividades acadêmicas.

Digno de nota, também, é que todos os sujeitos relataram dificuldades no trabalho por conta dos episódios de TAB, seja nas tarefas domésticas ou mesmo num emprego formal. É especialmente tocante o que é descrito nesse sentido com respeito à fase de depressão, sendo revelados sentimentos de incapacidade para realizar as atividades corriqueiras do trabalho, desmotivação, bem como uma tendência à procrastinação. E, como conseqüências, referiram prejuízos na carreira profissional e desemprego. Esses aspectos são claramente vistos nos depoimentos a seguir:

“(...) desesperadamente, eu comecei a sentir que eu não conseguia trabalhar e eu pedi que eu precisava sair do emprego, inventei mil histórias (...)” (Dalva)

“(...) ficava tudo descontrolado, meu trabalho, porque eu não conseguia fazer uma comida, não conseguia lavar uma roupa, não conseguia passar uma roupa (...)” (Benedita)

“(...) eu tive uma recaída de um ano. Por causa disso, quase perdi o meu cadastro, porque tem que vender para continuar com o cadastro (...) cliente liga, fala para eu levar o catálogo, eu digo para deixar para o próximo. Aí, eu fico adiando, adiando minhas atividades, deixo pra amanhã, aí amanhã eu não faço, deixo pra depois de amanhã (...)” (Carmem)

“(...) O meu drama de vendas é que... eu vendia calcinha, eu vendia isso, vendia aquilo outro... mas quando eu ficava

depressiva eu não conseguia receber das pessoas (...)"
(Dalva)

"(...) eu marcava um, pegava um casamento (...) Eu ficava tão mal, que eu chegava a ficar doente! Eu chegava a ter febre de 40 graus! Entendeu? (...) eu pensava tanto, tanto, tanto que eu tinha que fazer aquilo, que quando chegava a época de fazer eu não dava, eu não tinha condição de fazer porque eu já tinha me esgotado já (...) e isso, profissionalmente pra mim, foi muito ruim, né? Foi bastante ruim. Eu perdi parte de clientela, né, porque se comentava, né, 'A Jurema é uma boa cabeleireira, né, mas é instável.' 'Agente não pode confiar nela, às vezes ela está bem e às vezes ela não está.' (...)"
(Jurema)

Algo similar foi observado na pesquisa de Miasso (2006), na qual os portadores de TAB relataram que é difícil ingressar no mercado de trabalho e que quando o fazem sentem dificuldade em permanecer no mesmo emprego, alegando que isso se dá devido ao preconceito social ou por se sentirem incapazes. O mesmo estudo aponta que em decorrência disso, sofrem limitações e perdas financeiras e sociais.

Segundo Souza (2008) a interferência do TAB no trabalho é evidente mesmo nos períodos de remissão, ou seja, os danos ocupacionais não se resumem aos períodos de crise.

Moreno e Andrade (2005) referem, também, que é grande o impacto do TAB no funcionamento ocupacional dos portadores, sendo os problemas relacionados ao trabalho mais comuns nesses do que na população em geral.

A incapacidade funcional ocasionada pelo TAB é responsável pelo aumento considerável dos custos indiretos da doença (COSTA, 2008). Além disso, segundo a Organização Mundial da Saúde, o TAB é a sexta causa de incapacidade e a terceira entre as doenças mentais (MURRAY; LOPEZ, 1997).

Em relação a essa incapacidade funcional, Bowden (2005) menciona que o TAB interfere de forma expressiva na habilidade da pessoa encontrar e manter um emprego, sendo altas as taxas de absenteísmo quando comparadas com indivíduos sem TAB.

Pesquisas apontam para uma perda de 14 anos de trabalho durante a vida, considerando que um indivíduo tenha manifestado TAB tipo I aos 20 anos de idade (SCOTT, 1995). Tendo em vista que os estudos epidemiológicos sobre o espectro bipolar e a validade diagnóstica da mania e hipomania ainda são recentes, bem

como que os critérios diagnósticos ainda não são universalmente aceitos, boa parte do conhecimento sobre o TAB deverá ser revisado, assim, os dados disponíveis ainda subestimam a verdadeira dimensão do problema, tratando-se, certamente, de uma doença altamente incapacitante (MORENO; SANTOS; FILHO, 2002).

Essa incapacidade funcional ocasionada pelo TAB também fica evidente na entrevista de Antônia, que descreve os longos períodos de afastamento do trabalho gerados pela depressão e o quanto se sentia mal por depender dos recursos da Previdência Social. Em seu depoimento, a mesma relata o constrangimento que sentia ao ter que ‘simular’ um problema físico para que prorrogassem sua licença, sendo notório o preconceito e a falta de compreensão frente à depressão, que, às vezes não é encarada como uma doença incapacitante:

“(...) Fiquei afastada durante muito tempo, né, do trabalho, pela previdência, né. E, meu ex-marido corria atrás, né, do INSS, desse afastamento. E, mesmo assim, eu achava que não era um dinheiro meu, não era meu (...) aí eu pedi as contas do trabalho (...) Porque eu não queria mais essa situação de previdência, sabe? Era uma situação de inutilidade! (...) Porque eu chegava lá e falava “Eu não quero fingir!” eu falava para a minha família “Eu não quero fingir que estou ruim!” “Eu quero entrar e falar: Dr., eu tenho Depressão e a Depressão não me deixa trabalhar!” E aí? Sabe? E eu tinha que, né, estar morrendo, pra quê? (...)” (Antônia)

Além disso, quando algumas das entrevistadas falam sobre os períodos de afastamento, licenças médicas ou mesmo da própria aposentadoria por invalidez percebemos a existência de um conflito vivido pelas mesmas. Ao passo que relatam o quanto se sentem incapazes de trabalhar no momento das crises, isso parece trazer um estado de insatisfação, o que as leva a ter um grande desejo de retornar ao trabalho, como vemos a seguir:

“(...) eu não queria mais essa situação de previdência, sabe? Era uma situação de inutilidade! (...) Eu falei ‘É a ultima vez que eu vou!’ E não fui mais, na Previdência! E, aí, a partir desse dia, eu coloquei na minha cabeça, eu falei ‘Eu vou conseguir!’ eu falei ‘Eu vou conseguir!’ ‘Eu vou fazer tudo certinho!’ (...)” (Antônia)

“(...) eu tenho vontade de trabalhar, hoje eu sou aposentada por invalidez, né... (...) mas eu tenho vontade de trabalhar (...) eu trabalhei dois dias naquele lugar, com aquelas crianças com deficiência física e mental, né, mas eu já estava aposentada, não tinha que ter feito isso, ah, tanto que o INSS me convocou, queria... suspender minha aposentadoria, né, aí foi que aí eu entrei em depressão de novo, tudo... foi um processo... foi daí

que em 2004 eu precisei, fiquei internada, né, mas, agora graças a Deus... (Madalena)

Esses relatos nos fazem lembrar da real proposta da Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil, ou seja, a de desinstitucionalização e inclusão, integrando os portadores de sofrimento psíquico nos diferentes espaços da sociedade, o que inclui integrá-los no trabalho (VALLADARES et al., 2003). Embora os referidos autores salientem, ainda, que o trabalho não deve ser visto como um recurso terapêutico em si mesmo, no sentido de ‘tratamento moral’, tal como defendido por Franco da Rocha, esse certamente pode exercer um papel fundamental na valorização dos sujeitos enquanto cidadãos, o que certamente colaborará para a inclusão social.

Isso vem ao encontro do que é pretendido na reabilitação psicossocial, ou seja, que os portadores de sofrimento psíquico obtenham o resgate de sua cidadania, que por muitos anos lhes foi roubada (COIMBRA et al., 2005).

No entanto, as dificuldades em relação ao trabalho não se resumem aos períodos de depressão. Tão prejudicial quanto à depressão, a mania pode trazer sérias conseqüências à vida profissional do indivíduo, como notamos nas entrevistas, nas quais os sujeitos relataram que as mudanças de comportamento, como o aumento da impulsividade, sensação de grandiosidade, irritação e agressividade acarretaram em sérios problemas no trabalho, culminado muitas vezes em demissões...

“(...) durante a minha vida eu... eu ficava sempre muito poderosa em relação aos meus empregos, eu não tinha, assim, muita tolerância, eu ficava irritada (...)” (Dalva)

“(...) Eu me lembro da minha última fúria... foi quando eu me desentendi, por coisas tão banais eu perdi o meu emprego! Eu simplesmente tomei as dores de uma colega de trabalho (...) Eu nem sei tudo o que eu falei, só sei que eu rasguei o verbo!!!” (Dalva)

“(...) meus empregos eram de um ano, um ano e meio... há períodos de muito tempo atrás, eram oito meses. (...) Eu era muito vulnerável a emprego! As pessoas me diziam “Mas você é uma excelente profissional! Por que vai embora?” Aí eu dizia que era porque eu ganhava pouco, que eu ia procurar outra coisa... Pedia as contas e saía (...)” (Dalva)

“(...) aí minha vida emocionalmente mudou muito, psicologicamente mudou muito, até lá no (...) meu trabalho, diziam que eu tinha esquizofrenia, né... e mandaram eu chamar meus pais (...) aí eu comecei a, sabe, entrar de licença, licença, aí eu via que a pressão era muito grande para eu sair do traba... para eu me demitir (...) então, eu que me

demiti... e aí comecei a mudar de empregos, mas eu não me adaptava, eu já tava adaptada num... naquele emprego de 13 anos, no trabalho (...)" (Madalena)

O DSM-IV-TR (2003) confirma tais relatos, uma vez que descreve a mania como um quadro de humor elevado, expansivo ou irritável, no qual sintomas tais como os de grandiosidade, ausência de crítica, pressão para falar e agitação psicomotora são suficientemente graves a ponto de causar prejuízo acentuado na vida da pessoa, inclusive na esfera ocupacional.

3.2.2 Vivenciando o tratamento

Nesta categoria temática descreveremos o impacto do tratamento na vida de portadores de TAB, sendo notório nas entrevistas o histórico de não adesão, as experiências negativas em relação a algumas formas de tratamento, a supervalorização do tratamento medicamentoso, o forte desejo de cura e a busca de outras formas de ajuda.

Mais uma vez, no intuito de organizar os conteúdos, dividiremos esta categoria em cinco subcategorias: Recusando o tratamento; A internação psiquiátrica; Experiências negativas vivenciadas pelo portador de Transtorno Afetivo Bipolar; Identificando outras fontes de ajuda; O desejo de cura.

Recusando o tratamento

Percebemos nos relatos o quanto é difícil para o portador se conscientizar de que ele tem uma doença e que, portanto, precisa de um tratamento. Mais difícil ainda para ele é aceitar que esse tratamento é para a vida inteira. Isso se reflete nos depoimentos ao mencionarem que, em algum momento de suas vidas, não aceitaram o tratamento, sendo marcante a intervenção da família nessas ocasiões. Assim, **recusando o tratamento**, deixando de tomar as medicações, o portador de TAB, geralmente, perde a confiança de seus familiares, levando-os a assumir a supervisão do tratamento, o que contribui para muitos conflitos...

"(...) A primeira medicação... eu enterrei ela (sorri) pra não tomar, por não aceitar essa doença!" (Antônia)

"(...) meu ex-marido ele tinha que colocar remédio na minha boca, eu não aceitava, falava que não, que não, eu não

queria, não aceitava e eu pegava, ficava nervosa demais, brigava com ele (...)” (Antônia)

“(...) Meu filho, naquela época, com oito ou nove anos (...) tinha que dar o remédio na minha boca e fazer eu tomar em casa, como se fosse no hospital. Eles não fazem tomar e ver se engoliu? (...) eu achava que aquele remédio não era um remédio, que era um veneno, que ele queria me matar e eu não queria tomar! Eu já dei muito trabalho pra minha família e muito (...)” (Benedita)

“(...) eu teimava em não tomar o remédio, jogava fora (...) esperava o lixeiro passar, ficava de plantão esperando para eu jogar dentro do caminhão (...)” (Inês)

Essa dificuldade de aceitação mencionada pelos sujeitos é confirmada por Silveira e Ribeiro (2005), ao referirem que, independente da doença que acomete o ser humano, este, em maior ou menor grau, sente-se apreensivo e ameaçado, o que pode acarretar em um estado de desequilíbrio e desconforto que, em geral, leva-o a refletir sobre as limitações do seu estado, sobre a vulnerabilidade, a finitude e a imprevisibilidade da vida. Os mesmos autores afirmam que, se tratando de doenças crônicas, o indivíduo se depara, também, com o desafio de buscar um equilíbrio, ou seja, de viver e conviver com aquela nova situação.

Em relação ao TAB, o portador tem muita dificuldade em aceitar que as mudanças de humor são decorrentes de um distúrbio e, por isso, tanto ele como seus familiares têm uma tendência de atribuí-las a muitas coisas, menos a uma doença que exige vários cuidados, sendo tal negação um grande problema no tratamento (JUSTO; CALIL, 2004).

Nesse sentido, é alta a taxa de não adesão ao tratamento em portadores de TAB (GOMES; LAFER, 2007; COSTA, 2008), chegando essa taxa a ficar entre 20 a 60%, sendo a pobreza de *‘insight’*, tão comum nessa doença, um dos fatores que contribui para isso (JAMISON; GERNER; GOODWIN, 1979; KECK, et al., 1996; COLOM, et al., 2000; SCOTT; POPE, 2002).

Isso é confirmado por Miasso (2006), ao mencionar que no período inicial do TAB, o portador não reconhece que está doente e, ao mesmo tempo, se depara com o fato de tomar muitos medicamentos, o que logo é percebido pelo mesmo como algo negativo, que gera preconceito, perdas e limitações, por conta dos efeitos colaterais.

Percebe-se, também, uma tendência de interromper o tratamento quando se encontram em eutimia e, muitas vezes, devido ao desejo de se livrar dos efeitos

colaterais dos medicamentos, porém, tal atitude vem acompanhada de relatos de recaídas e grande sofrimento...

“(...) eu tive minhas recaídas nessa vida (...) porque eu diminuí o remédio (...) não pode mexer mesmo em remédio, na dose (...) você quer se libertar de qualquer forma do remédio, não é? Não é libertar... é... eu já não sei o que passa na sua cabeça quando você está bem... mesmo você sabendo, você... (...)” (Jurema)

“(...) ele (Carbonato de Lítio) dá problemas né, ele mexe com tiróide, ele engorda muito... e... eu falei: ‘Quer saber? Eu não vou tomar mais Carbonato de Lítio não!’ (...)” (Laura)

“(...) repetiu várias vezes a depressão, porque eu teimava em não tomar o remédio, jogava fora (...)” (Inês)

“(...) Aí, foi surto psicótico, né. Eu tinha deixado a medicação, eu não tomei a medicação (...)” (Antônia)

Os relatos estão de acordo com um estudo realizado por Cardoso e Galera (2006), cujo objetivo foi identificar os principais conteúdos relacionados à adesão do doente mental ao tratamento psicofarmacológico. Nessa pesquisa, constataram que há alguns fatores que podem influenciar a adesão aos tratamentos, sendo mencionados fatores relacionados ao próprio paciente, tais como o ‘insight’, o uso ou abuso de substâncias psicoativas, características psicopatológicas e demográficas; fatores relacionados às medicações, como as reações adversas, a complexidade do regime terapêutico e o custo-benefício; fatores externos ao paciente, ou seja, suporte familiar e social, aliança terapêutica, entre outros.

Também procurando identificar os fatores associados a não-adesão em portadores de TAB, mas especificamente no tratamento com antipsicóticos, Sajatovic et al. (2006) constataram que ser jovem, pertencer a minorias étnicas, abusar de substâncias psicoativas e ser desabrigado são aspectos que repercutem negativamente na adesão ao tratamento.

No que tange às dificuldades enfrentadas pelos portadores de TAB na terapêutica medicamentosa, Miasso, Cassiani e Pedrão (2008) identificaram como principais barreiras as perdas afetivas e cognitivas, bem como as várias limitações ocasionadas pelos efeitos colaterais. Os mesmos autores referem, também, que o portador sente certa ambivalência em relação ao uso das medicações, visto que percebe que aderindo ou não ao tratamento, poderá enfrentar preconceito, perdas e limitações em vários aspectos de sua vida.

Em relação a essa recusa em aderir ao tratamento, um estudo sobre reinternações psiquiátricas constatou que, em geral, os pacientes compreendem que há a necessidade do uso regular de medicações, porém, contraditoriamente a isso, os mesmos não seguem as prescrições médicas, bem como têm pouca aderência aos serviços ambulatoriais (SALLES; BARROS, 2007).

Isso está de acordo com o estudo de Miasso (2006), no qual ela refere que diante da terapêutica medicamentosa o portador de TAB sente-se *“Entre a cruz e a espada”*. A autora explica que essa expressão é citada no sentido de que para o portador o medicamento possui um significado ambíguo, ao passo que seu uso tem conseqüências ruins, tais como os efeitos colaterais que os remete à sensação de doença, castigo e sofrimento, mas, ao mesmo tempo, representa algo sagrado, uma vez que tem a capacidade de mantê-lo são, sem os sintomas da doença.

A internação psiquiátrica

Os períodos de internação fazem parte da história de alguns sujeitos desta pesquisa e são descritos, em geral, como conseqüência da não adesão ao tratamento. Percebemos nos depoimentos que **a internação psiquiátrica** é encarada por alguns portadores e familiares como a solução para os momentos de crise, embora, sejam marcantes as descrições negativas acerca da mesma. Dentre essas descrições, notamos situações em que o paciente sofre agressões físicas por parte de outros internos, não encontrando nesse ambiente proteção, acolhimento e escuta, pelo contrário, percebe-se refém das muitas regras impostas pelos profissionais. Nesse sentido, alguns dos relatos a seguir demonstram o quanto a internação num local inadequado pode agravar o sofrimento vivido por essas pessoas:

“(...) A primeira vez que eu fui internada, eu fui porque não queria tomar um medicamento (...) Eu mesma suspendi por minha conta (...) foi só essa vez, porque aí eu percebi que se eu parasse com a medicação ia ser internada!” (Madalena)

“(...) Eu não aceitava. E eu só chorava. Chorava muito, chorava muito, chorava muito. Quando eu tive que entrar no hospital, eu achava que eu estava entrando dentro de uma prisão (...)” (Benedita)

“(...) Era muito terrível o ambiente naquela época! As pessoas que estavam pior vinham na gente bater, uma me mordeu, outra me deu uma paulada no braço e quase quebrou meu

braço lá no hospital. Eu detestava ficar lá, mas quando eu menos esperava...(...)" (Benedita)

"(...) Fora do hospital era bem melhor, porque não tinha aquelas regras de ficar... Porque até em quarto forte eles me colocavam naquela época no hospital. Nossa! Eu gritava igual uma louca (...)" (Benedita)

"(...) Eles achavam que eu melhorava lá, mas ao invés de melhorar eu piorava, porque eu ficava agressiva, ficava louca!(...)" (Benedita)

"(...) a primeira internação eu quis internar, porque eu estava numa situação que não tinha mais vontade de viver, eu não queria mais voltar para minha casa (...)" (Carmem)

"(...) foi estranho porque na ala do SUS a gente vê que o pessoal é... tem todas as patologias, lá, né, é complicado, e tinha uma senhora que (...) me dava tapa, me dava soco na cabeça, sabe, eu falava para a auxiliar de enfermagem, ela falou assim: 'Ah, é assim mesmo' (...)" (Laura)

Tais relatos estão de acordo com a pesquisa de Pereira et al (1998) sobre a assistência psiquiátrica na perspectiva do paciente. Nesse estudo os sujeitos descreveram o hospital psiquiátrico de várias maneiras: como um local de prisão, de opressão, de repouso, de limite, como causador de doença ou piora do estado e como um local a recorrer quando necessário. Em relação a essas descrições, referem, ainda, que quando o paciente entra no hospital psiquiátrico, em geral, sente-se destituído de sua condição de sujeito e percebe a internação como uma experiência de medo e sofrimento, bem como uma perda de um tempo valioso de sua vida.

Ao abordar essa temática, Mostazo e Kirschbaum (2003) afirmam que faz parte do discurso dos pacientes representações negativas acerca dos hospitais psiquiátricos, uma vez que os mesmos os vêem como um local onde se predomina o uso da força e do poder, demonstrados por meio de métodos agressivos, punitivos e impositivos.

Isso nos remete a Basaglia (1985), que denomina o hospital psiquiátrico como uma *instituição da violência*, dado sua estrutura autoritária, coercitiva e hierárquica, sendo o mesmo equiparando às instituições escolar e carcerária no que se refere à vigência da violência e da exclusão, seja em maior ou menor grau. O referido autor relata, ainda, que no hospital psiquiátrico houve a objetualização do paciente, seja enquanto corpo ou como pessoa, o que o destitui de sua autonomia, o destrói enquanto cidadão.

Além disso, Goffman (1990) identifica o hospital psiquiátrico como uma *instituição total*, uma vez que, enquanto organização, atua com uma estrutura de poder englobante ou total, exercendo a função de punição e de controle social dos doentes mentais.

Em decorrência desse histórico das instituições asilares, a eficácia das mesmas passou a ser questionada na Europa e nos Estados Unidos da América, após as duas Guerras Mundiais, levando ao surgimento de diversos movimentos psiquiátricos que trouxeram grandes repercussões no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciado no final da década de 70 (OLIVEIRA, 2002).

Segundo Amarante (1997), o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica é transformar as relações estabelecidas com o louco e com a doença mental, seja pela sociedade de uma forma geral ou pelas próprias instituições, buscando a superação do estigma, da segregação, bem como primando pelo estabelecimento de uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados com a loucura.

Assim, a Reforma Psiquiátrica tem como meta a superação gradual da internação nos manicômios através da criação de serviços na comunidade que desenvolvam práticas de prevenção e reabilitação psicossocial (ROTELLI, 1990).

Nesse sentido, embora um portador de transtorno mental em fase aguda precise de uma hospitalização, segundo o movimento da Reforma Psiquiátrica, a mesma não deve ocorrer em hospitais especializados, mas em enfermarias de hospitais gerais, uma vez que a partir da melhora do episódio agudo, o mesmo pode ser encaminhado para outras modalidades de serviços de saúde mental, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por exemplo (CHAMMA, et al., 2008).

Experiências Negativas vivenciadas pelo portador de Transtorno Afetivo Bipolar

Observamos nos depoimentos que, ao buscar o tratamento, os sujeitos vivenciam certas situações que colaboram e muito para a não adesão. Tais situações incluem a postura inadequada de alguns profissionais frente ao paciente, a dinâmica dos serviços públicos de saúde mental e a dificuldade no acesso à psicoterapia.

Como notamos a seguir, os sujeitos relatam ocasiões em que não se sentiram acolhidos pelos profissionais, cuja postura denotou indiferença ou mesmo despreparo para desempenhar seu papel. Assim, mostram a discrepância que pode haver entre o discurso dos profissionais e sua prática. Ao passo que os profissionais, em geral, ratificam a necessidade do paciente aderir ao tratamento, os mesmos podem se comportar de tal forma que promova o contrário, ou seja, que reforce o desejo do paciente de abandonar o tratamento.

Além disso, descrevem o quanto é complicado não ter um acompanhamento contínuo com o mesmo profissional na rede pública e o quanto ainda é inacessível a muitos pacientes o tratamento psicológico, considerando que, devido às longas filas de espera no SUS, muitas vezes têm que pagar por isso.

“(...) como ele (psiquiatra) falava, só ele falava e, eu achava que eu tinha que falar também, não era só ele que tinha que falar (...) aí eu queria derrubar tudo da mesa, de cima da mesa dele, né. Aí ele pediu a internação na hora, assim. ‘Pode internar!’ ‘Surto psicótico!’ (...)” (Antônia)

“(...) Eu achava, na época, Psiquiatra muito frio. Eu me sentia totalmente ignorada, sabe? Ainda hoje, eu percebo que alguns profissionais fazem isso, né?! Ele não dá atenção pro doente, ele trata o doente com um louco, né?! (...) uma pessoa que não, não tem raciocínio, que não (...) porque quando você atende um paciente e você não deixa ele conversar, que você não pergunta, que você não dá oportunidade, esse cara, essa pessoa também é o quê? (...) um robô! (...)” (Jurema)

“(...) quando ele (psicólogo) falou aquilo, que era leite envenenado da mãe lá, logo de cara que eu comecei a contar a minha vida (...) eu fiquei tão nervosa e falei: ‘Eu não vou mais em psicólogo nenhum, são tudo louco’ Por que onde já se viu falar um negocio desse? E aquilo afetou demais, sabe, aquilo mexeu demais comigo, mas demais mesmo, sabe... achar que minha mãe não gosta de mim? Vai ter repulsa? Imagina! (...)” (Glória)

“(...) No ambulatório (...) cada vez que vinha era um, e cada vez que vem, um pensa de uma forma (...) eu também não vim mais! Eu falei: ‘Cada vez que eu vou, um acha isso, outro acha aquilo, outro acha aquilo’(...)” (Laura)

“(...) eu já fiz (terapia) uma vez, também, mas e outra, também, é uma coisa cara, muito cara, ele (marido) é aposentado faz muitos anos, não dá para pagar a terapia. Porque terapia é uma coisa cara (...)” (Laura)

Tais relatos demonstram o quanto o vínculo entre o profissional e o paciente é um fator estruturante e de consolidação no processo de adesão, considerando que adesão, do ponto de vista etimológico, significa junção, união, aprovação,

acordo, manifestação de solidariedade e apoio, o que nos remete a necessidade de relação, de vínculo, de uma atitude acolhedora (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Isso é confirmado, também, por Traverso-Yépez e Moraes (2004), que referem que o baixo comprometimento do paciente com seu tratamento tem como causa principal o distanciamento entre o profissional e o paciente, sendo isso notório nas freqüentes queixas e reclamações dos usuários.

Miasso (2006) relata algo similar, ao descrever o julgamento de alguns portadores de TAB frente ao atendimento ambulatorial recebido. A autora refere que os mesmos sentem-se desconsiderados, desvalorizados em sua subjetividade, não tendo a oportunidade de serem ouvidos, de exporem suas percepções diante das experiências de sofrimento vividas. Acrescenta que essa subjetividade não é levada em conta, inclusive, na escolha do tratamento e que este ainda centraliza-se na terapêutica medicamentosa, em detrimento dos aspectos emocionais envolvidos, o que não corresponde às expectativas dos pacientes, que buscam encontrar no atendimento médico mais do que uma receita de medicamentos.

A respeito da supervalorização do tratamento medicamentoso, Capra (1982) refere que isso se dá devido a influência do modelo biomédico na assistência aos doentes mentais, o qual reduz ao biológico todo o processo de adoecimento.

Costa-Rosa (2000) ratifica isso ao dizer que no modo asilar a ênfase está nas determinações orgânicas dos transtornos psiquiátricos, em detrimento da subjetividade do sujeito, o que fica evidente na desconsideração do indivíduo como participante do tratamento, visto que nessa concepção o que importa mesmo é a ação do medicamento.

Fazendo uma crítica à prática médica e sua relação com a sociedade, Camargo Júnior (1992) refere que há uma contradição básica entre o sofrer e o saber, sendo o sofrimento um fato concreto para o paciente e, ao mesmo tempo, para o médico, uma experiência irrelevante. Complementando tal afirmação, o autor menciona que o médico vê o paciente como uma fonte de distorções, o que o leva a supervalorizar o mero artifício da classificação das doenças em detrimento do próprio sujeito, de sua subjetividade e singularidade.

Algo que corrobora com os achados desta pesquisa, também, é descrito por Madú (2004), em seu estudo sobre a importância da intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. No referido estudo descreve que, dentre os problemas encontrados na atenção à saúde estão o acesso limitado aos cuidados;

processos de trabalho que desconsideram as experiências e contextos de intersubjetividade, ou seja, que desconsideram as crenças, valores, conhecimentos, desejos e temores dos sujeitos; as relações hierarquizadas e distanciadas entre profissionais e pacientes, centradas no olhar científico e não levando em conta os saberes e as experiências do sujeito alvo dos cuidados.

Quando se desconsidera a subjetividade e experiência do paciente, há uma comunicação insatisfatória entre profissional e paciente e isso se dá pela falta de tempo e de disponibilidade da maioria dos profissionais, bem como pela falta de preparo para realizar a escuta e o diálogo com o paciente (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004)

Assim, atender o paciente envolve acolhê-lo, recebê-lo com cortesia, levando-o em consideração, escutando-o atentamente, o que inclui uma observação baseada no saber/fazer prático clínico (FILHO; NÓBREGA, 2004).

Identificando outras fontes de ajuda

Ao passo que os sujeitos reconhecem a importância do tratamento medicamentoso, não deixam de valorizar, também, **outras fontes de ajuda**, consideradas pelos mesmos tão importantes quanto a medicação. Inicialmente, nesta subcategoria identificamos as seguintes fontes de ajuda: o trabalho, a religião, a atividade física, a boa alimentação, o conhecimento e o apoio dos amigos.

Percebemos, assim, que uma intervenção que desconsidere ou desvalorize outras formas de atenção à saúde, poderá estar fadada ao fracasso, dado a importância atribuída às mesmas pelos próprios portadores, tal qual observamos nos relatos...

“(...) Esse serviço que eu vou (faxineira), na minha cabeça é uma terapia! (...)” (Benedita)

“(...) percebi que eu estava precisando de uma força maior (...) procurei uma igreja (...) um cuidado maior com a minha vida espiritual, e também com a minha vida de atividades físicas, fazer coisas que eu gosto. (...) então, eu me sinto muito mais fortalecida (...)” (Heloísa)

“(...) aliar a medicação com qualidade de vida (...) uma boa alimentação (...) a informação, um alimento espiritual, uma dedicação às artes, devido à sensibilidade (...)” (Heloísa)

“(...) o que foi muito legal também é que eu gosto muito de ler, né, então eu fui em busca de conhecimento sobre a doença, né? Então, quando se tem as informações corretas,

“você aprende a lidar com aquele monstro, sabe? E... você doma ele, né? E você sabe que vai passar, né?(...)” (Jurema)
“(...) eu tenho, graças a Deus, meus amigos (...) eu sei que se eu precisar dos meus amigos, eles vão estar à disposição, né?! (...)” (Madalena)

Os relatos estão de acordo com o mencionado por Bechelli e Santos (20002) acerca do apoio solicitado por um indivíduo diante do sofrimento psíquico, quando se sente incapacitado para lidar com uma situação dilemática. Referem que diante de tal sofrimento, o indivíduo busca a cooperação social, encontrada num amigo, familiar ou religioso, sendo a mesma fundamental para se recuperar o bem estar.

Alem disso, os sujeitos identificaram como outras fontes de ajuda o tratamento psicológico e a participação em grupos de auto-ajuda, sendo destacados a Terapia Cognitivo-Comportamental e os grupos de Neuróticos Anônimos e Alcóolatrás Anônimos:

“(...) o que eu acho que tem me ajudado muito é o grupo dos Neuróticos Anônimos, que eu preciso não ficar só nessa ‘aceitando’, ‘aceitando’ (...)” (Carmem)
“(...) Parece que a psicóloga faz melhor para gente do que o remédio (...)” (Inês)
“(...) eu encontrei ajuda na terapia (...) eu fiz a Psicanálise (...) mas eu acho que o que mais me ajudou mesmo foi a comportamental. Trabalha o dia a dia, sabe? Então, isso pra mim foi muito bom (...)” (Jurema)
“(...) umas das coisas, assim, que eu acho que me ajudou muito, muito, muito, muito foram os 12 passos lá (Associação dos Alcóolatrás Anônimos) (...) usei em tudo, usei pra largar da bebida, eu usei pra largar de fumar (...) tenho usado o ‘Só por hoje’ com o chocolate (...) é um remedinho pra mim junto com a pílula de manhã, né? (risos) E ‘só por hoje’ não vou comprar, ‘só por hoje’ não vou comer doce (...) não vou me irritar (...)” (Jurema)

Tais depoimentos demonstram que o indivíduo em sofrimento psíquico pode recorrer a um terapeuta em busca de ajuda para solucionar seus conflitos, o que envolve reavaliar suas idéias, sentimentos e comportamentos (BECHELLI; SANTOS, 2002).

No que se refere à psicoterapia no TAB, esta pode ser associada a tratamentos farmacológicos, uma vez que esses, isoladamente, não são capazes de tratar todos os sintomas envolvidos (JUSTO; CALIL, 2004).

Roso (2002) confirma isso ao mencionar que fatores relacionados às causas e/ou às conseqüências dos quadros de mania e depressão parecem ter uma

resposta satisfatória à psicoterapia. Acrescenta, ainda, que o objetivo da psicoterapia no TAB é buscar o controle dos fatores de risco para ocorrência e recorrência dos episódios e amenizar os prejuízos e conseqüências psicossociais advindos da doença.

Considerando que o curso do TAB é, geralmente, marcado por sintomas crônicos, por altos índices de recaídas e pela persistência de sintomas subsindrômicos, apesar do tratamento medicamentoso, é fundamental que haja outras intervenções terapêuticas, como as psicoterápicas, por exemplo, as quais têm evidências crescentes que indicam que podem modificar o curso da doença (KNAPP; ISOLAN, 2005).

Colom e Vieta (2008), confirmam que tratamentos psicológicos, associados às medicações podem apresentar efeitos satisfatórios na depressão bipolar, mas que, ainda, há poucas evidências concretas de que isso realmente acontece. Nesse sentido, recomendam a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia Interpessoal com um componente do ritmo social, em especial, quando o paciente já passou por tratamento psicoeducativo.

Nesse sentido, D'Souza, Piskulic e Sundram (2009) mencionam que diversos tipos de psicoterapia são usadas como tratamento complementar no TAB, com o objetivo de diminuir o número de recaídas e melhorar os resultados para os portadores.

Quanto à Terapia Cognitivo-Comportamental, esta abrange a aplicação de diversas teorias de aprendizagem a um problema vivenciado pelo indivíduo, em qualquer aspecto de seu cotidiano, com o intuito de ajudá-lo a superar as dificuldades (STUART, 2001).

De acordo com Knapp e Isolan (2005), a Terapia Cognitivo-Comportamental no TAB visa educar sobre: a doença; métodos para monitorar a ocorrência, a agravidade e o curso dos sintomas; técnicas para lidar com os sintomas da doença e problemas vivenciados; com lidar com fatores estressantes. Relatam, também, que esse tipo de psicoterapia favorece a aceitação da doença e o aumento do efeito protetor exercido pela família, bem como, contribui para a diminuição do trauma e do estigma carregado pelos portadores ou familiares.

O desejo de cura

Percebemos, também, que há um conflito vivenciado pelo portador no que se refere ao tratamento, sendo notório nas entrevistas **o desejo de cura**, seja no início da doença, quando desconhece ou não aceita o caráter crônico da doença, ou mesmo após longos períodos de tratamento, quando se sente limitado por depender dos medicamentos. Algo que emergiu nos depoimentos, também, foi o papel da família e das crenças religiosas nessa expectativa de cura, de libertação.

Ao mesmo tempo, encontramos nos depoimentos um outro conceito muito interessante sobre cura, conceito esse que agrega uma expectativa positiva frente à doença, considerando que apesar da mesma ter um caráter crônico, isso não impede o sujeito de exercer um controle sobre ela. Assim, ao atingir seu objetivo de tratamento, ou seja, ao encontrar a estabilidade, a paciente refere ter encontrado a cura, apesar de reconhecer que ainda é doente...

“(...) tinha gente orando por mim (...) várias espiritualidades no meio. A minha família procurou, né, colocaram na minha cabeça, ajudaram eu a pensar que eu estava curada (...)”
(Antônia)

“(...) Um dia eu vou me libertar de tudo isso! Não quero ficar dependendo disso. Vou ficar dependendo desses medicamentos até quando?! Quantos anos eu já tomei!”
(Carmem)

“(...) Agora, eu tenho fé de que nunca mais eu vou recair (...) Ah! Eu acho que sim! Aliás, eu tenho certeza que nunca mais! Na minha vida a fé vem em primeiro lugar!”
(Carmem)

“(...) quem sabe por um milagre, né, eu deixe de um dia ter essa doença! Porque Deus cura, também (...)”
(Antônia)

“(...) Religião não tem uma que eu não fui, sabe?! É, você quer um milagre de qualquer jeito, né?(...)”
(Jurema)

“(...) E eu dou esse nome que eu sempre desejava de ‘a cura’, porque, na realidade, quando você começa a entender que nenhuma doença nossa é curada mesmo, nós que estirpamos alguns órgãos... então, a gente dá o nome de cura pra isso, mas a gente não curou, a gente estirpou aquilo e... então, nós convivemos com as nossas doenças, nós lidamos com as nossas doenças e nós trabalhamos com o nosso psique as nossas doenças. Então, eu falo ‘Pô, eu estou curada!’ ‘Eu atingi meu objetivo de tratamento, estou curada, então!’ (...)”
(Dalva)

Tais relatos estão de acordo com os achados de Miasso; Cassiani e Pedrão (2007), ao referirem que a religião pode ter uma influência positiva ou negativa

sobre o portador de TAB. Nesse aspecto, mencionam que, ao passo que alguns são incentivados por suas crenças a abandonarem o tratamento convencional em busca de uma cura milagrosa, outros encontram na fé uma forte aliada no enfrentamento das limitações advindas da doença, ajudando-os a ter uma atitude positiva em relação às situações que vivenciam, bem como a encarar o futuro com certa medida de conforto e resignação.

Concordemente, uma pesquisa que avaliou o papel das crenças religiosas e da espiritualidade no manejo do TAB constatou que pode haver contradição entre as orientações de profissionais de saúde mental e de conselheiros religiosos, principalmente no que tange ao uso de medicações, sendo encontrada uma menor taxa de aderência ao tratamento em portadores que possuem crenças religiosas consideradas 'fortes', quando comparados com outros portadores com crenças tidas como 'fracas' (MITCHELL; ROMANS, 2003).

Nesse sentido, é fundamental levar em consideração os aspectos étno-culturais, pois além de influenciar a manifestação do TAB e seu diagnóstico, podem, também, ter uma grande influência no tratamento (SANCHES; JORGE, 2004).

Também em relação ao desejo de cura e os aspectos religiosos envolvidos no processo de adoecimento psíquico, um estudo identificou que muitos familiares de portadores de transtorno mentais depositam em Deus a possibilidade de obterem a cura e que, enquanto expostos à doença mental, podem obter o apoio e sustentação na religião, sendo a mesma colocada como um recurso informal que complementa a insuficiência dos serviços públicos de saúde (VECHHIA; MARTINS, 2005).

3.2.3. Implicações do Grupo de Psicoeducação no cotidiano dos portadores de Transtorno Afetivo Bipolar

Nesta categoria temática abordaremos o que nos foi relato pelos sujeitos desta pesquisa a respeito da experiência de participar de um no grupo de psicoeducação. Os mesmos descreveram diversos benefícios advindos dessa participação, dentre eles: a possibilidade de conhecerem melhor o TAB e seus tratamentos; as repercussões no que se refere ao processo de conscientização da doença e aceitação do tratamento; o estímulo a mudanças positivas na vida; a possibilidade de ajudarem outros portadores a se beneficiarem do aprendizado

construído no grupo; o desejo e a motivação de estarem presente a cada encontro; a descoberta de outras realidades e estratégias de enfrentamento, obtidas por meio da troca de experiências entre os participantes; o desejo de ampliarem as possibilidades de acesso à informação para a população em geral.

Assim, tais **implicações do grupo de psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar** serão analisadas por meio de cinco sub-categorias temáticas: Conhecendo o Transtorno Afetivo Bipolar; Favorecendo a conscientização da doença e a adesão ao tratamento; Promovendo mudanças na vida; O portador como fonte de ajuda; Com a palavra os sujeitos.

Conhecendo o Transtorno Afetivo Bipolar

Ao mencionarem como foi participar do grupo de psicoeducação, é surpreendente a importância que atribuem à aquisição de conhecimento sobre o TAB. Conforme observamos nos depoimentos, alguns portadores já sofriam com as consequências da doença há muitos anos e, no entanto, não compreendiam claramente o significado de tudo aquilo que vivenciaram durante a doença. Alguns referem, inclusive, que, embora já fizessem acompanhamento médico há algum tempo, não obtinham esse tipo de esclarecimento nas consultas.

Além disso, vêem o grupo como um local seguro e confiável, o que os estimula a fazer questionamentos e expor vivências acerca da doença, livres do medo de serem vítimas de preconceito por se identificarem como portadores de uma doença mental, preconceito esse ainda tão comum na sociedade em que vivemos. Nesse sentido, referem, também, que obter tais informações de profissionais especializados no assunto lhes confere uma confiança maior, o que não necessariamente ocorre quando se busca informações em outras fontes, suscetíveis a distorções, modismos e preconceitos.

Assim, relatam que por meio das palestras e discussões no grupo de psicoeducação passaram a se conhecer mais, a ter condições de lidar melhor com as manifestações do TAB e, inclusive, evitar internações desnecessárias...

“(...) através de estar vindo aqui, né, participar do programa é, é que entendi realmente o que é o transtorno bipolar e que os sintomas que eu sentia antes tinha tudo a ver com o transtorno bipolar (...)” (Antônia).

“(...) eu nunca tinha ouvido falar de transtorno bipolar (...) eu tinha muita confiança no que estava sendo passado pelos profissionais, porque é muito complicado você pegar, ler alguma coisa numa revista e outro vem falar e... muitas vezes eu já vi coisa errada. Então, ali eu sentia segurança (...) era um porto seguro pra mim... Foi uma bênção, viu?! Foi uma bênção!” (Fátima)

“(...) Porque é assim, a gente quer perguntar uma coisa e surge outra pergunta, um pergunta, outro pergunta, né?! E aí a gente tem a resposta (...)” (Antônia)

“(...) Eu aprendi muito, muito, muito (...) porque cada profissional que coloca, ele coloca dentro de um ângulo diferente, ele coloca suas emoções diferentes (...)” (Dalva)

“(...) você sabe quando você está querendo cair, você sabe quando você já, já... está passando dos limites. Eu aprendi muito aqui no curso, porque só com as consultas médicas não dá para você saber. Aqui, você aprende muito, eu acho que vale muito a pena (...) para você se auto-conhecer (...) porque esse pessoal (...) que não tem muito conhecimento, qualquer coisinha (...) eles vão para o Hospital Psiquiátrico! (...)”

“(...) É bom saber que existe um nome pra isso, que existe nome, existe tratamento, existem pessoas que estão ali, lutando com você e, mais, que existem pessoas preocupadas com você, com essa questão, que estão fazendo um programa destinado a isso. 'Puxa, as pessoas estão se organizando, estão fazendo esses encontros, estão explicando pra gente o que que é' (...)” (Fátima)

“(...) tudo isso através do conhecimento, da ajuda do Psicoeducacional, entendeu?! O médico não te explica isso, ele te medica e pronto (...)” (Jurema)

Alguns estudos confirmam o explicitado nesses relatos no que se refere ao conhecimento proporcionado no grupo de psicoeducação. Nesse sentido, Rouget e Aubry (2007), em uma pesquisa de revisão da literatura sobre a eficácia da psicoeducação no TAB, mencionam que essa modalidade de intervenção propicia a melhora do curso da doença por, entre outras coisas, favorecer o aumento do conhecimento dos participantes sobre a doença.

Gonzáles-Pinto et al (2004) ratificam isso ao mencionarem que essa abordagem biopsicossocial, de forma teórica e prática, capacita o portador de TAB a compreender melhor seu transtorno e lidar de maneira mais adequada com suas conseqüências na vida.

Além disso, um estudo prospectivo de dois anos, comparou dois grupos de 25 bipolares tipo I em remissão, ambos sob tratamento farmacológico, porém em apenas um deles aplicou-se a psicoeducação. Um dos achados dessa pesquisa foi

que a psicoeducação auxilia os portadores a detectar precocemente os sinais prodromicos do TAB, o que certamente contribui para uma intervenção mais precoce e, conseqüentemente, melhorar a vida dessas pessoas (COLOM et al, 2003).

Ao avaliarem a eficácia da psicoeducação e outras estratégias relacionadas ao TAB, Colom e Vieta (2004) mencionam que a psicoeducação, por meio de uma abordagem teórica e prática, os portadores entendem melhor o que é o TAB e como podem lidar melhor com as manifestações da doença. Algo interessante relatado pelos autores é que a psicoeducação auxilia o paciente a dar um enfoque mais singular ao TAB, ou seja, passa a compreender ‘a doença deles’ e não simplesmente “a doença”, o que envolve o auto-conhecimento, entendendo a associação entre os sintomas, suas características de personalidade e temperamento, bem como os efeitos colaterais da medicação. Além, disso, acrescentam que a psicoeducação os auxilia a reconhecer mudanças sutis de comportamento que podem ser preditivas de um novo episódio. Também, ao referirem que o portador passa a enxergar “a doença dele” se reportam à responsabilização do paciente, ou seja, que a psicoeducação os ajuda a ter uma participação ativa no tratamento, a se sentirem responsáveis pelo gerenciamento da doença, o que é fundamental para o êxito no tratamento.

Em relação ao envolvimento do portador de TAB no tratamento, é importante ressaltar que a psicoeducação deve estimulá-lo a ser um colaborador ativo, não sendo adequado, então, que o profissional encare a psicoeducação como uma prática unidirecional, ou seja, que o paciente seja mero depósito de informações que lhe são fornecidas (JUSTO; CALIL, 2004).

Nesse aspecto, uma pesquisa realizada por Vieta (2005) sobre o papel da psicoeducação na adesão ao tratamento do TAB, confirma que essa abordagem psicossocial fortalece o portador por meio da aquisição de conhecimentos teóricos e práticos que os ensina a lidar com os sintomas e manter uma regularidade do funcionamento social e ocupacional.

Os relatos confirmam, também, o que é citado por Andrade (1999) acerca da psicoeducação. A autora menciona que essa deve contribuir para que o portador de TAB compreenda e dê sentido à experiência vivida por ele, aplicando tal compreensão no seu cotidiano e demonstrando uma maior valorização de sua vida. Acrescenta, ainda, que a psicoeducação supre a necessidade do portador de

encontrar apoio e informações, pois, em geral tal demanda não é satisfatoriamente atendida nas consultas médicas, o que, também, ficou evidente nos relatos anteriores sobre a falta de entendimento quanto ao TAB, apesar de estarem em acompanhamento médico há anos, chegando a mencionar que *“o médico não te explica isso, ele te medica e pronto”*.

Outra experiência de intervenção psicoeducativa no TAB, porém em grupo aberto, demonstrou que esse tipo de intervenção propicia o esclarecimento de dúvidas quanto à natureza crônica da doença e do tratamento, o que leva à diminuição dos preconceitos por parte dos portadores, além de outros benefícios (ROSO; MORENO; COSTA, 2005). O mesmo estudo refere, também, o quanto é importante se promover um ambiente não crítico e de aceitação nos encontros psicoeducacionais, uma vez que isso favorecerá a verbalização dos portadores.

Notamos a veracidade disso nos depoimentos anteriores, nos quais os sujeitos disseram que se sentem à vontade para exporem suas dúvidas e vivências enquanto portadores, livres do medo de sofrerem preconceito e discriminação.

Tais afirmações reforçam a necessidade de se promover formas eficientes de educação e orientação em saúde mental, voltadas para o paciente, familiares e comunidade, a fim favorecer o alcance de resultados positivos no tratamento (STEFANELLI; MORENO, 2008).

Embora o presente estudo foi destinado aos sujeitos portadores de TAB, percebemos nas entrevistas que programas que incluem os familiares dos mesmos têm repercussões importantíssimas no cotidiano desses sujeitos. Conforme descrito nos depoimentos a seguir, a participação dos familiares no grupo de psicoeducação possibilitou que, também, conhecessem melhor a doença e, a partir disso, fossem mais compreensíveis com o membro de sua família que é portador...

“(...) foi quando meu marido começou a ir às palestras, sabe (...) aí ele começou a entender. Aí minha família passou a entender, meus irmãos (...) passam a dar mais amor, mais carinho, entende mais a gente, ouve mais a gente.” (Glória)

“(...) e ela (mãe) também viu como que era lidar com o transtorno bipolar, então ela aceitou mais a minha doença (...) às vezes ela fala assim: ‘Eu sei que é por causa da sua doença! (...)’ (Madalena)

“(...) hoje eu aceito a minha filha do jeito que ela é (a filha também é portadora do TAB), sabe, do jeito que ela chegar ela é bem vinda. Eu aprendi a amar minha filha, né?! E, e tudo isso através do conhecimento, da ajuda do Psicoeducacional (...)” (Jurema)

Intervenções psicoeducacionais para familiares de portadores de TAB resultam numa significativa redução dos níveis de emoção expressa (EE), bem como na diminuição do número de hospitalizações, quando comparados com pacientes cujos familiares têm alto nível de emoção expressa (HONIG, et al., 1997).

Analisando a sobrecarga da família ao conviver com um portador de TAB, Souza (2008) relata que os familiares reivindicam uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde, alegando que também sofrem com a doença do paciente. Demonstrou, ainda, que alguns deles sentiram-se beneficiados por participar de um grupo de psicoeducação, o que lhes proporcionou maiores esclarecimentos sobre o que ocorria com o portador.

Miasso (2006) ratifica que é do interesse do portador de TAB que seus familiares compreendam melhor o transtorno e, por isso, transmitam-lhes os conhecimentos que adquirem, bem como os incentiva a ir em busca desse conhecimento.

Em relação ao trabalho de psicoeducação com familiares de portadores de TAB, uma pesquisa envolvendo 113 cuidadores, submetidos a 12 sessões de 90 minutos de psicoeducação, concluiu que esse tipo de intervenção é extremamente útil na redução do risco de recorrências, mostrando, assim, o quanto os portadores de TAB são indiretamente beneficiados pelo conhecimento e apoio recebidos por familiares durante a psicoeducação (REINARES, et al, 2008).

Assim, é imprescindível que a família também receba apoio e orientações dos profissionais de saúde, considerando que são grandes as sobrecargas para os cuidadores e que os conflitos familiares agravam a doença mental dos portadores (SPADINI; SOUZA, 2005).

Favorecendo a conscientização e a adesão ao tratamento

Por meio dos depoimentos percebemos o quanto o conhecimento sobre o TAB pode favorecer o comprometimento com o tratamento e, assim, o quanto a psicoeducação exerce um papel importante para isso. Ao compreenderem a dinâmica da doença, sua natureza cíclica e crônica, bem como os prejuízos advindos das constantes recaídas, passam a se conscientizar de que são portadores de um transtorno mental e que, necessariamente, precisam realizar o tratamento da forma adequada.

Ao mesmo tempo, notamos que eles se dão conta de que podem ser participantes ativos nesse processo e que essa adesão ao tratamento lhes propiciará uma melhor qualidade de vida. Nesse sentido, mencionam como benefício dessa conscientização da doença e adesão ao tratamento, a possibilidade de retomarem sua vida pessoal e profissional, apesar do transtorno, gerenciando suas vidas, ao invés de viverem à mercê dos altos e baixos da doença.

Algo marcante, também, que é mencionado a respeito da psicoeducação é que, de uma forma ou de outra, esta não é solução única e milagrosa para a complexidade dos problemas que envolvem o TAB, mas que tem uma participação significativa nisso. Assim, o papel da psicoeducação fica mais evidente, no depoimento de um dos sujeitos, ao referir que sua participação no grupo representou “a última gota” para encher seu “balde”, ou seja, que as suas experiências de vida, a vivência dos episódios de mania e depressão, bem como os muitos outros recursos que já havia buscado, lhe trouxeram uma bagagem muito rica e, por assim dizer, foram enchendo seu “balde”, suprimindo sua necessidade de respostas. Então, nessa caminhada, o grupo de psicoeducação a ajudou a avançar um pouco mais e a encontrar respostas que ainda não tinha encontrado, o que colaborou e, muito, para a sua **conscientização da doença e adesão ao tratamento**.

Essas particularidades envolvendo a participação no grupo de psicoeducação estão descritas nos depoimentos a seguir:

“(...) dentro do psicoeducacional que amadureceu dentro da minha cabeça que eu portadora do transtorno bipolar. (...) era como se fosse um orgulho que estava ali dentro de mim que caiu (...) ‘Eu tenho transtorno bipolar e vou tomar um medicamento!’ ‘E daí?’ ‘Qual o problema?’ (...)” (Dalva)

“(...) eu já estava quase pronta pra essa tomada de consciência e eu diria que foi a última gota o psicoeducacional para eu assumir toda essa postura hoje que eu tenho, tudo o que penso, tudo o que eu acho sobre a minha doença, toda a minha caminhada (...)” (Dalva)

“(...) o psicoeducacional, ele te conscientiza que esse distúrbio é uma doença e tem que ser tratada, tem que ser levado a sério (...) ele te prepara, você, pra conviver com você, pra conviver com a sua doença (...) porque isso não é um problema do outro, é o seu e quem tem que resolver é você (...)” (Jurema)

“(...)Eu não aceitava a idéia, até vir pra cá, pra terapia aqui do bipolar e entender o que era o “surto psicótico”, porque eu achava que o médico tinha colocado ali no papel que eu

estava ficando louca e eu não aceitava que eu estava ficando louca (...)" (Antônia)

"(...) eu acho que o grupo, o psicoeducacional (...) passa essa consciência pra você, né, de que você é capaz de ter uma vida saudável, trabalhar, viver normal! (...) Então, quem tem que aceitar é você, a doença é sua(...)" (Jurema)

"(...) eu não aceitava que eu teria que tomar remédio pra vida inteira, né. E aqui me ajudou muito. Aqui me ajudou muito! (...) aqui, né, que é a chave de tudo, pra gente aceitar, que a gente tem que se cuidar, tem que tomar remédio certinho, tem que ir no psiquiatra, tem que ir no psicólogo e conviver (...)" (Antônia)

"(...) agora, eu tomo o remédio, assim, numa boa (...) como se fosse uma comida, um café, um leite, como se fosse qualquer coisa (...) por causa de muita palestra, porque vai ajudando a gente a melhorar(...)" (Benedita)

No que se refere à não-aceitação de que é, realmente, portador de um transtorno mental crônico, em geral, se dá devido a alguns conceitos errôneos que talvez tenha sobre sua doença, o que acarreta em negação do diagnóstico e não adesão ao tratamento do TAB (COLOM et al., 2004). Os referidos autores mencionam, também, que nas primeiras sessões de psicoeducação é fundamental que haja esclarecimentos sobre o que são as causas e os fatores desencadeantes do TAB, distinguindo-os, pois estarem cientes disso os ajudará a aderir ao tratamento.

Roso, Moreno e Costa (2005), descreveram, também, uma experiência com grupo aberto de psicoeducação no TAB, no qual participaram um total de 800 pessoas no ano. Dentre as conclusões, alistaram que os encontros favoreceram o esclarecimentos de dúvidas, o que contribuiu para a diminuição de preconceitos e adesão ao tratamento.

Analizando essa problemática da adesão ao tratamento entre bipolares americanos, Baldessarini, Perry e Pike (2007) identificaram os seguintes fatores de risco para a não-adesão: a dependência ao álcool, ser jovem, a grandiosidade da morbidade afetiva, vários tipos de efeitos, comorbidade com Transtorno Obsessivo-Compulsivo, recorrência de mania/hipomania. Além disso, verificaram uma potencial relação entre a complexidade do tratamento e a adesão ao mesmo.

Assim, a adesão ao tratamento no TAB é um problema multidimensional que inclui as características do próprio paciente, bem como outros fatores relacionados e, por isso, as abordagens terapêuticas que incorporam essas questões têm

melhores resultados, otimizando a intensidade do tratamento e melhorando as atitudes e comportamentos de adesão ao tratamento (SAJATOVIC, et al., 2006).

Vieta (2005) menciona, também, que é muito complicado avaliar e melhorar a adesão ao tratamento, sugerindo que esse problema pode ser melhorado através da psicoeducação, uma vez que esta conscientiza o portador de que o TAB tem fortes aspectos biológicos e que, portanto, é indispensável o tratamento medicamentoso. Refere, assim, que devido a psicoeducação os pacientes aderem mais ao tratamento, além de reduzirem o número de episódios de humor e de hospitalizações.

Então, embora as taxas de não-adesão no TAB sejam altas, esse problema pode ser amenizado pelo uso da psicoeducação (SANTIN; CERESÉR; ROSA, 2005). Assim, para Knapp e Isolan (2005), a adesão à medicação é um dos principais objetivos da psicoeducação.

Nesse sentido, indivíduos que participam de grupos de psicoeducação podem ser capazes de compreender melhor o TAB, o que favorece a aceitação do transtorno e a adesão ao tratamento (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2007; MIASSO, 2006).

Isso é confirmado por uma pesquisa que envolveu 120 portadores de TAB em remissão, sob tratamento psicofarmacológico padrão, sem acompanhamento psicoterápico no momento do estudo, divididos em dois grupos, sendo um grupo controle, com sessões não-estruturadas. Os sujeitos do outro grupo participaram de 21 sessões semanais de psicoeducação que focalizaram a identificação de sintomas prodrômicos, a adesão ao tratamento e a necessidade de manter um estilo de vida regular. Tal estudo, após dois anos de seguimento, concluiu que o grupo de psicoeducação contribuiu para uma significativa redução nas recorrências, hospitalizações e dias de internação (COLOM et al., 2003).

Ainda em relação ao papel da psicoeducação nesse aspecto, um estudo realizado por D'Souza, Piskulic e Sundram (2009) analisou os episódios de recaídas em 58 portadores de TAB em remissão, dividindo-os em dois grupos, ambos sob tratamento medicamento, sendo apenas um dos grupos submetido à 12 sessões semanais de 90 minutos de psicoeducação (27 portadores). O estudo foi finalizado com uma amostra de 45 pacientes, dentre esses, 29 permaneceram eutímicos até 60ª semana, sendo 17 pertencentes ao grupo de psicoeducação; 16 tiveram sofreram recaída, sendo apenas três sujeitos do grupo de psicoeducação e, além

disso, esses demoraram mais tempo para recair (11 semanas a mais que os demais pacientes). Desse modo, essa pesquisa confirmou que a psicoeducação reduz as recaídas no TAB e favorece a adesão ao tratamento, sendo, portanto, incentivada a sua aplicação, juntamente com a terapêutica medicamentosa.

Outro estudo que avaliou a eficácia do grupo de psicoeducação, comparou durante cinco anos dois grupos de portadores de TAB em eutímia, totalizando uma amostra de 120 pacientes, sendo um dos grupos submetido à psicoeducação e o outro a uma intervenção não-estruturada (COLOM, et al, 2009). O referido estudo concluiu que seis meses de psicoeducação tem efeitos profiláticos mais duradouros no TAB, uma vez que reduz o número de recaídas de qualquer tipo, aumenta o período de tempo entre as recaídas, diminui o número de hospitalizações e o tempo em que os portadores permanecem doentes durante as recaídas. Além disso, verificaram a taxa de adesão entre os dois grupos antes e no final do estudo, sendo pequena a taxa de não-adesão em ambos no início e menor ainda ao término do estudo, também em ambos os grupos.

Por outro lado, sabe-se que o número de episódios de TAB durante a vida causa um grande impacto na vida do portador, ou seja, quanto maiores as taxas de recorrências, piores são os prejuízos funcionais, havendo um domínio de características depressivas (DI MARZO et al, 2006).

Portanto, a aceitação da doença e a adesão ao tratamento exercem um papel fundamental na prevenção de complicações da doença.

Promovendo mudanças na vida

As subcategorias anteriores discutiram o papel da psicoeducação na aquisição de conhecimento, na conscientização do portador quanto a sua doença, bem como na adesão ao tratamento. De que forma isso pode repercutir na vida desses portadores, é o que analisamos nesta sub-categoria.

Conforme observamos nos depoimentos, a participação no grupo de psicoeducação promoveu mudanças significativas na vida dos pacientes. No que diz respeito a isso, referem que passaram a ter uma vida “normal”, ou seja, retomaram suas atividades cotidianas, tais como o trabalho secular e as responsabilidades domésticas, atividades estas que estavam intensamente comprometidas na vida de alguns deles. Mencionam, também, a possibilidade de

necessitarem de menos internações psiquiátricas, uma vez que aprendem a lidar melhor com a doença e suas conseqüências.

Além disso, citam que a participação no grupo favoreceu o aumento na auto-estima, contribuiu para se sentirem mais felizes e os ajudou a conviver da melhor maneira possível com sua nova situação de vida, apesar do TAB...

“(...) E graças aqui eu tive, assim, é, tenho, eu tenho uma vida normal (...) eu vou trabalhar, eu volto, eu limpo minha casa, eu lavo roupa, eu faço comida (...)” (Antônia)

“(...) teve um, um rapaz que vem com a gente e um dia ele chegou e falou assim ‘Se eu souber que essa doença não tem cura, eu vou comprar um revólver e me matar!’ (...) agora, eu estou vendo que ele está vindo aqui e está dando risada, está sorrindo, está se abrindo, está conversando, está perguntando, sabe?! Está sendo ótimo para ele, também, não só para mim! Então, é muito importante! (...)” (Antônia)

“(...) de cem que passar por lá (Grupo de Psicoeducação) e vocês ajudarem um que for, é um a menos no Hospital Psiquiátrico, é um a menos sofrendo no planeta Terra! Pode ter certeza que não é só um (...) como eu, acho que teve tantas pessoas que mudaram o comportamento, mudaram a vida (...) que pegou do psicoeducacional uma grande mudança de vida! (...)” (Dalva)

“(...) o Psicoeducacional é muito importante (...) às vezes uma palavra que você escuta, e que ele usa muda toda uma situação (...)” (Jurema)

“(...) percebo que eu estou conseguindo melhorar a minha auto-estima (...) estou mais equilibrada, eu gostei muito de ter participado do psicoeducacional, valeu mesmo. Vi que eu não era tão ruim, assim, como pessoa e que eu podia melhorar (...)” (Madalena)

“(...) com relação ao grupo, eu lembro que da última vez (...) tinha um psicólogo, ele falou que a melhor coisa do mundo ainda é o trabalho, né, então isso me tocou profundamente, né, porque eu ficava deitada até 10h da manhã. Depois eu almoçava, às vezes fazia o almoço, e já deitada de novo, ficava com aquela preguiça, mas assim, era preguiça mesmo, não era depressão (...) hoje eu sou uma pessoa mais feliz, né, e o grupo, assim, veio a acrescentar partes positivas para mim (...)” (Madalena)

Assim, apesar de alguns médicos salientarem a adesão como principal melhora após a utilização da psicoeducação, esta também exerce um papel fundamental na mudança de aspectos da esfera afetivo-emocional da vida dos portadores, o que para os familiares é o mais importante, uma vez que valorizam mais a melhora no ajustamento social do que a adesão em si (ANDRADE, 1999).

Então, os benefícios da psicoeducação vão além da adesão, redução das taxas de recaídas e hospitalizações. Incluem, também, a melhora da qualidade de vida do portador, uma vez que promove o aumento de sua auto-estima e bem-estar, a diminuição do estigma e da culpa, a redução de comorbidades e mudanças no estilo de vida (STEFANELLI; MORENO, 2008).

Isso é confirmado por GONZALES-PINTO et al. (2004), ao referir que a psicoeducação no TAB pode contribuir para um modelo de tripé, que consiste em regularizar o estilo de vida e hábitos saudáveis, detectar precocemente os sinais prodômicos, com a imediata intervenção medicamentosa e, por fim, alcançar a adesão ao tratamento.

Miklowitz (2008) ratifica que a psicoterapia complementar melhora significativamente os resultados funcionais e sintomáticos no TAB, em períodos acima de dois anos. Nesse estudo, o autor comparou 18 experiências de abordagens psicoterápicas, no que diz respeito ao tempo de recuperação, recorrência, duração dos episódios, severidade dos sintomas e funcionamento psicossocial. Dentre as diferentes intervenções, a psicoeducação individual e programas de cuidados sistematizados foram mais eficazes em episódios maníacos do que depressivos e as Terapias Familiar e Cognitivo-Comportamental se destacaram no tratamento de sintomas depressivos.

Desse modo, o autor em questão conclui que os tratamentos psicoterápicos que enfatizam a adesão aos medicamentos e o reconhecimento precoce de sintomas de humor têm mais êxito em pacientes com sintomas maníacos, enquanto que os tratamentos que destacam as estratégias interpessoais e cognitivas são mais eficazes na depressão.

Ao analisar a incapacitação social dos portadores de transtornos de humor, um estudo sugeriu a utilização de intervenções mais eficazes para atender a essa problemática, apontando os grupos educacionais como uma das estratégias para aumentar o conhecimento e melhorar tanto o padrão de relacionamento familiar como a qualidade de vida dos portadores (TUCCI; KERR-CORRÊA; DIAS, 2001).

O portador como fonte de ajuda

Os depoimentos nos revelam, também, que a importância do grupo de psicoeducação não se resume às intervenções apenas dos profissionais, quando

estes fornecem conhecimentos teóricos e práticos sobre o TAB, mas que boa parte dos benefícios desse tipo de abordagem pode ser atribuída às trocas que existem entre os próprios participantes. Percebe-se nos relatos, o quanto os mesmos valorizam o conhecimento construído por meio das experiências de outros pacientes.

Inicialmente, os sujeitos descrevem a satisfação de encontrar pessoas com problemas semelhantes aos seus, o que por um lado lhes traz consolo, uma vez que se dão conta de que não são os únicos a sofrer com essa doença. Por outro lado, experimentam uma sensação de alívio, por encontrar nessas pessoas experiências consideradas “piores” do que as suas.

De acordo com as entrevistas, compreendemos, ainda, que tanto o depoimento formal de um portador ou familiar que ocorre a cada encontro do grupo, como as conversas informais antes ou após as reuniões, beneficiam intensamente os pacientes. Os mesmos relatam ter modificado algum comportamento inadequado ou mesmo ter buscado uma nova estratégia para lidar com as consequências do TAB na vida, a partir do que ouviram das experiências de outros portadores presentes.

Além disso, **o portador como fonte de ajuda** perpassa o ambiente do grupo de psicoeducação, dos participantes colaborando entre si. Detectamos nos relatos que, ao passo que o portador é beneficiado pela intervenção psicoeducativa, ele sente-se motivado a ajudar outras pessoas que estão além do contexto grupal, com as quais se identifica em termos de sofrimento, história de vida e natureza da doença. Isso é refletido nos esclarecimentos que fornece a essas pessoas sobre o TAB, as mudanças de comportamento, a necessidade de aderirem ao tratamento e, de forma mais indireta, por convidá-las para participar do grupo de psicoeducação, reforçando que, assim como ele, ali encontrarão ajuda para lidar com as dificuldades envolvendo o TAB.

Desse modo, compreendemos que para esses sujeitos o grupo de psicoeducação lhes propicia, também, a oportunidade de ajudarem outras pessoas, bem como de serem ajudados por outros portadores...

“(...) eu via que conversando com as pessoas lá (Grupo de Psicoeducação) eu, também, era um instrumento de ajuda, de poder estar ajudando, incentivando (...).” (Dalva)

“(...) o filho tem, tem distúrbio bipolar e ele perdeu tudo o que tinha e perdeu tudo o que os pais tinham (...) essa mulher

tava bem dizer chorando (...) peguei na mão dela, assim, e falei pra ela do Psicoeducacional, que ajuda, né, pra ela conviver melhor com isso (...) você quer pegar a pessoa e, sabe, carregar no colo, porque você sabe o que que é a doença, você sabe o que a pessoa tá sentindo (...)” (Jurema)

“(...) o pessoal que a gente conheceu (no Grupo de Psicoeducação), né, cada testemunho da pessoa valeu para gente melhorar alguma coisa na vida, no dia a dia da gente (...)” (Madalena)

“(...) cada um com um tipo de problema, com um tipo de saída, com um escape diferente. Então, você vai, escuta um aqui, escuta outro ali e aí eu disse ‘Espere aí!’ ‘Eu preciso arrumar um escape, um jeito!’ Aí, eu, então, comecei a ouvir música, ler um livro (...) Eu não tinha essas estratégias ainda não (...) foi de ir no grupo é que eu comecei a parar pra pensar ‘Não, eu vou fazer isso, vou fazer aquilo’ (...)” (Emília)

“(...) eu vi que eu ‘Puxa vida, eu não estou sozinha!’ Tem tantas pessoas com o mesmo problema que eu! (...) poder conversar com essas pessoas, é uma possibilidade única, sabe!?(...). Puxa! Outro dia, eu ouvi uma mulher falar que comprou 10 televisões. Eu falei ‘Que bom!’ (risos) ‘Não sou só eu!’ (...) lá (no Grupo de Psicoeducação) eu me sentia mais normal” (Fátima)

“(...) a gente gosta, assim, das reuniões (Grupo de Psicoeducação), né? Eu falo que eu gosto de estar junto da minha espécie, né? (risadas)” (Jurema)

“(...) até uma pessoa também que fez psicoeducacional com a gente, ela falou: ‘Ah, eu, agora eu faço teatro’ (...) ‘Canto no coral’ (...) e aí eu falei: ‘Por que que eu não posso cantar no coral?’ ‘Vou tentar!’ (...) Aí entrei no coral da igreja, faz três anos que eu canto (...)” (Madalena)

Realmente, os portadores de TAB que participam do grupo de psicoeducação valorizam a oportunidade que têm de compartilhar experiências, conhecimentos e sentimentos, o que lhes confere uma sensação de alívio e de diminuição da culpa. (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2007; MIASSO, 2006). Os referidos autores acrescentam que a troca de experiências no grupo favorece, ainda, outros aspectos: o aumento da auto-estima dos portadores, uma vez que se sentem mais valorizados por poderem beneficiar outros participantes; o desenvolvimento de habilidades sociais; a não reprodução de comportamentos que acarretam consequências negativas.

Nesse sentido, é fundamental que seja estimulada a interação entre todos os participantes do grupo de psicoeducação, a fim de que tenham a oportunidade de expressar seus sentimentos, pensamentos e experiências envolvidas, o que lhes

ajudará a perceber que não estão sozinhos, que outros também possuem problemas semelhantes (STEFANELLI; MORENO, 2008).

Assim, a possibilidade de realizarem questionamentos e de participarem das discussões favorece o intercâmbio de experiências, em um clima de respeito, além de ajudá-los a prevenir recaídas e prejuízos psicossociais, ao passo que procuram aplicar os conhecimentos adquiridos nesse contexto grupal (STEFANELLI et al., 2006).

Ao descrever os resultados obtidos com um grupo de psicoeducação, Roso et al. (2005) confirmam os benefícios já mencionados, referindo que os depoimentos e as discussões promovidas nos encontros favoreceram o caráter psicoeducativo da intervenção e que essas trocas de experiências mobilizam os participantes a desenvolver habilidades para prevenir os prejuízos psicossociais comuns no TAB, bem como as recorrências.

Com a palavra os sujeitos

Para finalizar esta categoria temática a respeito das implicações do grupo de psicoeducação no cotidiano dos portadores de TAB, selecionamos alguns depoimentos que descrevem o quanto os sujeitos se sentem motivados com a participação no grupo de psicoeducação. Tal motivação fica evidente ao dizerem que aguardam com expectativa cada encontro do grupo; que não têm vontade de ir embora no término das reuniões; que sentem-se muito bem com aquilo que vêem, ouvem e podem dizer nessas ocasiões; que o relacionamento com os profissionais envolvidos lhes confere uma sensação de segurança, sentem-se capazes, forte e “normais”.

Descreveremos, também, algumas observações dos sujeitos, no que se refere a agradecimentos, sugestões e percepções sobre o grupo. É marcante a gratidão dessas pessoas pelo pouco tempo que dispensamos a elas nesses encontros. O que são três horas mensais, quando comparadas com os benefícios que referem usufruir?

Interessante, também, é o desejo que têm de que outros indivíduos possam ter acesso a essa intervenção, reconhecendo que há ainda muito preconceito e discriminação. Nesse sentido, dão sugestões de como poderíamos ampliar a divulgação do programa e, até mesmo, se dispõe a colaborar com isso.

Assim sendo, **com a palavra os sujeitos:**

“(...) Maravilhoso para mim (sorri). Maravilhoso! É satisfatório! É, eu estou aqui, acaba o horário que a gente tem que ir embora e eu não quero ir embora (...) Por isso que a gente faz força para vir, porque é muito bom, é satisfatório, é prazeroso (...)” (Antônia)

“(...) não vejo a hora que chega, quando tem as reuniões (...) porque ele (Grupo de Psicoeducação) faz bem, para mim faz um bem danado quando eu vou lá, e converso, e ouço, e vejo (...)” (Glória)

“(...) quando você encontra pessoas que têm conhecimento, que te passa alguma coisa, é bom, você se sente mais forte, gente, normal, né?!(...)” (Jurema)

“(...) eu acho, acho que deve ser divulgado, muito mais deveria ser divulgado (...) Não só em cartazes, mas na televisão, falar sobre esse tratamento que a gente tem gratuito, que é maravilhoso, sabe? Eu costumo falar que vocês são os nossos anjos, que vem aqui para nos dar força. Muito bom! (...)” (Antônia)

“(...) Olha, eu gostaria, assim, de agradecer, sabe? (sorri) Agradecer a todos os profissionais que tenham vindo. Eu não sei quem é que colocou esse, esse tratamento, né, em prática, mas é uma pessoa muito iluminada por Deus. E, eu só tenho a agradecer, a todo mundo: médicos, psiquiatras, vocês, todos, todos, por nós termos o privilégio de estar aqui todo mês (...)” (Antônia)

“(...) Obrigada pelo psicoeducacional na minha vida! Eu acho que eu não tenho palavras para agradecer! (...)” (Dalva)

“(...) eu até gostaria que o grupo fosse até semanal, sabe?! Porque cria aquele grupo semanal, aquela coisa mais próxima, mas freqüente, sabe?! (...) porque a gente se sente segura! (...) Porque o assunto não se esgota, né, não tem jeito, não se esgota, sempre tem alguma coisa e, mesmo que não tiver, você ouvindo outra pessoa falar (...)” (Fátima)

“(...) esses panfletinhos eu acho que a gente tem que divulgar mais, não só para a gente ler (...) porque tem muita gente com esse problema, muita gente (...) eu acho que tem tanta coisa para gente fazer, que pode ajudar, sabe, pegar uma idéia de um, uma idéia de outro, eu acho isso muito bom (...)” (Glória)

“(...) o grupo psicoeducacional foi uma ajuda fantástica, com toda certeza (...) eu falo para tudo mundo, eu recomendo (...)” (Heloísa)

“(...) a única coisa que eu quero te dizer é que continue, nem que tenha só uma pessoa lá, que continue, insistam (...) a vida fica muito diferente (...) passa a viver muito bem, muito melhor (...) o trabalho de vocês é lindo, eu tiro o chapéu, eu tô fascinada por esse trabalho! (...)” (Jurema)

Tais depoimentos só reforçam o que já discutimos nas sub-categorias anteriores, ou seja, que a psicoeducação traz muitos benefícios, favorecendo a conscientização da doença, a adesão ao tratamento, a diminuição do número de recorrências e hospitalizações, bem como melhorando de forma global a qualidade de vida dos portadores.

No entanto, há pacientes que não se beneficiam tanto da psicoeducação em grupo, havendo relatos de pacientes sobre aumento de ansiedade, medo, ruminações e checagem obsessiva do estado de humor, após se submeterem a essa abordagem de tratamento, revelando, assim, que podem ocorrer efeitos adversos, também (COLOM et al., 2009).

Nesse sentido, outros pacientes também denominaram como negativos alguns aspectos do grupo de psicoeducação, aspectos esses que são considerados, em geral, como positivos, tais como as experiências relatadas por outros participantes, alegando que tornam os encontros cansativos, por assim dizer; a oportunidade de conhecer novas pessoas, o que é entendido por alguns como desnecessário (MIASSO, 2006).

Em relação às sugestões quanto à divulgação e acesso de outras pessoas no grupo é plausível, considerando que se trata de um grupo aberto e, segundo experiências nesse sentido, a demanda por intervenções psicológicas é muito grande e, assim, há necessidade de grupos que comportem um número maior de participantes, o que se adequa à realidade brasileira (ROSO; MORENO; COSTA, 2005).

Assim, programas de psicoeducação devem ser pluralizados, ou seja, a comunidade, em geral, deve ter acesso a esses grupos, a fim de que os indivíduos alcancem melhores condições de vida; aprendam e façam uso de novos mecanismos de enfrentamento; e consigam dar um novo sentido para suas vidas, apesar da doença (STEFANELLI; MORENO, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs a identificar as implicações do Grupo de Psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar. Para tanto, optamos por fazê-lo a partir da perspectiva dos próprios portadores. Isso nos possibilitou entrar em contato com suas histórias de vida, suas crenças, seus valores, seus sofrimentos, suas perdas, suas descobertas, suas conquistas e seus desejos. Certamente, seria impossível compreendermos algumas das situações aqui colocadas, sem ouvi-los, sem considerarmos aquilo que têm a dizer em sua singularidade enquanto indivíduos.

A princípio, consideramos as conseqüências do TAB no cotidiano desses portadores e, assim, entendemos melhor o quanto as experiências de mania e depressão trazem repercussões negativas para a vida deles no que se refere às modificações da rotina, à interferência nos relacionamentos interpessoais e aos prejuízos funcionais.

Nesse sentido, conhecemos relatos de casamentos desfeitos, empregos perdidos, dificuldades financeiras, conflitos familiares, pensamentos e tentativas de suicídio, entre outros. Conseqüências essas que levam o portador a experimentar sentimentos de desesperança e de “ressaca moral”, ao serem dominados pelos sentimentos de culpa.

Ao passo que enfrentam tantas mudanças na vida, vêm no tratamento uma confirmação daquilo que não querem enxergar – a doença mental. Assim, optam pela negação da doença e não-adesão ao tratamento, o que lhe traz ainda mais sofrimentos. Percebemos, então, neste estudo quão difícil é para o portador se conscientizar de que ele tem uma doença e que, portanto, precisa de um tratamento. Mais difícil ainda para ele é aceitar que esse tratamento é contínuo, ou seja, para a vida inteira.

Conforme identificamos nos depoimentos, esse processo de conscientização da doença e adesão ao tratamento é fortemente influenciado pelo tipo de assistência prestada. Nesse respeito, os sujeitos mencionaram a postura inadequada de alguns profissionais frente ao paciente, a dinâmica dos serviços públicos de saúde mental e a dificuldade no acesso à psicoterapia, o que colaborou para a não adesão ao tratamento.

No que tange aos profissionais, os portadores relataram ocasiões em que não se sentiram acolhidos pelos mesmos, cuja postura denotou indiferença ou mesmo despreparo para desempenharem seu papel. Isso nos leva a refletir sobre a nossa postura enquanto profissionais da área de saúde e o quanto essa influencia no tratamento, ou no agravamento do sofrimento desses pacientes. Analisar este fato sob a ótica do portador poderá nos ajudar a rever nossas práticas enquanto profissionais atuantes na área de saúde mental.

Assim, precisamos nos atentar para as discrepâncias que podem existir nos nossos discursos enquanto profissionais. Será que repetimos vez após vez aos pacientes que eles têm que se comprometer com o tratamento, tem que tomar a medicação e, ao mesmo tempo, nos mostramos frios, distantes, sempre muito ocupados ao ponto de não estarmos dispostos ou disponíveis à escuta, ao diálogo? Portanto, é importante que reconheçamos que dependendo de como for nossa relação com o paciente, poderemos reforçar o desejo dele de abandonar o tratamento.

Por meio deste estudo, compreendemos, também, as dificuldades enfrentadas pelo portador ao buscar o tratamento ambulatorial e psicológico. Alguns mencionaram que a cada retorno às consultas médicas eram avaliados por um profissional diferente e que este, em geral, modificava as medicações anteriormente prescritas. Já em relação ao acesso à psicoterapia, referiram que, embora essa seja disponível, exige uma longa espera e, por isso, têm que optar pelo tratamento privado, o que não é economicamente acessível a todos.

Nesse percurso em busca de explicações, de apoio e alívio para suas inquietações, os sujeitos chegam ao grupo de psicoeducação. Ao analisarmos aquilo que descreveram sobre como foi para eles essa participação, podemos encontrar algumas respostas para questionamentos outrora realizados: Qual é a real contribuição da psicoeducação na vida desses portadores de TAB? De que modo a psicoeducação favorece a prevenção de recaídas? O que muda na vida desses sujeitos ao passo que começam a participar no grupo de psicoeducação?

Assim, essa análise nos possibilitou **identificar as implicações do grupo de psicoeducação no cotidiano de portadores de TAB**. Nesse sentido, os resultados demonstram que essa experiência grupal favoreceu, em especial, os seguintes aspectos:

- A aquisição de conhecimento sobre o TAB;

- A conscientização da doença e adesão ao tratamento;
- A realização de mudanças positivas na vida;
- A possibilidade de ajudarem outros portadores a se beneficiarem do aprendizado construído no grupo;
- A descoberta de outras realidades e estratégias de enfrentamento, obtidas por meio da troca de experiências entre os participantes;
- O desejo de ampliarem as possibilidades de acesso à informação pela comunidade.

Em relação à oportunidade que o grupo lhes ofereceu para obterem mais conhecimento sobre o TAB, percebemos que alguns deles já sofriam há décadas com as conseqüências da doença e, inclusive, já faziam alguma forma de tratamento, no entanto, foi no grupo que puderam compreender mais plenamente o significado de tudo aquilo e aprender a lidar de forma mais adequada com tais mudanças. Isso reforça o quanto os profissionais de saúde mental precisam estar preparados para cumprir o seu papel de educadores.

Sabemos que, atualmente, o acesso à informação é facilitado pelos meios de comunicação, entre eles, *internet*, televisão, livros, revistas e jornais. Isso, de certo modo, favorece a aquisição de conhecimento pelo portador. Porém, conforme os mesmos salientaram nas entrevistas, tais fontes não necessariamente são fidedignas, podendo trazer distorções, refletir preconceitos e modismos da população leiga. Por isso, vêem o grupo de psicoeducação como um local seguro e confiável para obter informações e esclarecimentos. Assim, para o portador conhecer melhor o TAB muito dependerá de como nos capacitamos enquanto profissionais para exercer essa função educativa.

No que se refere à conscientização da doença e à adesão ao tratamento, consideramos que a psicoeducação, realmente, exerce uma papel fundamental nisso. Ao compreenderem a dinâmica da doença, sua natureza cíclica e crônica, bem como os prejuízos advindos das constantes recaídas, passam a se conscientizar de que são portadores de um transtorno mental e que, necessariamente, precisam realizar o tratamento da forma adequada. Eles referem, ainda, que o grupo de psicoeducação os ajudou no processo de responsabilização, e passaram a enxergarem-se como participantes ativos no tratamento.

Quanto à terceira implicação do grupo no cotidiano desses portadores, entendemos que o grupo favoreceu a retomada de algumas atividades que

anteriormente estavam bastante comprometidas, tais como as atividades domésticas e o trabalho. Além disso, mencionaram outras mudanças positivas, como o aumento da auto-estima e uma vida mais feliz e significativa, apesar do transtorno.

Como um quarto aspecto detectado neste estudo, percebemos que parte dos benefícios desse tipo de abordagem se dá em virtude das trocas que existem entre os próprios participantes. Ao perceberem-se num grupo de iguais, sentem-se consolados e aliviados. Além disso, relataram ter modificado algum comportamento inadequado ou mesmo ter buscado uma nova estratégia para lidar com as conseqüências do TAB na vida, a partir do que ouviram das experiências de outros membros do grupo. Ao mesmo tempo, o portador também se percebe como fonte de ajuda para outros portadores e familiares.

Quanto a ultima implicação do grupo de psicoeducação apontada, compreendemos que, ao passo que o portador sente-se beneficiado pela psicoeducação, deseja que outros possam usufruir desse recurso, expressando, assim, o desejo de ampliar as possibilidades de acesso à informação pela comunidade.

Vale ressaltar que, embora o grupo de psicoeducação tenha desempenhado um papel importante no cotidiano desses sujeitos, esse não foi a única forma de ajuda desfrutada por eles. Conforme identificamos neste estudo, os sujeitos também se beneficiaram de outras fontes de ajudas, tais como as psicoterapias, os grupos de auto-ajuda, o trabalho, a religião, a atividade física, a boa alimentação e o apoio de amigos.

Com isso, consideramos que não há uma única forma de tratamento que dê conta da complexidade que envolve os problemas relacionados ao TAB. Portanto, qualquer intervenção que desconsidere ou desvalorize as várias formas de atenção à saúde, nos seus aspectos biopsicossocioculturais, poderá estar fadada ao fracasso, dado o significado atribuído às mesmas pelos próprios portadores.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AKISKAL, H.S. O espectro bipolar: a elaboração de um novo paradigma na psiquiatria. **Current Psychiatry Reports.**, Brasil, v.1, n.2, p.47-9, 2003.
- ALDA, M. Transtorno bipolar. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, Brasil, v.21, supl.2, p. 14-7, 1999.
- AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 163-185.
- ANDRADE, A.C.F. A abordagem psicoeducacional no tratamento do transtorno afetivo bipolar. **Rev psiquiatr clín.**, São Paulo, v.26, n.6, p. 1999.
- ANGST, J. et al. Toward a redefinition of subthreshold bipolarity epidemiology and proposed criteria for bipolar I, minor bipolar disorder and hypomania. **J Affect Disorder.**, v.73, p.133-146, 2003.
- BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: _____. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 99-133.
- GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1990.
- BAWDEN, C.L. Bipolar Disorder and Work Loss. **Am J Manag Care.** v.11, supl.91, 2005
- BECHELLI, L.P.C.; SANTOS, M.A. Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.10, n.3, p.383-91, maio/junho. 2002.
- CARDOSO, L., GALERA, S.A.F. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Acta Paul Enferm.**, v.19, n.3, p.343-8, 2006.
- CHAMA, R.C. et al. Serviços de atendimento em saúde mental e psiquiatria. In: STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K.; ARANTES, E.C. (orgs.) **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. São Paulo: Manole, 2008. p. 44-55.
- CAMARGO JR. K.R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. **Physes, Revista de Saúde Coletiva**, v.2, n.1, p. 203-228, 1992.
- CHACHAMOVICH, E.; SCHIMITT, R.; KAPCZINSKI, F. Agressividade e agitação psicomotora. In: KAPCZINSKI et al. Emergências Psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed, 2001, p.90-97.
- COIMBRA, V.C. C; GUIMARÃES, J.; SILVA, M.C.F.; KANTORSKI, L.; SCATENA, M.C.M. Reabilitação psicossocial e família: Considerações sobre a reestruturação

da assistência psiquiátrica no Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 01, p.99-104, 2005. Disponível em www.fen.ufg.br/revista.htm

COLOM, et al. Group psychoeducation for stabilized bipolar disorders: 5-years outcome of a randomized clinical trial. **B. J. Psych.**, v. 194, p. 260-265, 2009.

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

COLOM, F.; VIETA, E. Intervenções psicológicas na depressão bipolar. In: EL-MALLKH, R.S.; GHAEMI, S.N. **Depressão Bipolar: um guia abrangente**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 204-214.

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, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000700011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 Ago 2006.

COLOM, F. et al. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. **J. Clín. Psychiatry.**, v.64, n.9, p.1101-05, 2003.

COSTA, A.M.N. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v.35, n.3, p.104-110, 2008.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P. (Org.) **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisas em ciências humanas e sociais**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

D'SOUZA, R.; PISKULIC, D.; SUNDRAM, S. A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: a pilot randomized controlled trial. **J. Affect. Disord.**, 2009.

DI MARZO et al. The impact of the number of episodes on the outcome of Bipolar Disorder. **Eur. J. Psychiat.** v. 20, n.1, p. 21-28, 2006.

ETAIN, B. et al. Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. **Bipolar Disorders**, v.10, p. 867–876, 2008.

FILHO, J.E.F.G, et al. Transtorno Afetivo Bipolar Tipo I na Adolescência: dificuldades diagnósticas baseadas em um relato de caso. **Infanto rev. neuropsiquiátrica. infan. adolesc.** Paraná, v.10, n.2, p.56-62, ago. 2002.

FREY, B.N, et al. Anormalidades neuropatológicas e neuroquímicas no transtorno afetivo bipolar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Brasil, v.26, n.3, p.180-8, set. 2004.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GITLIN, M.G. et al. Relapse and impairment in bipolar disorder. **American Journal of Psychiatry**, n.152, p.1635-40, 1995.

GUERRA, A.M.C. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, ano VII, n.2, p. 83-96, junho. 2004.

GOLDENBERG, M.A. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 4 ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

GOMES, B.C.; LAFER, B. Psicoterapia em grupo de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar. **Rev. Psiq. Clín.** 34 (2); 84-89, 2007.

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

JORGE et al. **Textos de apoio em saúde mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

HONIG, A. et al. Psycho-education in bipolar disorder: effect on expressed emotion. **Psych. Research.**, v. 72, p. 17-22, 1997.

JUSTO, L.P.; CALIL, H.M. Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.31, n.2, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 Ago. 2006.

JUSTO, L.P.; CALIL, H.M. Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. **Rev. Psiq. Clín.**, v.31, n.2, p.91-99, 2004.

KAPCZINSKI, F.; FREY, B. N.; ZANNATTO, V. Fisiopatologia do transtorno afetivo bipolar: o que mudou nos últimos 10 anos? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, Brasil, v.26, supl.3, p.17-21, out. 2004.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7 ed. Porto Alegre, 1997.

KESSLER, R.C. et al. The epidemiology of DSM-III-R Bipolar I Disorder in a General Population Survey. **Psychol Med.**, v.27, n.5, p.1079-89, 1997.

KNAPP, P.; ISOLAN, L. Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.32, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000700014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 Ago 2006.

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

LOPES, S.; DONDA, D.C.; SILVA, E.C. Conhecimento sobre Transtorno Afetivo Bipolar: subsídios para educação em Saúde Mental. In: IX Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica: Os novos velhos desafios da saúde mental, 2006. Ribeirão Preto. **Programa e Resumos**: Ribeirão Preto (SP): FIERP-EERP/USP, 2006. p.62.

MACHADO-VIEIRA, R.; SANTIN, A.; SOARES, J.C. O papel da equipe multidisciplinar no manejo do paciente bipolar. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, Brasil, v.26, supl.3, p. 51-3, out. 2004.

MANDÚ, E.N.T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n.4, p.665-752, julho-agosto, 2004.

MARTINS, L.M.M. Assistência de enfermagem a paciente com desordem bipolar e sentimentos da estudante da enfermagem: estudo de caso. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.33, n.4, p.421-7, dez. 1999.

MIASSO, A.I. “**Entre a cruz e a espada**”: o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com Transtorno Afetivo Bipolar, em sua perspectiva e na de seu familiar. 2006. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MIASSO, A.I., CASSIANI, S.H.D.B., PEDRÃO, L.J. Bipolar Affective Disorder and medication therapy: identifying barriers. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.16, n.4, p. 739-45, julho-agosto. 2008.

MITCHELL, L.; ROMANS, S. Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management. **J Affect Disord.**, v.75, n.3, p.247-57, 2003.

MICHELON, L.; VALLADA, H. Genética do transtorno bipolar. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, Brasil, v.26, supl.3, p.12-16, out. 2004.

MICHELON, L.; VALLADA, H. Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.32, supl.1, p.21-27, 2005.

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

MIKLOWITZ, D.J., TAYLOR, D.O. Family-focused treatment of the suicidal bipolar patient. **Bipolar Disord**, v.8, p. 640–651, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999.

MORENO, R.A.; MORENO, D.H. **Transtorno Bipolar do Humor**. São Paulo, 2002.

MORENO, D.H.; ALMEIDA, K.M. Quadro clínico dos subtipos do espectro bipolar. In: MORENO, R.; MORENO, D.H. **Da psicose maníaco-depressiva ao espectro bipolar**. São Paulo: Segmento Farma, 2005. p. 141-169.

MORENO, R.A.; MORENO, D.H.; RATZKE, R. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.32, 2005. Disponível em:

http://www.scielo.br/sielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000700007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 Ago 2006.

MORENO, D.H.; MORENO, R.A. Estados mistos e quadros de ciclagem rápida no transtorno bipolar. **Rev. psiquiatr. clín.**, 2005, vol.32 supl.1, p.56-62. Disponível em:

http://www.scielo.br/sielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000700009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 Jun 2007. Pré-publicação.

MOSTAZO, R.R.; KIRSCHBAUM, D.I.R. O cuidado e o descuido no tratamento psiquiátrico nas representações sociais de usuários de um centro de atenção psicossocial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.5 n.2 p.4-13, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>.

FILHO, N.G.V.; NÓBREGA, S.M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, v.9, n.2, p. 373-379, 2004.

OLIVEIRA, F.B. **Construindo práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2002.

PARIK, S.V. et al. Psychosocial Interventions as an Adjunct to Pharmacotherapy in Bipolar Disorder. **Can. J. Psychiatry**, v.42, n.2, p.74-8, 1997.

PEREIRA, M.A. et al. A assistência psiquiátrica sob o ponto de vista do doente mental: antes e depois da reforma psiquiátrica. In: V Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e IV Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica: Caminhando para a assistência integral, 1999, Ribeirão Preto, SP. **Anais**. Ribeirão Preto: Editora e Gráfica Escala, 1999, p. 93-105. Labate, R.C., organizadora. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Pitta, A.M.F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec;1996 p.19-26.

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

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R; CIVIDANES, G. Transtorno bipolar do humor e o uso indevido de substâncias psicoativas. **Rev. Psiq. Clín.**, n.32, supl1, p.78-88, 2005.

RICHARDSON, R.J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSO, M.C.; MORENO, R.A.; COSTA, E.M.S. Intervenção psicoeducacional nos transtornos de humor: a experiência do Grupo de Estudos de Doenças Afetivas (GRUDA). **Rev. Brás. Psiquiatr.**, v. 27, n. 2, p. 163-167, 2005.

ROSO, M. Aspectos psicossociais da terapêutica. In: MORENO, R.A.; MORENO, D.H. **Transtorno Bipolar do Humor**. São Paulo: Lemos Editorial, 2002. p. 323-337.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p.17-21.

ROUGET, W.R.; AUBRY, J.M. Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: A review of the literature. **Journal of Affective Disorders**, v.98, p.11-27, 2007.

RUIZ, V.R.; LIMA, A.R.; MACHADO, A.L. Educação em saúde para portadores de doença mental: relato de experiência. **Rev Esc Enferm USP**. v.38, n.2, p.190-6, 2004.

SADOCK, B.J., SADOCK, V.A. Transtornos do humor. In: Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007. p.572-629.

SAJATOVIC, M. et al. Treatment adherence with antipsychotic medications in bipolar disorder. **Bipolar Disord**, v.8, p. 232–241, 2006a.

SAJATOVIC, M. et al. Self-Reported Medication Treatment Adherence Among Veterans With Bipolar Disorder. **PSYCHIATRIC SERVICES** ps.psychiatryonline.org Vol. 57 No. 1., January , 2006b.

SAJATOVIC, M.; DAVIES, M.; HROUDA, D.R. Enhancement of Treatment Adherence Among Patients with Bipolar Disorder. **Psychiatr Serv.**, v.55, n.3, p.264-9, 2004.

SALLES, M.M.; BARROS, S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.1, p.73-81, 2007.

SANCHES, M.; JORGE, M.R. Transtorno afetivo bipolar: um enfoque transcultural. **Rev Bras Psiquiatr**. v.26, supl.3, p.54-6, 2004.

SANTIN, A.; CERÉSER, K.; ROSA, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 32, supl.1, p. 105-109, 2005.

SCHNEIDER, J.J. et al. Cognitive impairment in a Brazilian sample of patients with bipolar disorder. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.30, n.3, p. 209-14, 2008.

SCHRANK, G.; KANTORSKI, L. P. Ações de saúde mental desenvolvidas nos centros de atenção Psicossocial voltadas à família do portador de transtorno psíquico. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.5, n.3, p.203-212, set./dez. 2003.

SILVA, E.C. **O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde**: subsídios para o uso de dados secundários em psiquiatria e saúde mental. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2004.

SILVEIRA, L.M.C.; RIBEIRO, V.M.B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.91-104, set.2004/fev.2005.

SOUZA, F.G.M. Tratamento do transtorno bipolar - eutimia. **Rev psiquiatr clín.**, São Paulo, v.32, p.63-70, 2005.

SPADINI, L.S.; SOUZA, M.C.B.M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Rev Esc Enferm USP**, v.49, n.1, p.123-7, 2006.

STEFANELLI, M.C. et al. Psychoeducational Program: how patients with affective disorders and their families perceive it. **J. Affect. Disord.**, v.91, supl.1, p.91, 2006.

STEFANELLI, M.C.; MORENO, R.M. Intervenção psicoeducacional: orientação e educação em saúde mental. In: STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K.; ARANTES, E.C. (orgs.). **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. São Paulo: Manole, 2008. p. 281-295.

STUART, G.W. Terapia Cognitivo-Comportamental. In: STUART, G.W.; LARAIA, M.T. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p.278-293.

STUART, G.W. Respostas emocionais e Transtornos de Humor. In: STUART, G.W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática**. 6ed. Porto Alegre: Artmed, 2001, p. 380-437.

TOWSEND, M.C. Enfermagem Psiquiátrica: conceitos e cuidados. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N.A. Reivindicando a subjetividade dos usuários. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(1):80-88, jan-fev, 2004.

TRIVIÕES, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TSUCHIYA, K.J.; BYRNE, M.; MORTENSEN, P.B. - Risk Factors in Relation to an Emergence of Bipolar Disorder: A Systematic Review. **Bipolar Disord.**, v.5, p.231-242, 2003.

TUCCI, A.M.; KERR-CORRÊA, F.; DIAS, R.S. Social disability of Brazilian mood disorder patients. **Braz J Med Biol Res**, v.37, n.11, 2004.

TUCCI, A.M.; KERR-CORRÊA, F.; DIAS, R.S. Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 23, n. 2, p. 79-87, 2001.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, 2005. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 Set 2006.

VALLADARES, A. C. A.; LAPPANN-BOTTI, N. C.; MELLO, R.; KANTORSKI, L. P.; SCATENA, M. C. M. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 1 p. 04– 09, 2003. Disponível em www.fen.ufg.br/revista.htm

VECCHIA, M.D.; MARTINS, S.T.F. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. **Estudos de Psicologia**, v.11, n.2, p. 159-168, 2005.

VIEIRA, M. R, et al. Neurobiologia do transtorno de humor bipolar e tomada de decisão na abordagem psicofarmacológica. **Revista Psiquiátrica Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, v.25, n.1, p.88-105, abr. 2003.

ZUNG, S.P. **Estudo comparativo com ressonância magnética cerebral em idosos com Transtorno Afetivo Bipolar usuários ou não de lítio**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

WEISSMAN, M.M; BLAND, R.C.; CANINO, G.T. Crossnational epidemiology of major depression and bipolar disorder. **JAMA**, v.276, p.293-299, 1996.

ANEXO

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: “Grupo de Psicoeducação: implicações no cotidiano dos portadores de Transtorno Afetivo Bipolar”

Nome da Pesquisadora: Sarita Lopes Menezes

Nome da Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza

Convidamos o sr. (sra.) para participar desta pesquisa, que tem como finalidade identificar as implicações do grupo de psicoeducação no cotidiano dos portadores de Transtorno Afetivo Bipolar.

Portanto, solicitamos sua colaboração por responder algumas questões referentes ao tema a ser estudado. Para tal, realizaremos uma entrevista, que será gravada se assim for permitido. Sua participação é voluntária, sendo garantido o sigilo de suas informações. Poderá retirar-se do estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem quaisquer prejuízos. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa por meio do telefone da pesquisadora do projeto. Caso concorde em participar, uma cópia deste termo de consentimento lhe será fornecida.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Ao participar desta pesquisa o sr. (sra.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo ofereça informações sobre as implicações do grupo de psicoeducação no cotidiano dos portadores de Transtorno Afetivo Bipolar contribuindo para o enriquecimento do programa psicoeducacional e uma maior efetividade na prevenção de recaídas do Transtorno Afetivo Bipolar. Neste sentido, a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.

O sr. (sra.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto, preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Assinatura da Pesquisadora

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura da Orientadora

Assinatura do Participante da Pesquisa

CONTATO

Pesquisadora - Sarita Lopes Menezes: Rua Luciano Liso, 555, apto. 34 Jd. Americano; São José do Rio Preto/SP - (901517) 32189320 / (901517) 91064483

APÊNDICE B – Roteiro para Coleta de Dados

Sujeito Nº: _____

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Sexo : () masculino () feminino
2. Idade: _____
3. Estado Civil: () casado(a) () solteiro(a) () divorciado(a) () amasiado(a)
4. Escolaridade:
 - () analfabeto(a) () ensino fundamental completo () ensino fundamental incompleto
 - () segundo grau completo () segundo grau incompleto () ensino superior completo
 - () superior incompleto () outros _____
5. Número de filhos: _____
6. Profissão: _____
7. Ocupação atual: _____
8. Religião: _____
9. Há quanto tempo iniciaram os primeiros sintomas? _____
10. Há quanto tempo recebeu o diagnóstico de TAB? _____
11. Tratamentos psiquiátricos já realizados:
 - () Ambulatório de Saúde Mental () Hospital Psiquiátrico
 - () Consulta particular (médico psiquiatra) () CAPS _____
 - () Tratamento psicológico – Especificar (SUS, particular, comunitário, etc)
 - () Outros: _____
12. Tratamento psiquiátrico atual:
 - () Ambulatório de Saúde Mental () Hospital Psiquiátrico
 - () Consulta particular (médico psiquiatra) () CAPS _____
 - () Tratamento psicológico – Especificar (SUS, particular, comunitário, etc)
 - () Outros: _____
13. Número de internações psiquiátricas antes de iniciar a participação no Grupo de Psicoeducação para familiares e portadores de Transtorno Afetivo Bipolar: _____
14. Número de internações psiquiátricas após iniciar a participação no Grupo de Psicoeducação: _____
15. Número de Participações no Grupo de Psicoeducação: _____
16. Como ficou sabendo da existência do grupo de psicoeducação:
 - () cartaz nos serviços de saúde mental () reportagem na TV
 - () reportagem no jornal () convidado por algum profissional
 - () convidado por familiares/amigos () outro: _____

II. QUESTÕES NORTEADORAS

1. Conte-me sobre como é o seu dia a dia.
2. Como tem sido para você participar do grupo de psicoeducação?