UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TARCISO APARECIDO BATISTA

**Avaliação da eficácia da psicoeducação domiciliar individual em relação à
psicoeducação em grupo para pacientes com transtorno afetivo bipolar**

Ribeirão Preto

2019

TARCISO APARECIDO BATISTA

Avaliação da eficácia da psicoeducação domiciliar individual em relação à psicoeducação em grupo para pacientes com transtorno afetivo bipolar

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Promoção à Saúde Mental

Orientadora: Profa. Dra. Lucilene Cardoso

Co-orientador: Prof. Dr. Mário Francisco Juruena

Ribeirão Preto

2019

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

Batista, Tarciso Aparecido

Avaliação da eficácia da psicoeducação domiciliar individual em relação à psicoeducação em grupo para pacientes com transtorno afetivo bipolar. Ribeirão Preto, 2019.

171 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Promoção à Saúde Mental.

Orientadora: Cardoso, Lucilene.

Co-orientador: Jurema, Mário Francisco.

1. Transtorno afetivo bipolar. 2. Visita domiciliar. 3. Psicoeducação.

BATISTA, T. A. Avaliação da eficácia da psicoeducação domiciliar individual em relação à psicoeducação em grupo para pacientes com transtorno afetivo bipolar. 2019. 171 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Lucilene Cardoso por quem tenho uma profunda admiração, pelo apoio, orientação, por acreditar na proposta deste estudo, dando a oportunidade de aprimorar minha formação, mostrando-me que é possível promover uma articulação entre a área acadêmica e a assistência.

Ao Dr. Mário Francisco Juruena, pela generosidade de ter aceito orientar-me no mestrado e agora pelo apoio e confiança, como Co-orientador no doutorado.

A Amanda, com amor e carinho, com seu caráter metódico e detalhista ajudou-me muito na organização e execução deste trabalho, ajudou a criar sentido quando as coisas pareciam não o ter.

A Juceli pela amizade e cumplicidade que contribuíram para a construção deste estudo.

Aos meus colegas do CAPS III, pelo carinho e convívio diário. Foi neste cenário, onde compartilhamos angústias, dramas e conquistas, que encontrei o propósito e motivação necessários para a realização dos meus anseios profissionais.

Ao Prof. Dr. Sinval Avelino dos Santos e Profa. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera, que gentilmente aceitaram participar da Banca de Qualificação e contribuíram com inestimáveis sugestões.

A Aline e Enio pelo tempo e cuidado que dedicaram ao meu trabalho, pelo belíssimo trabalho de revisão de texto que com esmero ajudou a lapidar esta tese.

Aos pacientes, motivadores e protagonistas deste trabalho, por terem generosamente compartilhado suas histórias de vida, medos e anseios e dedicado parte do seu tempo para participarem dos grupos ou me receberem em suas residências de forma tão acolhedora. Por confiarem e acreditarem que este trabalho poderia contribuir para a melhoria da assistência em saúde mental.

*“E encontrei tanto liberdade como segurança em minha loucura:
A liberdade da solidão e a segurança de não ser compreendido,
pois aquele que nos compreende escraviza alguma coisa em nós”.*

Gibran Khalil Gibran

RESUMO

BATISTA, T. A. **Avaliação da eficácia da psicoeducação domiciliar individual em relação à psicoeducação em grupo para pacientes com transtorno afetivo bipolar**. 2019. 171 f.

Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Introdução: Vários ensaios clínicos têm demonstrado a alta eficácia de programas para a prevenção de recaídas com base na psicoeducação, estando esta intervenção psicossocial entre as mais amplamente estudadas. Trata-se de uma intervenção bastante útil para o sistema de saúde público brasileiro, considerando sua curta duração, baixo custo e fácil execução por profissionais de saúde. Evidências indicam o formato de grupo com boa aplicabilidade, porém há uma carência de estudos que comprovem a eficácia da psicoeducação em visitas domiciliares. **Objetivo:** Avaliar a eficácia da Psicoeducação Domiciliar na recuperação sintomática, funcional e na adesão ao tratamento de indivíduos com TAB de médio e longo prazo, em comparação com a Psicoeducação Grupal. **Metodologia:** Estudo *follow up*, randomizado, controlado, com 45 pacientes portadores de TAB tipo I ou II, de acordo com os critérios do DSM-V TR; com pontuação ≤ 17 na Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) e ≤ 15 na Escala de Mania de Young (YOUNG). A distribuição dos sujeitos em três grupos foi feita por meio de randomização estratificada. O grupo de Intervenção Domiciliar (ID), composto por 15 pacientes, recebeu, além do tratamento farmacológico, visitas domiciliares com intervenção psicoeducacional. O grupo de Intervenção em Grupo (IG), composto por 15 pacientes, recebeu, além do tratamento farmacológico, abordagem psicoeducacional em formato de grupo realizada no serviço de saúde mental. O Grupo Controle (GC), composto por 15 pacientes, recebeu apenas o tratamento farmacológico padrão, sem intervenção psicoeducacional. Os instrumentos de avaliação utilizados foram a escala de HAM-D para sintomas de depressão, e YOUNG para sintomas de mania. A escala para avaliar a recuperação funcional foi a WHOQOL-brief. Para avaliação de níveis de estresse percebido, foi utilizada a Escala de Estresse Percebido (EEP). Além disso, utilizou-se, para avaliar a adesão medicamentosa, a Escala de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) e avaliação dos níveis plasmáticos de medicamentos. **Resultados:** Ao final do estudo, o grupo de intervenção domiciliar apresentou melhores taxas de adesão medicamentosa, quando comparado aos outros grupos do estudo ($p=0,02$). O efeito da psicoeducação, na ID e na IG, com relação à diminuição das taxas de recaídas, foi altamente notável no seguimento de 12 meses quando comparados ao

GC ($p=0,03$ e $p=0,02$ respectivamente). ID e IG apresentaram elevação dos escores de qualidade de vida com significância estatística, enquanto o GC apresentou queda significativa dos escores do início do estudo e após 12 meses de seguimento. **Conclusão:** A Psicoeducação Domiciliar apresentou-se mais eficaz na adesão medicamentosa que a Psicoeducação Grupal e o tratamento usual. Ainda, o presente estudo evidenciou que a Psicoeducação em seu formato domiciliar individual e em seu formato de grupo, realizado no serviço de saúde mental, apresenta eficácia na prevenção de recaídas e recorrências, na melhora da qualidade de vida e na melhora da adesão medicamentosa em pacientes com TAB, em comparação com o Grupo Controle.

Palavras-chaves: Transtorno Afetivo Bipolar. Visita domiciliar. Psicoeducação.

ABSTRACT

BATISTA, T. A. **Evaluation of effectiveness of individual psychoeducation household compared to the psychoeducation group therapy for patients with bipolar affective disorder**. 2019. 171 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Introduction: Several clinical trials have demonstrated the high effectiveness of psychoeducation-based programs designed to prevent relapse, this being the psychosocial intervention more widely studied. This is a very useful intervention for the Brazilian public health system, considering its short duration, low cost and easy execution by health professionals. Signs indicate that the group format has good applicability, however there is a lack of studies that prove the effectiveness of psychoeducation in home visits. **Aim:** To evaluate the effectiveness of Domiciliary Psychoeducation in symptomatic, functional recovery, and adherence to the treatment of individuals with Bipolar Affective Disorder in medium and long term, compared to psychoeducation group therapy performed in the mental health service. **Methodology:** This is a randomized, controlled, follow up study, with 45 patients with bipolar I or II, according to the DSM-V TR; with score ≤ 17 on the Hamilton Depression Scale (HAM-D) and ≤ 15 on the Young Mania Scale (YOUNG). The distribution of patients in three groups was made by using of stratified randomization. The Domiciliary Intervention group (DI), consisting of 15 patients who received in addition to pharmacological treatment, home visits with psychoeducational intervention. The Intervention Group (IG), composed of 15 patients who received in addition to the pharmacological treatment, a psychoeducational approach in a group format, performed in mental health service. The Control Group (CG), composed of 15 patients who received only standard pharmacological treatment, without psychoeducational intervention. The assessment instruments used were the HAM-D scale for depression symptoms, and the YOUNG scale for mania symptoms. The WHOQOL-Brief scale was used to assess functional recovery. Perceived Stress Scale (PSS) was used to measure perceived stress levels. To evaluate drug adherence, the Treatment Adherence Instrument (MAT) was used as measure the evaluation of plasma levels of medications. **Results:** At the end of the study, the DI had better rates of drug adherence when compared to the other study groups ($p = 0.02$). The effect of psychoeducation on DI and IG in relation to decreased relapse rates was highly evident at 12 months follow up, when compared to CG ($p = 0.03$ and $p = 0.02$, respectively). The DI and IG presented an increase in quality of life scores with statistical

significance, while the CG showed an expressive decrease in the scores at the beginning of the study and after 12 months of follow-up. **Conclusion:** The Domiciliary Psychoeducation was more effective in drug adherence than group psychoeducation and treatment as usual. Furthermore, the present study showed that Psychoeducation in its individual domiciliary format and in its group format, carried out in mental health service, presents effectiveness in prevention of relapses and recurrences, as well as in the improvement of quality of life and in the improvement of medication adherence in patients with bipolar affective disorder, when compared to the Control Group.

Keywords: Bipolar Affective Disorder. Home visits. Psychoeducation.

RESUMEN

BATISTA, T. A. **Evaluación de la efectividad de la psicoeducación domiciliaria individual en relación a la psicoeducación en grupo para pacientes con trastorno afectivo bipolar.** 2019. 171 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Introducción: Varios ensayos clínicos tienen demostrado la alta efectividad de programas para la prevención de recaídas con base en la psicoeducación, estando esta intervención psicosocial entre las más ampliamente estudiadas. Se trata de una intervención bastante útil para el sistema de salud público brasileño, considerando su corta duración, bajo costo y fácil ejecución por profesionales de salud. Evidencias indican el formato de grupo con buena aplicabilidad, pero hay una carencia de estudios que demuestren la efectividad de la psicoeducación en visitas domiciliarias. **Objetivo:** Evaluar la efectividad de la Psicoeducación Domiciliaria en la recuperación sintomática, funcional y adhesión al tratamiento de individuos con Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), en tratamiento farmacológico patrón, comparados a la Psicoeducación Grupal realizada en el servicio de salud mental. **Metodología:** Estudio *follow up*, aleatorizado, controlado, con 45 pacientes portadores de TAB tipo I o II, de acuerdo con los criterios del DSM-V TR; con puntuación ≤ 17 en la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D) y ≤ 15 en la Escala de Manía de Young (YOUNG). La distribución de los sujetos en tres grupos fue hecha por medio de aleatorización estratificada. El grupo de Intervención Domiciliaria (ID), compuesto por 15 pacientes, recibió, además del tratamiento farmacológico, visitas domiciliarias con intervención psicoeducacional. El grupo de Intervención en Grupo (IG), compuesto por 15 pacientes, recibió, además del tratamiento farmacológico, abordaje psicoeducacional en formato de grupo realizado en el servicio de salud mental. El Grupo Control (GC), compuesto por 15 pacientes, recibió apenas el tratamiento farmacológico patrón, sin intervención psicoeducacional. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron la escala de HAM-D para síntomas de depresión, e YOUNG para síntomas de manía. La escala para evaluar la recuperación funcional fue la WHOQOL-brief. Se utilizó, para evaluar la adhesión medicamentosa, la Escala de Adhesión al Tratamiento (MAT) y evaluación de los niveles plasmáticos de medicinas. **Resultados:** Al final del estudio, el grupo de intervención domiciliaria presentó mejores tasas de adhesión medicamentosa, cuando comparado a los otros grupos de estudio ($p=0,02$). El efecto de la Psicoeducación, en la ID y en la IG, con relación a

la disminución de las tasas de recaídas, fue altamente notable en el seguimiento de 12 meses cuando comparados al GC ($p=0,03$ y $p=0,02$ respectivamente). ID e IG presentaron elevación de los escores de calidad de vida con significancia estadística, mientras el GC presentó caída significativa de los escores del inicio del estudio y después 12 meses de seguimiento.

Conclusión: La Psicoeducación Domiciliaria se presentó más efectiva en la adhesión medicamentosa que la Psicoeducación Grupal y el tratamiento usual. Todavía, el presente estudio ha evidenciado que la Psicoeducación en su formato domiciliario individual y en su formato de grupo, realizado en el servicio de salud mental, presenta efectividad en la prevención de recaídas y recurrencias, en la mejora de la calidad de vida y en la mejora de la adhesión medicamentosa en pacientes con TAB, en comparación con el Grupo Control.

Palabras-claves: Trastorno Afectivo Bipolar. Visita domiciliaria. Psicoeducación.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	antes de Cristo
ANOVA	Análise de Variância
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CANMAT	Rede Canadense de Tratamento do Humor e Ansiedade
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EMADs	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAPs	Equipes de Apoio
GC	Grupo Controle
GEE	<i>Generalized Estimating Equations</i>
HAM-D	Escala de Depressão de Hamilton
ID	Grupo de Intervenção Domiciliar
IG	Grupo de Intervenção em Grupo
MAT	Medida de Adesão ao Tratamento
OMS	Organização Mundial da Saúde
EEP	Escala de Estresse Percebido
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHOQOL-bref	Escala de Qualidade de Vida
YOUNG	Escala de Mania de Young

LISTA DE SÍMBOLOS

d.f.	Graus de liberdade
n	Número de sujeito na amostra
®	Marca registrada
<i>p</i>	Nível de significância estatística
<i>t</i>	Teste t-student
χ^2	Chi-square

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição de frequência quanto a características sociodemográficas de pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação atendidos um CAPS, 2018.....	66
Tabela 2 –	Distribuição de frequência quanto a características clínicas pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação atendidos num CAPS, 2018.....	68
Tabela 3 –	Distribuição de frequência quanto ao número de recaídas por depressão ou mania nos três grupos de pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, ao longo do tempo, 2018.	70
Tabela 4 –	Número de pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação que abandonaram o estudo nos três grupos ao longo do tempo, 2018.	71
Tabela 5 –	Escore médio de manifestação de sintomas de depressão pelos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, dentro de cada grupo, ao longo do tempo, 2018.....	72
Tabela 6 –	Comparação da manifestação de sintomas depressivos segundo escala de HAM-D dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, dentro de cada grupo dentro de cada grupo, ao longo do tempo, 2018.	73
Tabela 7 –	Comparação entre os grupos da manifestação de sintomas depressivos segundo escala de HAM-D dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, em cada tempo, 2018.....	74
Tabela 8 –	Manifestação de sintomas de mania pelos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, dentro de cada grupo, ao longo do tempo, 2018.....	76
Tabela 9 –	Comparação da manifestação de sintomas de mania segundo escala YOUNG, dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, entre os tempos, dentro de cada grupo, 2018.....	77
Tabela 10 –	Comparação da manifestação de sintomas de mania pelos pacientes com TAB, entre os três grupos ao longo do tempo, 2018.	78
Tabela 11 –	Relação da idade do primeiro episódio da doença, o número de episódios da doença e a escala de estresse percebido, associados aos sintomas depressivos dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, 2018.....	80

Tabela 12 –	Relação da idade do primeiro episódio da doença, o número de episódios da doença e a escala de estresse percebido, associados aos sintomas de mania dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, 2018.....	80
Tabela 13 –	Qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-bref dentro de cada grupo, ao longo do tempo - Domínio Físico , 2018.	81
Tabela 14 –	Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-bref em cada grupo ao longo do tempo – Domínio Físico , 2018.	81
Tabela 15 –	Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-bref entre os três grupos ao longo do tempo – Domínio Físico , 2018.....	82
Tabela 16 –	Relação entre a idade do primeiro episódio, o número de episódios da doença, a EEP e qualidade de vida avaliada pela escala WHOQOL-bref - Domínio Físico , dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, 2018.....	84
Tabela 17 –	Qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-bref dentro de cada grupo, ao longo do tempo - Domínio Psicológico , 2018.....	84
Tabela 18 –	Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-bref em cada grupo ao longo do tempo – Domínio Psicológico , 2018.	85
Tabela 19 –	Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-bref entre os três grupos ao longo do tempo – Domínio Psicológico , 2018.....	86
Tabela 20 –	Relação entre a idade do primeiro episódio, o número de episódios da doença, a EEP e a qualidade de vida avaliada pela escala WHOQOL-bref - Domínio Psicológico dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, 2018.....	87
Tabela 21 –	Qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-bref, dentro de cada grupo, ao longo do tempo - Domínio Social , 2018.	88

Tabela 22 – Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-bref em cada grupo ao longo do tempo – Domínio Social , 2018.	88
Tabela 23 – Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-bref entre os três grupos ao longo do tempo – Domínio Social , 2018.	89
Tabela 24 – Relação entre a idade do primeiro episódio, o número de episódios da doença, a EEP e a qualidade de vida avaliada pela escala WHOQOL-bref - Domínio Social , 2018.	90
Tabela 25 – Qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-bref, dentro de cada grupo, ao longo do tempo – Domínio Ambiental , 2018.....	91
Tabela 26 – Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-bref em cada grupo ao longo do tempo – Domínio Ambiental , 2018.	92
Tabela 27 – Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-bref entre os três grupos ao longo do tempo – Domínio Ambiental , 2018.....	93
Tabela 28 – Relação entre a idade do primeiro episódio, o número de episódios da doença, a EEP e a qualidade de vida avaliada pela escala WHOQOL-bref - Domínio Ambiental dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, 2018.....	94
Tabela 29 – Estresse percebido dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo Escala de Estresse Percebido, dentro de cada grupo, ao longo do tempo, 2018.	95
Tabela 30 – Comparação dos escores da Escala de Estresse Percebido dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, entre os tempos, dentro de cada grupo, 2018.	96
Tabela 31 – Comparação dos escores de estresse Percebido dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, entre os três grupos ao longo do tempo, 2018.....	96
Tabela 35 – Adesão medicamentosa avaliada pela Escala de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, nos três grupos ao longo do tempo, 2018.....	98

Tabela 33 – Comparação da adesão medicamentosa - dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, em cada grupo ao longo do tempo, 2018.....	99
Tabela 34 – Comparação da adesão medicamentosa - dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, entre os grupos, ao longo do tempo, 2018.....	99
Tabela 35 – Relação entre estresse percebido e adesão medicamentosa dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, entre os Grupos Controle, Intervenção Domiciliar e Intervenção em Grupo, 2018.....	100

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Número de pacientes que recaíram ou abandonaram o estudo durante as fases de intervenção e acompanhamento	69
-------------------	---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Número de pacientes com TAB que apresentaram recaída sintomática de mania ou depressão nos três grupos em tratamento padrão e Psicoeducação ao longo do tempo.....	70
Gráfico 2 –	Número de pacientes que abandonaram o estudo durante as fases de intervenção (T1-T2) e acompanhamento (T3-T4)	71
Gráfico 3 –	Comparação da manifestação de sintomas depressivos pelos pacientes com TAB, segundo escala de HAM-D entre os três grupos, ao longo do tempo	75
Gráfico 4 –	Comparação da manifestação de sintomas depressivos pelos pacientes com TAB, segundo escala YOUNG entre os três grupos, ao longo do tempo.....	79
Gráfico 5 –	Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB, segundo escala WHOQOL-bref entre grupos ao longo do tempo – Domínio Físico	83
Gráfico 6 –	Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-bref entre os três grupos ao longo do tempo – Domínio Psicológico.....	86
Gráfico 7 –	Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-bref entre os três grupos ao longo do tempo – Domínio Social	90
Gráfico 8 –	Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-bref entre os três grupos ao longo do tempo – Domínio Ambiental	94
Gráfico 9 –	Comparação dos escores de estresse segundo Escala de Estresse Percebido entre os três grupos ao longo do tempo	97
Gráfico 10 –	Comparação dos níveis de dosagem terapêutica medicamentosa dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, entre os três grupos ao longo do tempo.....	100

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Objetivos da Psicoeducação segundo Colom, Vieta e Scott (2006)	43
Quadro 2 –	Versão reduzida de um programa de Psicoeducação para pacientes com TAB de acordo com Colom, Vieta e Scott (2006).....	44
Quadro 3 –	Revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados utilizando a Psicoeducação para o transtorno bipolar.....	47

SUMÁRIO

MOTIVAÇÃO DO ESTUDO	24
1 INTRODUÇÃO	27
2 MARCO TEÓRICO.....	31
2.1 Humor.....	31
2.2 Transtorno Afetivo Bipolar (TAB).....	32
2.2.1 Critérios diagnósticos	34
2.3 Tratamento farmacológico e adesão	35
2.3.1 Adesão ao tratamento	37
2.3.2 Mensuração da adesão terapêutica	38
2.4 Promoção de Saúde	39
2.5 Psicoeducação	40
2.5.1 A evolução da psicoeducação para o transtorno bipolar	41
2.5.2 Desafios e perspectivas da psicoeducação	44
2.6 Revisão de literatura sobre a psicoeducação no tratamento do TB	46
2.7 Assistência domiciliar	51
2.7.1 Assistência domiciliar e o enfermeiro	53
3 OBJETIVOS	55
3.1 Geral	55
3.2 Específicos.....	55
4 HIPÓTESE.....	57
5 METODOLOGIA.....	59
5.1 Aspectos éticos	59
5.2 Desenho do estudo.....	59
5.3 Local.....	59
5.4 Critérios de inclusão	59
5.5 Critérios de exclusão	60

5.6 Sujeitos	60
5.7 Instrumentos de avaliação	60
5.8 Procedimentos	62
5.9 Análise estatística	63
6 RESULTADOS	66
6.1 Descrição da amostra.....	66
6.2 Sintomas de depressão e mania avaliados pela escala Hamilton e Young.....	72
6.3 Qualidade de vida avaliada pela escala WHOQOL-bref.....	80
6.4 Estresse percebido avaliado pela escala EEP entre pacientes com TAB em tratamento padrão e psicoeducação	94
6.5 Adesão medicamentosa avaliada pela escala MAT e dosagem sérica	98
7 DISCUSSÃO	102
7.1 Eficácia da psicoeducação na sintomatologia de mania e depressão	104
7.2 Eficácia da psicoeducação na qualidade de vida.....	106
7.3 Eficácia da psicoeducação na adesão farmacológica	108
7.4 Eficácia da psicoeducação no estresse percebido.....	109
8 CONCLUSÃO.....	113
REFERÊNCIAS	116
APÊNDICES	133
ANEXOS	137

MOTIVAÇÃO DO ESTUDO

MOTIVAÇÃO DO ESTUDO

As motivações para o atual estudo surgiram de minha inquietação pessoal, construída por vivências profissionais com pacientes portadores de transtornos mentais e do desenvolvimento de minha dissertação de mestrado.

Em minha prática profissional no serviço de saúde mental, pude identificar os benefícios da psicoeducação na qualidade de vida e autonomia dos pacientes. Ao desenvolver a dissertação de mestrado, percebi que, apesar de já comprovada a eficácia da psicoeducação na modalidade de grupo, realizada nas instituições de saúde, estão presentes algumas dificuldades – principalmente no sistema público de saúde brasileiro, em que a carência de recursos é realidade – que se apresentaram a mim com alguns impasses evidentes, por exemplo, a necessidade de uma sala adequada para realização das sessões do grupo e pacientes que param de frequentar sessões antes do final do programa.

Nesse sentido, de acordo com minhas reflexões pessoais e busca na literatura, pude constatar que uma possível intervenção, que pudesse contribuir para amenizar essas dificuldades, seria a Psicoeducação Domiciliar (intervenção psicoeducacional realizada nas residências dos pacientes), que visa, entre outros objetivos, preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território por meio de uma participação ativa do profissional de saúde no convívio familiar de seus clientes, reforçando o modelo biopsicossocial da psiquiatria comunitária. A modalidade constitui-se como uma nova forma de tratar os portadores de transtornos mentais na comunidade, sem os afastar da sua família, realizando verdadeira busca ativa dos pacientes, mantendo-os na comunidade em que se encontram inseridos (RICH et al., 1995).

Com isso, há a descentralização da assistência focada somente no interior dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próxima do ambiente natural das pessoas e a facilitar uma maior participação dos pacientes e das suas famílias. Após realização de revisão sistemática da literatura sobre a temática, evidenciou-se a ausência de estudos que abordassem a modalidade de psicoeducação individual realizada por meio de visitas domiciliares. Frente a tal fato, em meu mestrado, avaliei a eficácia dessa intervenção, por meio de um programa breve de Psicoeducação Domiciliar com 30 pacientes, divididos em dois grupos (controle e experimental), sendo que o grupo experimental recebeu vistas domiciliares com psicoeducação e o grupo controle apenas visitas domiciliares sem a abordagem psicoeducativa.

Foi observada nesse estudo uma melhora significativa da adesão ao tratamento medicamentoso, tendo evidenciado que, no grupo controle, a média de adesão ao tratamento medicamentoso foi de 46,7%, mantendo-se assim até o final da pesquisa. No grupo experimental, identificou-se que 60% estavam aderentes antes da Psicoeducação Domiciliar e que, no final do estudo, houve um aumento da aderência para 93,3%, apresentando-se assim uma melhora significativa na adesão dos participantes da psicoeducação. No entanto, naquele estudo, como não foi realizado seguimento aos pacientes após seu término, a exemplo de alguns ensaios clínicos que tiveram acompanhamento de 6 meses a 1 ano, não foi possível verificar se a Psicoeducação Domiciliar teve um impacto positivo na recuperação sintomática e funcional a médio e longo prazo (BATISTA, 2013).

Diante do exposto e compreendendo que o formato da Psicoeducação em Grupo tem sido utilizado em vários estudos, bem como o fato de os resultados do estudo de 2013 terem evidenciado a eficácia da psicoeducação em visitas domiciliares, necessitando apenas de um seguimento após a intervenção, no presente estudo foi desenvolvida uma investigação direcionada a comparar os benefícios da Psicoeducação Domiciliar individual em relação à modalidade de Psicoeducação em grupo realizada na instituição de saúde mental.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Psicoeducação consiste em uma intervenção psicoterapêutica complexa de promoção, prevenção e educação em saúde, que relaciona instrumentos pedagógicos e psicológicos, objetivando o ensino do paciente e seus cuidadores sobre sua patologia e seu tratamento, voltada aos âmbitos cognitivo, comportamental e social do indivíduo, buscando promover autonomia em seu cuidado em saúde (LEMES, 2017).

Entre os objetivos da Psicoeducação, está a importante função de interpretar e traduzir a linguagem científica utilizada pelos profissionais de saúde para uma linguagem comum e cotidiana, que possa ser compreendida pelos pacientes, facilitando seu entendimento sobre o transtorno e seus tratamentos. Para estudiosos, o insight da doença, resultante do aumento do conhecimento, permite ao paciente lidar de maneira mais eficaz com ela, implicando em uma mudança de comportamento, habilidade ou atitude em relação ao tratamento. Além disso, a Psicoeducação auxilia o indivíduo no enfrentamento dos estigmas relacionados ao transtorno (MENEZES; SOUZA, 2011; CUHADAR; CAM, 2014).

A Psicoeducação, há algum tempo, tem se confirmado como uma importante possibilidade terapêutica e profilaxia adjuvante no Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), sendo um tratamento adicional à farmacoterapia que, com informações adequadas, permite que os pacientes compreendam o transtorno, melhorem sua percepção da doença, aumentando a capacidade de gerenciar seu distúrbio, além de participar ativamente do planejamento de seu tratamento e de estratégias de enfrentamento. A falta de informação impede o envolvimento do paciente na elaboração de seu plano de cuidado, pois precisa ser apoiado para participar do processo de tomada de decisão. Um estudo evidenciou que 55% dos pacientes com transtorno bipolar não possuem um plano de cuidados; dos 45% que o fazem, 17% não o entendem. (STAFFORD; COLOM, 2013).

Sabe-se que o TAB é uma doença crônica grave, que acarreta diversas consequências na vida dos pacientes. Estima-se que, entre pessoas de 10 a 24 anos, o transtorno ocupe o sexto lugar entre as causas principais de anos de vida ajustados por incapacidade mundialmente, e é mais comum em países de renda elevada, se comparados a países de baixa renda (WOODS, 2000; KESSLER et al., 2007; MERIKANGAS; LAMERS, 2012; WHITEFORD et al., 2013; *AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION* (APA), 2014; MCDONALD et al., 2015; FARIDHOSSEINI et al., 2017). Ainda, de acordo com Ferrari et al. (2016), o transtorno representa a 16ª doença com mais anos perdidos por incapacidade no mundo.

A prevalência do TAB é estimada entre 1% a 2% da população mundial, sendo 0,6% a prevalência para o TAB tipo I e 0,4% para o TAB tipo II. A prevalência conjunta das duas classificações é estimada em 1,2%. Há, na literatura, uma dificuldade em definir taxas de prevalência internacionais do transtorno, pois existe uma escassez de dados pautados em metodologia comparável para geração confiável de taxas (MERIKANGAS et al., 2011).

O enfermeiro, como integrante da equipe multiprofissional, tem desenvolvido ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde para pacientes com transtornos mentais. Dentre as atribuições de planejamento, organização e coordenação que competem ao enfermeiro, pode ser uma ferramenta adicional e valiosa a elaboração de programas educacionais com o objetivo de fornecer aos pacientes e familiares informações relevantes a respeito de seu transtorno e tratamento para prevenção de recaídas e recorrências (KURDAL; TANRIVERDI; SAVAŞ, 2014).

Além disso, para a enfermagem, a utilização de intervenções pautadas na Psicoeducação podem ser úteis na melhora da habilidade, na realização de entrevistas e explicações sobre doenças e tratamentos para os usuários dos serviços de saúde. Podem, ainda, auxiliar na melhora do desenvolvimento da observação clínica e formação de alianças terapêuticas de trabalho do enfermeiro (LANG, 2011). Devido ao desenvolvimento crescente da capacitação e da experiência profissional adquirida pelo enfermeiro na área de saúde mental, pode-se afirmar que esses profissionais possuem papel importante na utilização de intervenções psicossociais em seus ambientes de prática profissional, bem como na realização de estudos de alta qualidade sobre o tema (CROWE et al., 2010). Nos últimos anos, têm sido desenvolvidos diversos estudos com bom desenho metodológico, utilizando abordagens psicoeducacionais, conduzidas por enfermeiros (BATISTA, 2013; KURDAL; TANRIVERDI; SAVAŞ, 2014; GUMUS; BUZLU; CAKIR, 2015, 2017).

Diante do exposto, as evidências científicas indicam programas de Psicoeducação como eficazes para a prevenção de recaídas, estando esta intervenção psicossocial entre as mais amplamente estudadas. O seu formato de grupo tem sido frequentemente utilizado, tendo demonstrado boa aplicabilidade e baixo custo. Porém, ainda é necessária a realização de estudos que comprovem a eficácia da Psicoeducação em visitas domiciliares em comparação com a Psicoeducação no formato de grupo, bem como sua eficácia a longo prazo.

Nesse sentido, este estudo tem a finalidade de contribuir para o aperfeiçoamento da utilização dessa intervenção pela enfermagem e equipe multiprofissional, contribuindo, assim, para qualificação da assistência em saúde mental e consolidação da Psicoeducação como prática baseada em evidências. O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia da Psicoeducação

Domiciliar na recuperação sintomática, funcional e na adesão ao tratamento de indivíduos com TAB de médio e longo prazo, em comparação com a Psicoeducação Grupal.

2 MARCO TEÓRICO

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Humor

Diz-se é perigoso a gente ser feliz...
Chico Buarque e Edu Lobo

A palavra humor, que vem do latim *humore* (líquido), é definida de acordo com Dalgalarrodo (2008), como estado emocional basal e difuso em que se encontra a pessoa em determinado momento, que amplia ou reduz o impacto das experiências reais e também pode modificar a natureza e o sentido das experiências vivenciadas.

As primeiras compreensões dos humores datam do século VI a.C., postuladas na medicina humoral grega por Hipócrates e Galeno. O *Corpus Hipocraticum*, citado pelos mesmos, estabelecia uma relação entre os quatro humores do corpo (bile amarela, bile negra, sangue e fleuma) com suas qualidades (quente, frio, seco, molhado), com o equilíbrio do corpo e da saúde. Naquela época, acreditava-se que esses quatro fluidos secretados pelo corpo eram responsáveis por regular o estado emocional e a saúde física das pessoas.

De acordo com essa vertente, os temperamentos de pessoas saudáveis poderiam estar divididos em melancólicos, biliosos, sanguíneos e fleumáticos, sendo a aparência física representada pela cor do corpo do indivíduo, que era modificada de acordo com o humor que o compunha. Portanto, a saúde foi considerada um produto do equilíbrio proporcionado caoticamente por esses quatro humores, que doutrinavam a composição corporal do indivíduo. Um indivíduo doente, para a teoria de Hipócrates, apresentava um desequilíbrio desses quatro humores (LAIOS et al., 2012; MORONG; BRANGIER, 2017). Tal conceito perdurou nos conhecimentos de medicina até a Era Moderna na Europa, entre os séculos XV e XVII a.C. e foi se modificando com os avanços científicos e tecnológicos (MORONG; BRANGIER, 2017).

De acordo com estudos, os conceitos de humor, afeto e emoção são, frequentemente, confundidos entre si. Na literatura científica e na prática clínica da psiquiatria, porém, apresentam particularidades e especificidades, que serão explanadas a seguir. O humor é um estado afetivo, assim como as emoções, mas, diferentemente das emoções (que são reações intensas, breves e direcionadas a um estímulo), os humores são considerados mais difusos, menos intensos e independem de um objeto, pessoa ou evento desencadeador. Ou seja, as emoções são reações agudas, como a raiva, a tristeza, o medo e a alegria, enquanto a ansiedade, a depressão, a irritação (ou “mau humor”) e a felicidade poderiam ser classificados como humores (BALDAÇARA et al., 2007; BERRIOS, 2012).

O humor é o traço afetivo que acompanha as experiências do indivíduo desde os tempos primórdios, atuando como importante fator adaptativo, utilizado para modificar as vivências humanas em natureza e sentido. A partir de influências internas e externas que podem ser neurobiológicas, sociais e ambientais, o humor sofrerá oscilações que o tornarão um sistema eficiente de socialização e de sobrevivência. Isso fará com que a pessoa interaja de forma mais eficaz com as circunstâncias do meio. Como um traço afetivo, o humor permeia as experiências dos indivíduos, podendo modificar a forma como vivemos. Por exemplo, em intensa instabilidade ambiental, o humor é responsável por fazer com que consigamos interagir de forma mais eficaz com as circunstâncias do meio (SIQUARA, 2017). Para o presente estudo, foi adotado como conceito de humor, o estado basal das emoções do indivíduo, sendo composto por características subjetivas (relatadas pelo indivíduo) e objetivas (observadas por terceiros), sem necessidade de um objeto específico ao qual se direcione. Já o afeto, foi definido como a expressão das emoções do indivíduo frente a um objeto específico. Ou seja, o afeto refere a estados emocionais passageiros, variando conforme o conteúdo do pensamento e o contexto em que se encontra o paciente. A emoção, por sua vez, caracteriza-se como expressões corporais demonstradas pelo indivíduo conforme seu humor e afeto, experimentados em situações específicas (BALDAÇARA et al., 2007; BERRIOS, 2012).

2.2 Transtorno Afetivo Bipolar (TAB)

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é um transtorno mental, crônico, grave e incapacitante, caracterizado por um quadro de humor que não responde às situações ambientais de maneira adequada (FARIDHOSSEINI et al., 2017; YATHAM et al., 2018). Os indivíduos acometidos pelo transtorno apresentam oscilações entre episódios de mania e/ou hipomania, comumente alternados com períodos de depressão ao longo da vida.

De acordo com a literatura, o transtorno geralmente se manifesta ao final da adolescência e início da vida adulta, com idade média de 25 anos. Estudos propõem que os indivíduos com TAB podem ser divididos em três subgrupos, de acordo com a idade de início do transtorno. São eles: ‘início precoce’, ‘início intermediário’ e ‘início tardio’, podendo variar na idade de acordo com o país e a população estudada (BAUER et al., 2015).

Embora bem descrito na literatura, as origens e o desenvolvimento do transtorno do humor não são bem conhecidas. Porém, sabe-se que é determinado por uma disfunção mental, gerada pela combinação da predisposição genética, estressores de vida e vulnerabilidade psicológica (MALHI et al., 2015). Portanto, as etiologias são multifatoriais e pesquisas

evidenciam relação com um distúrbio bioquímico e instabilidade na transmissão de impulsos nervosos no cérebro, tornando as pessoas com esse problema mais vulneráveis a tensões emocionais, físicas e sociais (CHEN et al., 2010; ATAGÜN et al., 2018).

As alterações do humor que caracterizam o transtorno, sua complexidade e severidade, acarretam comprometimento social, interpessoal e ocupacional do indivíduo, influenciando diretamente suas relações, suas formas de enfrentamento de problemas e sua percepção de mundo. Estudos demonstram que os pacientes portadores de TAB permanecem 40% a 50% de seu tempo doentes (FORTE et al., 2015). Além disso, uma vez que o transtorno manifesta seus sintomas no início da vida produtiva, ocasionando maiores limitações nas esferas social, cognitiva e de produtividade no trabalho, os portadores do transtorno possuem diversos prejuízos na atividade laboral e maiores índices de desemprego. De acordo com a APA (2014), 30% dos indivíduos com TAB apresentam considerável prejuízo no funcionamento profissional. Ainda, o transtorno é responsável por prejuízos do sono, diminuição da qualidade de vida, irritabilidade, gastos excessivos e desgastes em relações interpessoais (SHIPPEE et al., 2011; SIQUARA, 2017).

Cabe ressaltar que estudos nacionais e internacionais apontam que os comprometimentos gerados pelo TAB podem contribuir para consequências mais graves como o suicídio. Sendo o risco de suicídio no TAB maior que em qualquer outro transtorno mental e 15 vezes maior que na população geral (GOODWIN; *CONSENSUS GROUP OF THE BRITISH ASSOCIATION FOR PSYCHOPHARMACOLOGY*, 2009; APA, 2014). Estima-se que entre 30 e 40% dos pacientes bipolares apresentam ideação suicida, aproximadamente 25% realizam alguma tentativa de suicídio e 11% atingem o desfecho de óbito (NOVICK; SWARTZ; FRANK, 2010; NORDENTOFT; MORTENSEN; PEDERSEN, 2011). De acordo com Schaffer et al. (2015) e Webb et al. (2014), 6% a 7% de indivíduos com TAB morrem por suicídio, sendo que o risco de suicídio é de 10,7 por 100.000/ano (consideravelmente maior que na população geral). Segundo a APA (2014), o percentual de dias passados em depressão no ano anterior, e história de tentativas de suicídio prévias estão associados ao maior risco de tentativas de suicídio e sucesso nas mesmas.

De acordo com revisão sistemática realizada por Kessing e Andersen (2017), quanto maior o número de episódios prévios da doença, maior o risco de recorrência do transtorno ao longo da vida. Sendo que esses episódios também influenciarão na duração e gravidade sintomática dos episódios posteriores.

2.2.1 Critérios diagnósticos

O diagnóstico do TAB é complexo e, na maioria dos casos, leva muito tempo para ser descoberto, não recebendo o diagnóstico preciso do transtorno até pelo menos dez anos após início dos primeiros sintomas. O transtorno é comumente confundido com o transtorno depressivo maior. Tal fato se dá devido ao início dos sintomas ser frequentemente depressivo, a alta comorbidade e o não reconhecimento ou *insight* de sintomas hipomaníacos ou maníacos, já que o paciente pode não se recordar ou não classificar tais episódios como patológicos (YATHAM et al., 2018). Sendo assim, para que o transtorno seja rapidamente diagnosticado e tratado, é importante o reconhecimento e diferenciação, principalmente dos episódios depressivos do transtorno bipolar e unipolar, que consistem no curso do episódio (que no TAB normalmente tem início antes dos 25 anos e com múltiplos episódios prévios) e na história familiar (presença ou ausência de história familiar de TAB).

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 2014), os transtornos bipolares são divididos entre TAB tipo I, TAB tipo II, Transtorno Ciclotímico e os outros transtornos bipolares relacionados. Suas diferenças consistem na apresentação dos sintomas, duração e curso, que serão descritos a seguir de acordo com cada tipo de TAB.

De acordo com o DSM-V (APA, 2014), para diagnóstico do TAB tipo I, o paciente deve apresentar ao menos um episódio de mania, podendo este ser antecedido ou seguido por episódios depressivos ou hipomaníacos. O episódio de mania é definido como um período de humor anormal, expansivo, eufórico, com aumento da atividade e energia do indivíduo na maior parte do dia, deve ter duração de no mínimo uma semana. São sintomas para diagnóstico de um episódio de mania: aumento da atividade ou agitação psicomotora, autoestima elevada e grandiosidade, redução da necessidade de sono, logorrea, envolvimento em diversos projetos ao mesmo tempo, distratibilidade e pensamento acelerado com fuga de ideias. Cabe ressaltar que o paciente nessa classificação deve apresentar, de forma significativa, pelo menos três dos sintomas citados anteriormente, e a alteração do humor deve ser suficientemente grave, a ponto de fazer com que o indivíduo necessite de hospitalização ou tenha prejuízo acentuado do funcionamento profissional e social, podendo existir ou não sintomas psicóticos.

O episódio hipomaníaco é definido com os mesmos sintomas do episódio de mania, porém, com duração de pelo menos quatro dias consecutivos, não causando prejuízo suficientemente grave a ponto de o indivíduo necessitar de internação ou apresentar prejuízo acentuado no funcionamento profissional e social. Além disso, para ser classificado como um episódio hipomaníaco, o indivíduo não deve apresentar sintomas psicóticos.

Já o episódio depressivo, pode ser identificado mediante apresentação, pelo período mínimo de duas semanas, de pelo menos cinco ou mais dos seguintes sintomas: humor deprimido na maior parte do tempo, diminuição do prazer e interesse em todas ou quase todas atividades, ganho ou perda significativa de peso, insônia ou hipersonia quase diariamente, retardo ou agitação psicomotora, perda de energia e fadiga quase diariamente, culpa excessiva ou inapropriada e sentimento de inutilidade, capacidades de concentração e pensamento reduzidas quase diariamente e pensamentos recorrentes de morte. Cabe ressaltar que, para a identificação do episódio depressivo, pelo menos um dos sintomas dentre os cinco apresentados anteriormente deve ser: humor deprimido ou perda de prazer ou interesse.

Para o diagnóstico do TAB tipo II, é necessário que o indivíduo atenda aos critérios citados acima para um episódio hipomaníaco atual ou anterior durante, no mínimo, três dias e os critérios para um episódio depressivo por pelo menos duas semanas. Cabe ressaltar que, nessa classificação, o indivíduo não deverá apresentar episódio de mania – sendo este critério para o TAB tipo I.

Com relação ao Transtorno Ciclotímico, as oscilações do humor são mais evidentes, sendo que o indivíduo deve apresentar, por pelo menos dois anos, vários períodos com sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo e vários períodos com sintomas hipomaníacos, que também não satisfazem os critérios para o episódio hipomaníaco como nas duas classificações anteriores.

Frente ao exposto, o transtorno é considerado grave problema de saúde pública, e os custos com cuidados de saúde para o TAB podem exceder os de várias doenças crônicas, representando altos gastos econômicos e elevada taxa de morbidade e mortalidade na população, justificando o presente estudo (WILLIAMS et al., 2011; YATHAM et al., 2018). De acordo com Yatham et al. (2018), para o gerenciamento a longo prazo do transtorno, é necessária a utilização de uma abordagem multidisciplinar, sendo, para todos os pacientes, a farmacoterapia e a educação em saúde os passos iniciais e fundamentais para o manejo efetivo.

2.3 Tratamento farmacológico e adesão

A farmacoterapia ainda constitui a forma mais eficaz de tratar o TAB, sendo a remissão sintomática e prevenção de recaídas e recorrências, um dos principais objetivos do tratamento, além da remoção de sintomas subclínicos, principalmente dos sintomas depressivos, já que alguns pacientes podem passar até 50% do tempo com sintomas subsindrômicos que, apesar de

serem sintomas de menor intensidade, podem comprometer muito o funcionamento psicossocial do paciente (ROSA et al., 2012; BAŞ et al., 2015).

O lítio ainda se mantém como base do tratamento para TAB, sendo considerado como medicação de primeira escolha para profilaxia a longo prazo. Porém, existe um grande número de opções de medicações eficazes, entre elas: os estabilizadores do humor, os antipsicóticos e os ansiolíticos. Estudos evidenciam que a terapia combinada possui uma alta eficácia na remissão sintomática e que somente a monoterapia pode desencadear altas taxas de recaídas (HAYES et al., 2011; GOODWIN et al., 2016).

A Rede Canadense de Tratamento do Humor e Ansiedade (CANMAT) publicou recentemente a atualização de seu estudo, que dá as diretrizes para o tratamento do TAB, com recomendações claras e fáceis de serem usadas pelos clínicos, no intuito de contribuir para a melhora dos resultados com seus pacientes. O protocolo estabelece quais medicamentos poderão ter melhor eficácia na abordagem de primeira, segunda e terceira linha, considerando o impacto de cada tratamento em todas as fases da doença. Além de abordar o manejo clínico do TAB I e II, a CANMAT orienta quais condutas poderão ser utilizadas em casos específicos, como os estágios de ciclos reprodutivos nas mulheres, crianças e adolescentes e idosos (YATHAM et al., 2018).

Porém, na prática clínica, nem sempre são seguidas as recomendações das diretrizes internacionais e o tratamento do transtorno pode se afastar um pouco das recomendações propostas, evidenciando uma lacuna entre as diretrizes e a prescrição (BALDESSARINI et al., 2007). Bauer (2002), em uma revisão de literatura que teve como objetivo verificar a adesão às diretrizes clínicas para o tratamento do TAB, encontrou que apenas 27% dos estudos evidenciaram adesão às diretrizes clínicas de saúde mental, que foram seguidas adequadamente. Outro estudo longitudinal baseado em registros para avaliar os padrões de prescrições para paciente com diagnóstico de TAB, realizado por Kessing, Vradi e Andersen (2016), em um período de 11 anos, verificou que o lítio tem sido prescrito com menor frequência e passou de primeiro medicamento prescrito para o último. Além disso, os antipsicóticos deixaram de ser o terceiro medicamento prescrito para ocuparem o primeiro lugar. Além da baixa adesão às recomendações das diretrizes pelos clínicos, a baixa adesão ao tratamento medicamentoso coloca-se também como um problema comum em pacientes com TAB, levando a um resultado desfavorável do tratamento e ao aumento de recaídas e recidivas.

2.3.1 Adesão ao tratamento

A definição de ‘não adesão’ não se refere somente à farmacoterapia, mas também às intervenções não farmacológicas, como mudança no estilo de vida, tratamento psicológico e acompanhamento ambulatorial. Em 2003, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) definiu “adesão” como: “a medida em que o comportamento de uma pessoa, tomar medicação, seguir uma dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde”.

Em todos os distúrbios clínicos e psiquiátricos crônicos, a não adesão a medicamentos é um grande problema que influencia na evolução da doença. Entre os variados graus de adesão, temos a não adesão total, na qual o paciente para abruptamente de tomar a medicação; a não adesão parcial, na qual alguns medicamentos prescritos são tomados mas não todos; e a adesão seletiva, na qual o paciente toma apenas medicamentos que considera que lhe farão bem, por exemplo, ansiolíticos, mas não toma outros, como os antipsicóticos, por conta de seus efeitos colaterais. Também pode ser considerada uma não adesão, a ocasião em que o paciente toma os medicamentos em doses acima do que foi prescrito, porém essa ocorrência é menos comum. É importante considerar que o dinamismo da não adesão pode levar o paciente a aderir bem ao tratamento em um dado momento e ser mal aderente em outro, de acordo com o curso da doença (JAWAD et al., 2018).

Além disso, a não adesão pode ser não intencional – quando o paciente esquece de tomar seus medicamentos, ou por não compreender as instruções dadas pelo profissional de saúde, ou ainda pela impossibilidade de compra do medicamento – ou adesão deliberada – quando o paciente decide conscientemente não tomar o medicamento ou tomar menos do que a quantidade prescrita.

Jawad et al. (2018) elencaram alguns fatores que influenciam a não adesão, entre eles temos: a) fatores sócio demográficos; b) atitudes em relação a medicação; c) discernimento sobre a doença; d) uso de substância; e) efeitos colaterais; f) conhecimento e complexidade do regime de medicação. Nesse estudo, os autores propõem a simplificação da prescrição, a melhora na aliança terapêutica e a abordagem psicoeducativa como medidas eficientes para melhorar a adesão.

Em comum com outras condições médicas crônicas, que não sofrem efeito imediato com a descontinuação da farmacoterapia, a não adesão no TAB também alcança taxas elevadas e, devido a sua natureza recorrente, poderá acarretar alto risco de recaídas e recorrências, assim como as hospitalizações e tentativas de suicídio, fazendo com que o paciente possua menor

chance de alcançar uma remissão sintomática (HONG et al., 2011). Em média, 40% a 50% dos pacientes com TAB não tomam seus medicamentos regularmente e cerca da metade destes tornam-se não aderentes durante o tratamento de longo prazo (LECLERC; MANSUR; BRIETZKE, 2013).

Alguns estudos sugerem que pacientes mais jovens são mais propensos à não adesão medicamentosa, aumentando a adesão após os 40 anos (JOHNSON et al., 2007; KESSING et al., 2007; COELLO et al., 2019).

Além dos comprometimentos funcionais, a não adesão também está associada a um grande custo econômico para os serviços de saúde. Em estudo observacional retrospectivo realizado no Reino Unido por Young et al. (2011), foi estimado um custo anual de 342 milhões de libras pela não adesão de pacientes com TAB, sendo 60% desse valor relativo a internações hospitalares. Pacientes com TAB aderentes à medicação apresentam menores gastos totais e ambulatoriais em saúde mental (GIANFRANCESCO et al., 2008).

A detecção de problemas de adesão entre os pacientes é importante para garantir atendimento ambulatorial adequado. Quando não reconhecida, a não adesão pode levar o médico a acreditar que o paciente não é responsivo a determinado medicamento, o que pode resultar em aumento desnecessário da dose prescrita. Outro fator importante de uma adesão correta ao tratamento farmacológico é que ela pode diminuir as taxas de suicídio no TAB, relacionado em parte ao efeito antissuicida do lítio, considerando que o TAB possui uma das maiores taxas de suicídio quando comparado a qualquer condição psiquiátrica, como citado anteriormente (SCHAFFER et al., 2015).

2.3.2 Mensuração da adesão terapêutica

Para avaliar o grau de adesão, podemos utilizar o método indireto, por meio da aplicação de escalas e o método direto, por meio da dosagem sérica da droga. Atualmente, não há medidas ideais para avaliar a adesão. As técnicas utilizadas incluem auto relato, de familiares ou outros significativos, testes biológicos (por exemplo, níveis plasmáticos de lítio) e avaliação independente dos padrões de aderência. Todas essas avaliações de adesão têm limitações, porém, de acordo com estudos, é possível que as avaliações quantitativas subjetiva e objetiva combinadas, possam alcançar uma visão mais precisa sobre a condição geral de adesão de uma pessoa e fornecer informações mais fidedignas (SAJATOVIC et al., 2011).

2.4 Promoção de saúde

A promoção da saúde é compreendida como o processo de capacitação da comunidade para atuação na melhoria da qualidade da vida e saúde coletivas, com o objetivo de atingir o bem-estar global e condições de vida dignas a partir de uma gestão compartilhada, gerando autonomia e corresponsabilização, não sendo responsabilidade apenas do setor de saúde, visando principalmente à transformação dos mecanismos de tomada de decisão individuais e coletivas (BRASIL, 2002; BUSS, 2003). De acordo com BUSS (2003, p. 16), a gestão compartilhada na promoção da saúde é compreendida a partir da Carta de Ottawa como:

uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais.

A concepção de promoção da saúde é firmada como uma política nacional abrangente, que compreende a saúde não só como a ausência de doenças, mas como uma disposição de determinantes de saúde essenciais para a qualidade de vida digna, por exemplo, o saneamento básico, a alimentação, a educação, a habitação, o trabalho, o lazer e o acesso a bens e serviços (BRASIL 2002; BRASIL, 2012; CASTANHA et al., 2017).

Amplos debates sobre a promoção da saúde foram realizados desde a década de 1960, quando se iniciou uma busca mais positivista no campo da saúde com o objetivo de superar a concepção de saúde centrada apenas no controle da enfermidade. Oficialmente, a ampliação do cuidado em saúde, visando o conceito de promoção da saúde – ainda não completamente delineado – foi formulada em 1978, pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, documentada na Declaração de Alma-Ata. As discussões e avanços na temática foram cada vez mais constantes. Conferências internacionais relevantes sobre o tema foram realizadas principalmente na Europa Ocidental, Canadá e Estados Unidos, entre 1986 e 1991. A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, formulou a Carta de Ottawa – carta de intenções para o alcance de saúde universal e equânime, e definiu o conceito de promoção de saúde utilizado atualmente. Tais debates e avanços históricos construíram as bases políticas e conceituais contemporâneas da promoção de saúde (BRASIL, 2002).

No contexto da promoção da saúde, a Psicoeducação pode ser compreendida como um importante instrumento de educação em saúde que visa à promoção de saúde, à prevenção de

agravos e à recuperação dos indivíduos, desenvolvendo sua autonomia na busca por uma qualidade de vida digna e enfrentamento adequado da doença.

2.5 Psicoeducação

A abordagem psicoeducacional começou a ser desenvolvida como prática clínica na década de 1970, tornando-se tratamento padrão para transtornos psiquiátricos graves com Brown, Birley e Wing (1972), que iniciou os trabalhos em famílias de pacientes com esquizofrenia, após pesquisar acerca da importância da “emoção expressa no curso do transtorno e reconhecer que quanto maior o grau de emoção expressa na família, maior e mais rápido seria o índice de recaídas dos pacientes” (KIM; MIKLOWITZ, 2004; HOOLEY; PARKER, 2006). Isso fez com que grupos especializados em pesquisa clínica nos Estados Unidos e na Inglaterra comesçassem a investir em um modelo de tratamento psicossocial que fosse mais educativo, suportivo, não-confrontacional, que trouxesse mudanças comportamentais não só aos pacientes, mas também para seus familiares (MAGANA et al., 1986; MIKLOWITZ; FRANK, 2010; FRISTAD; MACPHERSON, 2014; PERIS; MIKLOWITZ, 2015). Frente ao estigma e à negação do diagnóstico do transtorno enfrentado por muitos pacientes, o tratamento pode tornar-se de difícil manejo. Sendo assim, a Psicoeducação é importante para auxiliar os indivíduos na compreensão e na retomada de sentido à experiência vivida com o transtorno, além da melhora na tomada de decisão e autonomia.

Essa abordagem pode ser desenvolvida individualmente ou em grupo, realizada por diferentes profissionais de saúde, desde que habilitados para lidar com as reações associadas ao tema discutido. O trabalho psicoeducacional, apesar de não se caracterizar como uma modalidade de psicoterapia, lida com aspectos da esfera afetivo-emocional para promover as mudanças necessárias (COLOM; VIETA; SCOTT, 2006). A Psicoeducação é um ato voluntário que exige que os pacientes participem por livre e espontânea vontade. No entanto, o compromisso dos profissionais é crucial para motivar os pacientes e seus familiares a cooperarem voluntariamente com o tratamento.

Assim, a Psicoeducação confirma-se como uma possibilidade terapêutica que, segundo estudos, está sendo utilizada para além do TAB, em outras comorbidades como câncer, dependência química, doenças cardiovasculares, disfunções cognitivas, estresse, esquizofrenia, síndrome da fadiga crônica, transtorno de ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático e outros transtornos psiquiátricos (LEMES, 2017).

2.5.1 A evolução da psicoeducação para o transtorno bipolar

Além da complexidade clínica do TAB, da presença de diversas comorbidades e dos diferentes graus de adesão à farmacoterapia, sabe-se que a evolução desse transtorno está associada a estressores socioambientais, ciclos de remissão e recaída, influências psicossociais como conflitos familiares e outros eventos de vida estressores. A literatura sugere que abordagens psicossociais podem modificar o curso do TAB, sendo, portanto, necessária a criação de opções terapêuticas variadas para atender às necessidades de cada indivíduo singularmente, gerando cuidado mais integral do que apenas com a farmacoterapia (KNAPP; ISOLAN, 2005).

O início do uso da Psicoeducação para o tratamento do TAB ocorreu por volta da década de 1990, tendo como pioneiro o estudo de Peet e Harvey, em 1991. Tal estudo evidenciou que a informação sobre a medicação era um fator importante para a adesão do paciente. O estudo selecionou 60 pacientes em remissão e dividiu-os em dois grupos. O grupo experimental recebeu um programa de Psicoeducação composto por um vídeo de 12 minutos em grupo (com até oito pessoas) e material escrito, acompanhado de visitas domiciliares após duas semanas, quando eram respondidas dúvidas sobre o tratamento com lítio e reaplicadas as escalas. O grupo controle recebeu o programa de Psicoeducação, não sendo, porém, visitado posteriormente, ainda que avaliados com as escalas em suas sessões clínicas. O trabalho evidenciou que um programa de Psicoeducação simples e rápido, produziu uma melhora significativa e sustentada no conhecimento dos pacientes sobre seu tratamento.

A partir dessa época, começaram a surgir estudos mais sofisticados como o de Perry et al. (1999) que, utilizando delineamentos randomizados, produziram fortes evidências da eficácia da Psicoeducação sobre as taxas de recorrências e episódios maníacos. Nos anos que se seguiram, publicações utilizando o método randomizado proliferaram, os estudos passaram a investigar temas mais específicos, como qual seria o melhor momento para iniciar a Psicoeducação, ou ainda, sobre o efeito desse tipo de terapia complementar sobre as comorbidades dos indivíduos.

A eficácia da Psicoeducação em grupo tem sido rigidamente testada pelo grupo de pesquisa liderado por Eduard Vieta e Francesc Colom, que desenvolve um programa de pesquisa altamente especializado, na Universidade de Barcelona, Catalunha, Espanha. Esse grupo possui o objetivo de verificar os efeitos da Psicoeducação e outros métodos psicoterapêuticos no tratamento do TAB.

Colom et al. (2003) realizaram um dos estudos bem delineados, do ponto de vista metodológico, a partir de uma amostra de 120 indivíduos portadores de transtorno bipolar tipos I e II, não internados, que estavam em remissão há pelo menos seis meses. Esses pacientes foram divididos em dois grupos pareados e randomizados, recebendo, em adição ao cuidado psiquiátrico padrão, 21 sessões de Psicoeducação em grupo (grupo experimental) ou 21 sessões de encontros não estruturados (grupo controle) sem retorno psicoeducacional. O grupo experimental mostrou diferença significativa na redução do número de recaídas, considerando qualquer episódio (maníaco, hipomaníaco, depressivo ou misto), durante a fase de tratamento ($p<0,05$) e ao fim do seguimento de dois anos ($p<0,001$). Houve também diferença quanto ao tempo de qualquer recorrência ($p<0,001$), o que significa um aumento do intervalo entre os episódios. Além disso, em comparação ao grupo controle, o grupo de Psicoeducação apresentou número de internações hospitalares significativamente menor após o seguimento ($p<0,05$), bem como uma média de dias hospitalizados por paciente também significativamente menor ($p<0,05$).

A Psicoeducação para o TAB, desenvolve-se pautada em quatro questões centrais, que são desenvolvidas durante o plano de tratamento, sendo elas a comunicação, o fluxo e quantidade de informações, o envolvimento do paciente em seu plano de tratamento e o estabelecimento de um relacionamento confiante entre o paciente e o profissional.

De acordo com Barnes et al. (2011), o programa de Psicoeducação deve ser elaborado para permitir que os pacientes colem informações sobre vários aspectos de seu transtorno. Uma vez que a falta de informação sobre o tratamento, seus objetivos, efeitos colaterais e esquemas de dosagem podem ser alguns dos motivos que levam à ineficácia do tratamento. Cabe ressaltar que o bom relacionamento entre o profissional e o paciente é fundamental para o sucesso da terapia. Tal relacionamento possibilita um melhor diálogo e atendimento às necessidades expressas do paciente (BARNES et al., 2011; WYKE et al., 2011). A Psicoeducação pode ser uma forma de terapia que oferece segurança e esperança ao paciente e, apesar dos esforços para permanecer honesto e autêntico, o terapeuta deve possuir sensibilidade, não devendo salientar somente aspectos negativos do distúrbio, tendo claro que, com isso, não estará minimizando as consequências causadas pela doença (BÄUML et al., 2006).

Uma das vantagens da Psicoeducação para o TAB, quando comparada com outras abordagens psicossociais, é que a primeira é uma intervenção mais simples para os clínicos e pacientes, que permite a implementação sem o treinamento completo, extenso e complexo do terapeuta. Pode ser aplicada por uma equipe multidisciplinar incluindo enfermeiros, psicólogos e psiquiatras. Seu caráter simples não exclui a necessidade da influência diretiva do terapeuta e

da coerente estruturação da abordagem. Cabe ressaltar que a intervenção deve atuar como um tratamento adjuvante e não substitutivo da farmacoterapia.

Além dos impactos da implementação da Psicoeducação citados anteriormente, cabe salientar que a mesma também possui impacto econômico significativo. Essa abordagem é responsável por uma importante redução de custos globais de tratamento, na medida em que previne recorrências, internações e medidas de emergências de alto custo. Estudos demonstram que o custo médio estimado de utilização de consultas de emergência e a utilização de serviços médicos de urgência foram significativamente menores em pacientes psicoeducados, bem como houve maior comparecimento regular ao serviço psiquiátrico de referência e maior número de consultas planejadas agendadas (COLOM et al., 2009).

Frente ao exposto, para Colom, Vieta e Scott (2006), os objetivos da Psicoeducação podem ser divididos em três classes (Quadro 1), sendo eles os objetivos primários, secundários e terciários, sendo estes últimos conhecidos como os desejáveis ou de excelência.

Quadro 1 – Objetivos da Psicoeducação segundo Colom, Vieta e Scott (2006)

<u>PRIMÁRIOS</u>	<u>SECUNDÁRIOS</u>	<u>TERCIÁRIOS</u>
Consciência da desordem	Controle do estresse	Aumento do conhecimento enfrentando as consequências psicossociais de episódios passados e futuros
Deteção precoce de sintomas de alerta	Evitar uso e abuso de drogas	Melhora na atividade social e interpessoal entre os episódios
Adesão ao tratamento	Alcance de regularidade no estilo de vida	Confrontamento de sintomas residuais sub-sindrômicos e comprometimento
-----	Prevenção de comportamento suicida	Aumento do bem-estar e melhoria da qualidade de vida

Fonte: Colom, Vieta e Scott (2006).

De acordo com Menezes e Souza (2011), para que os objetivos sejam alcançados, é necessária a utilização de programas de intervenção estruturados. Há um programa estruturado para a realização da Psicoeducação, desenvolvido pelo grupo de estudos de Barcelona. O programa pode ser utilizado em formato completo, contando com 21 sessões de Psicoeducação, ou com a versão reduzida, que consiste em oito sessões de Psicoeducação –versão utilizada no presente estudo – sintetizada no Quadro 2.

Quadro 2 – Versão reduzida de um programa de Psicoeducação para pacientes com TAB de acordo com Colom, Vieta e Scott (2006)

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

Fonte: Colom, Vieta e Scott (2006).

A Psicoeducação para pacientes com transtorno bipolar, com programas altamente estruturados, está bem definida como uma terapêutica direta e econômica. Tem sido utilizada em muitos estudos com diferentes formatos (individual em grupo ou domiciliar) (MADIGAN et al., 2012; BATISTA, 2013; JAVADPOUR et al., 2013), e apresentando diferentes números de sessões (podendo variar de 2 a 21 sessões) (CASTLE et al., 2010; CUHADAR; CAM, 2014; GUMUS; BUZLU; CAKIR, 2017). Contudo, independentemente do tipo de modelo e conteúdo incluídos, a Psicoeducação deve ser dada para fortalecer a aliança terapêutica, transmitir informações a respeito da doença e tratamento, ajudar na identificação de sinais precoces de recaídas e apoiar na recuperação funcional dos indivíduos.

2.5.2 Desafios e perspectivas da psicoeducação

Atualmente, na prática clínica, podemos observar alguns fatores relacionados aos profissionais de saúde que podem dificultar a abordagem psicoeducacional do paciente com TAB. De uma perspectiva, existem profissionais com a crença de que os pacientes são bem informados, não havendo necessidade de melhorar o fornecimento de informações sobre temas relacionados a sua doença. Em contrapartida, há profissionais que enxergam pacientes e familiares como leigos e, portanto, incapazes de entender e participar na tomada de decisões de seu tratamento. Assim, tais profissionais apenas instruem os pacientes para seguirem recomendações do profissional que os trata, sem considerar a necessidade de entendimento pelo próprio paciente de todos os aspectos envolvidos na etiologia e no curso de seu transtorno (FOX; WARD; ROURKE, 2006).

Um estudo desenvolvido pela *Care Quality Commission* evidenciou dados relevantes sobre a percepção dos pacientes com relação às informações sobre o transtorno recebidas pelos

profissionais de saúde: 8% dos pacientes sentiram que não tiveram tempo suficiente para discutir seu tratamento e condição; 7% não confiaram em seus profissionais; e 5% sentiram que suas opiniões pessoais não eram levadas em consideração (RICHARDS, 1999; STAFFORD; COLOM, 2013).

A evolução da internet tem contribuído para a transformação do perfil dos pacientes nos dias atuais. Pesquisas sugerem que, por sua conveniência e facilidade, milhões de pessoas estão se voltando para fontes de informação alternativas em mídias eletrônicas, na busca de informações relacionadas à saúde. Frequentemente, as informações encontradas afetam diretamente as decisões que os indivíduos tomam sobre seus cuidados de saúde. Além disso, o acesso a informações tem mudado a relação médico-paciente, e a forma como os pacientes interagem e participam das consultas de saúde (TAN; GOONAWARDENE, 2017).

Segundo um estudo de Fox, Ward e O'Rourke (2006), 62% dos americanos com acesso à Internet utilizaram-na para buscar informações médicas ou outras informações relevantes para seus cuidados de saúde ou para complementar as poucas informações fornecidas pelos médicos e outros profissionais de saúde. De acordo com a literatura, os pacientes, em posse dessas informações, podem confrontar os profissionais de saúde sobre sua condição e cuidados (PATSON, 2001).

Cabe ressaltar que há o risco de as informações disponíveis na internet serem incompletas, inadequadas e deficientes, uma vez que o paciente pode não ter a destreza necessária para analisar as informações clínicas e relacioná-las com as condições de sua saúde, o que pode levar a metas e expectativas irreais quanto ao seu diagnóstico e até mesmo ao auto diagnóstico ou auto tratamento (AHLUWALIA et al., 2010). Portanto, o trabalho desenvolvido pelos profissionais que praticam a Psicoeducação é de extrema importância na desmistificação e melhora da qualidade de informações obtidas pelos pacientes.

Nos últimos anos tem surgido um crescente interesse em explorar novos formatos de abordagem psicoeducativa para pacientes com TAB. Acompanhando os avanços da internet e o aumento crescente do seu acesso pela população, observa-se a existência de um número considerável de soluções online, como aplicativos para dispositivos móveis e plataformas em redes sociais voltados para a temática.

Contudo, de acordo com Hidalgo-Mazzei et al. (2015), deve-se distinguir produtos baseados em evidências daqueles sem comprovação científica, sendo que pequeno número de estudos realizaram ensaios clínicos adequados para validar cientificamente seu uso, eficácia e segurança (WILLEM et al., 2013). Apesar de se mostrarem como métodos viáveis para intervenções em pacientes com TAB, essas modalidades ainda se mostram limitadas, advindas

de estudos com resultados inconclusivos, necessitando de maiores evidências para comprovação de sua eficácia (HIDALGO-MAZZEI et al., 2015).

2.6 Revisão de literatura sobre a psicoeducação no tratamento do TB

Como dito anteriormente, a Psicoeducação tem sido uma das abordagens mais testadas em estudos para o transtorno bipolar. Apesar dos muitos trabalhos que vêm sendo realizados para a melhoria dos conhecimentos e avanços na temática, a maioria apresenta alguma limitação metodológica, como pequeno tamanho da amostra, baixo procedimento de randomização e falta de grupo controle.

Em revisão de literatura realizada durante a construção da presente tese, identificamos, até nosso conhecimento, que no período de cinco anos (2013 a 2018), 12 ensaios clínicos randomizados sobre o tema foram publicados (Quadro 3).

Dos 12 artigos incluídos na presente revisão, a maioria (75%) desenvolveu a intervenção psicoeducacional especificamente para pacientes com TAB, enquanto o restante realizou a intervenção com familiares e cuidadores de pessoas portadoras de transtorno; 41,7% desses estudos utilizaram a Psicoeducação Individual e 58,3% utilizaram a Psicoeducação em grupo. A maioria desses estudos (66,7%) foi desenvolvida com base no programa de Psicoeducação criado em Barcelona, pelo grupo de estudos de Colom, Vieta e Scott (2006).

Com relação aos locais de desenvolvimento dos estudos, 50% foram realizados no Oriente Médio (Turquia e Iran), 25% no Brasil e o restante dos estudos foram realizados na China (8,33%), Grécia (8,33%) e Austrália (8,33%).

Quadro 3 – Revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados utilizando a Psicoeducação para o transtorno bipolar

Referência	Intervenção	Controle/ Intervenção	Sessões	Seguimento	Resultados
CHEN et al. (2018)	Pacientes	69/71	8	12 meses	↑ humor ↑ funcionamento global ↓ recorrências e reinternações
FARIDHOSSEINI et al. (2017)	Pacientes	13/13	8	6 meses	↑ qualidade de vida ↓ risco de recorrências ↑ adesão
GUMUS; BUZLU; CAKIR (2017)	Pacientes	41/41	4	12 meses	↑ qualidade de vida (no domínio ambiental) ↑ funcionam. emocional ↑ atividades sociais
DE SOUZA M.S. (2016)	Cuidadores	28/25	6	6 meses	leve melhora na autoestima (sem significância)
HUBBARD, A. (2016)	Cuidadores	14/18	2	1 mês	↓ carga do cuidador (BAS) - GI ↑ conhecimento sobre a doença - GI ↑ autoeficácia - GI
CARDOSO et al. (2015)	Pacientes	29/32	6	12 meses	↑ regulação do ritmo biológico em ambos os grupos ↑ regulação do sono ↑ domínio social, sem significância
GUMUS; BUZLU; CAKIR (2015)	Pacientes	41/41	4	12 meses	↓ recorrência e hospitalização no GI (sem significância)
KOLOSTOUMPI S et al. (2015)	Cuidadores	40/40	7	6 meses	↑ conhecimento sobre doença ↓ sobrecarga subjetiva e sofrimento psicológico
CARDOSO et al. (2014)	Pacientes	29/32	6	6 meses	↑ cinco domínios no GI e três no GC da qualidade de vida
CUHADAR; CAM (2014)	Pacientes	23/24	7	7 semanas	↑ relacionamento doméstico ↓ estigmatização internalizada ↓ escores de alienação e da aprovação de estereótipos (GI)
KURDAL; TANRIVERDI; SAVAŞ (2014)	Pacientes	40/40	21	3 meses	↑ funcionamento emocional, intelectual e sexual ↑ sentimentos de estigmatização ↑ relações com familiares e amigos ↑ participação em atividades sociais ↑ tomada de iniciativa e autossuficiências
JAVADPOUR et al. (2013)	Pacientes	54/54	8	18 meses	↓ recorrências e internações ↑ adesão medicamentosa ↑ qualidade de vida

Nota: GI – Grupo de Intervenção Psicoeducacional

Fonte: Elaborado pelo autor

Em estudo realizado na China, Chen, et al. (2018) utilizaram oito sessões de Psicoeducação em grupo, adaptadas do manual de Psicoeducação para TAB de Colom, Vieta e

Scott (2006). O estudo avaliou a eficácia da Psicoeducação para pacientes com TAB tipo I, internados após remissão recente de um episódio maníaco em uma população chinesa, com seguimento de 12 meses após o tratamento. Os resultados demonstraram que um programa curto de Psicoeducação em grupo foi eficaz. Utilizando como desfecho primário as taxas de qualquer tipo de recorrência e reinternação após o tratamento, e como desfecho secundário as mudanças nos sintomas do humor, a adesão à medicação e o funcionamento global, os autores identificaram que o grupo que recebeu a intervenção apresentou menos recorrências de mania do seguimento de um ano. Porém, o mesmo resultado não foi observado nos sintomas depressivos (o achado pode ter ocorrido pelo fato do N de pacientes com sintomas depressivos ter sido menor que o de pacientes com sintomas de mania). Especificamente, preveniu a recorrência e a reinternação e melhorou os sintomas do humor, a incapacidade, o funcionamento clínico global e a adesão a medicamentosa dos pacientes com TAB.

Quatro estudos foram realizados na Turquia (CUHADAR; CAM, 2014; KURDAL; TANRIVERDI; SAVAŞ, 2014; GUMUS; BUZLU; CAKIR, 2015, 2017) conduzidos por enfermeiros, que utilizaram a Psicoeducação Individual em quatro sessões (GUMUS; BUZLU; CAKIR, 2015, 2017) ou a Psicoeducação em Grupo com 7 e 21 sessões (CUHADAR; CAM, 2014; KURDAL; TANRIVERDI; SAVAŞ, 2014), baseadas no Manual de Psicoeducação para Paciente com Transtorno Afetivo Bipolar, desenvolvido por Colom, Vieta e Scott (2006).

De acordo com os autores, o estudo de Gumus, Buzlu e Cakir (2015) foi o primeiro a realizar quatro sessões de Psicoeducação para pacientes com TAB. A Psicoeducação individual foi escolhida como intervenção por possibilitar a participação daqueles pacientes que não estavam dispostos a discutir seus problemas pessoais em grupo. No mesmo estudo, evidenciou-se, após realização da Psicoeducação, melhora da qualidade de vida (no domínio ambiental), aumento no funcionamento emocional e atividades sociais. Porém, não foi observado efeito positivo na prevenção de recidivas em pacientes com TAB. Os autores inferiram que apenas quatro sessões de Psicoeducação podem não ser eficazes, e sugeriram que sejam realizados estudos multicêntricos com amostras maiores e períodos mais longos de monitoramento, para determinar a duração ideal da Psicoeducação. Outro resultado observado foi a baixa taxa de abandono do estudo (4,88%). Os autores trouxeram que a taxa de desistência é menor em grupos com menos sessões de Psicoeducação, comparando seus achados com outros estudos que apresentaram um número maior de sessões e maiores perdas na amostra (COLOM; VIETA; SCOTT, 2006; CAKIR et al., 2009; PARIKH et al., 2013).

Nos estudos de Cuhadar e Cam (2014) e Kurdal, Tanriverdi e Savaş (2014), foi avaliada a eficácia da Psicoeducação nos desfechos de vários tipos de funcionamento, como o emocional,

as relações domésticas, as atividades sociais e a estigmatização internalizada. Os autores verificaram melhora nos relacionamentos domésticos com familiares e amigos, melhora de iniciativa e autossuficiência no funcionamento emocional, intelectual e sexual além de diminuição da estigmatização internalizada apresentada pelos indivíduos com TAB. Os autores identificaram o pequeno tamanho amostral e a ausência de acompanhamento e avaliação a longo prazo como limitações do estudo.

Dos três estudos realizados no Brasil, em um deles (CARDOSO et al., 2014), foi investigado o efeito da Psicoeducação Individual na qualidade de vida de adultos jovens de 18 a 29 anos, com sintomas atuais de TAB. O estudo apresentou resultados inconclusivos, não identificando diferenças entre o grupo controle e de intervenção quanto aos resultados procurados. Houve melhora da qualidade de vida tanto nos pacientes que receberam Psicoeducação, como aqueles que tiveram apenas o tratamento usual. O estudo não apresentou similaridade com outros que mostraram efeito positivo da Psicoeducação na qualidade de vida de pacientes com TAB (EKER; HARKIN 2012; JAVADPOUR et al., 2013). Os autores sugeriram que as características da amostra poderiam explicar os achados, já que os estudos citados investigaram indivíduos mais velhos e eutímicos, o que pode apresentar resultados diferentes, e que numa amostra jovem recentemente diagnosticada é possível que o período inicial de aceitação do aspecto crônico do TAB possa ter interferido no processo de Psicoeducação ou que a presença de sintomas atuais da doença tenha contribuído para menor motivação para o tratamento. Além disso, o estudo identificou maior número de abandono no grupo de intervenção. Como limitação do estudo, os autores evidenciaram o tamanho da amostra e a ausência de avaliadores cegos na aplicação dos instrumentos.

Já Cardoso et al. (2015) realizaram seis sessões em grupos para pacientes com TAB e avaliaram o efeito da Psicoeducação na regulação do ritmo biológico, regulação do sono e a correlação positiva entre redução de sintomas depressivos e ansiosos e a regulação do ritmo biológico. Observaram que o grupo de intervenção teve maior benefício com relação aos sintomas depressivos na pós intervenção e regulação do sono com relação ao grupo controle.

Em outro estudo, também realizado no Brasil, De Souza et al. (2016) realizaram seis sessões de Psicoeducação individual para cuidadores e avaliaram o impacto da intervenção psicoeducacional sobre os níveis de sobrecarga, de autoestima e qualidade de vida em cuidadores de pacientes com diagnóstico de transtorno bipolar. O estudo não encontrou diferenças significativas em relação aos níveis de carga objetiva entre os grupos. Ambos os grupos apresentaram melhora nos escores subjetivos de sobrecarga ao longo das intervenções. O estudo inferiu que apenas seis sessões individuais de Psicoeducação não apresentaram

benefícios como ação preventiva em saúde para cuidadores de pacientes com TAB. Os autores sugeriram que estudos de seguimento longitudinal mais longos e com maiores números de sessões poderiam resultar em impactos positivos na saúde do cuidador de pacientes com TAB.

Em dois estudos que tiveram como objetivo investigar a eficácia de um programa de Psicoeducação culturalmente ajustado para pacientes iranianos com TAB, foi realizada a Psicoeducação Individual (JAVADPOUR et al., 2013) e em grupo (FARIDHOSSEINI et al., 2017), ambos com oito sessões, com seguimento de 6 e 18 meses. Javadpour et al. (2013) relataram que o motivo para escolha dessa modalidade de intervenção foi baseada no estigma e tabu enfrentados pelos portadores de transtornos mentais no Irã, o que faz com que os pacientes não compareçam a atividades de grupo em serviços de saúde mental, tornando a opção da psicoeducação Individual a única forma de alcançar os pacientes e mantê-los frequentando o programa. Ambos os estudos identificaram melhora da qualidade de vida entre os pacientes que receberam a Psicoeducação. Ainda, apresentaram menor risco de recorrências do transtorno e diminuição da frequência de internações no grupo de intervenção quando comparado ao grupo controle. Quando comparados ambos os grupos, os estudos identificaram que pacientes que receberam a Psicoeducação apresentaram maior adesão medicamentosa, porém tal dado foi medido baseado em auto relatos de pacientes e familiares. Além disso, as pesquisas evidenciaram melhoria de qualidade de vida, redução de recaídas e recorrência, diminuição do número de internações e melhora da adesão medicamentosa dos indivíduos que receberam a Psicoeducação (JAVADPOUR et al., 2013; FARIDHOSSEINI et al., 2017).

Além do artigo de De Souza et al. (2016), mais dois avaliaram a eficácia da Psicoeducação em cuidadores (KOLOSTOUMPIS et al., 2015; HUBBARD et al., 2016). Kolostoumpis et al. (2015) realizaram sete sessões de Psicoeducação para familiares/cuidadores para investigar a eficácia da Psicoeducação em relação aos seguintes resultados: a) conhecimento dos familiares sobre a doença; b) carga familiar; e c) sofrimento psíquico dos familiares. Após a intervenção, o estudo identificou um aumento no conhecimento sobre o TAB, diminuição da sobrecarga subjetiva e do sofrimento psicológico nos cuidadores. Tais resultados mantiveram-se após seguimento de seis meses. Os autores identificaram como limitação do estudo o fato de os parentes do grupo controle não receberam nenhuma intervenção (nem mesmo uma intervenção não estruturada do grupo de apoio), o que pode ter gerado expectativas distintas sobre a participação dos dois grupos no estudo. Além disso, a pesquisa não realizou avaliação com os pacientes, o que poderia fornecer uma visão mais ampla da eficácia da Psicoeducação Familiar.

Hubbard et al. (2016) avaliaram a eficácia de uma breve intervenção psicoeducacional de duas sessões para cuidadores, com a hipótese de que a intervenção reduziria a sobrecarga e o sofrimento do cuidador e aumentaria o conhecimento sobre o TAB, bem como sua auto eficácia. Os resultados demonstraram melhorias na carga do cuidador, no conhecimento e na auto eficácia do TAB e sugeriram que, no pós-tratamento, os cuidadores mostraram-se significativamente mais confiantes em sua capacidade de lidar com as dificuldades que enfrentam quando cuidam de alguém com transtorno bipolar. De acordo com os autores, as intervenções breves aumentam a relação custo-benefício dos tratamentos para o TAB, refletindo que os serviços de saúde podem fornecer a intervenção ainda que com recursos limitados.

2.7 Assistência domiciliar

A assistência domiciliar consiste no oferecimento dos cuidados em saúde na moradia do usuário do serviço de saúde. É compreendida como um conjunto de ações que promove a saúde, previne e trata doenças, além de realizar a reabilitação do usuário (BRASIL, 2012). Embora praticada em diversos serviços de saúde, esta modalidade de assistência foi definida no Brasil por meio da Portaria nº 2.527/2011, revogada pela Portaria GM/MS nº 963 de 27 de maio de 2013, com o objetivo de reorganizar o processo de trabalho das equipes, oferecer uma modalidade de atenção substitutiva ou complementar àquelas já existentes, desenvolver a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde possibilitando a continuidade do cuidado, potencializando a articulação entre os pontos de atenção à saúde no próprio domicílio do usuário, além de integrar as Redes de Atenção à Saúde de forma a oferecer a atenção integral (BRASIL, 2012).

Para a implementação dessa modalidade, as equipes de Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde realizam visitas domiciliares e prestam cuidados aos usuários impossibilitados de comparecer ao serviço de saúde e/ou que apresentam quadro clínico grave, porém estável, que possibilite receber os cuidados em sua residência. Quando o usuário necessita de um cuidado domiciliar mais complexo, são acionadas as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMADs) e as Equipes de Apoio (EMAPs) presentes no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), integrante do projeto Melhor em Casa, instituído em 2013 por meio da Portaria nº 963/2013 (BRASIL, 2012).

Sendo assim, a Assistência Domiciliar no Brasil é oferecida principalmente para usuários acamados que estão impossibilitados de comparecer nos serviços de saúde. Porém, não

são encontrados na literatura programas de assistência domiciliária que foquem o cuidado de saúde mental, ou que sejam específicos para esse público.

Segundo Reckrey (2015), os cuidados primários no domicílio produzem momento ideal para o oferecimento de cuidados em saúde mental e de longo prazo. Prover assistência domiciliar para pessoas com transtornos mentais é extremamente importante, principalmente por se tratar de uma população vulnerável. Cuidar do usuário com transtorno mental em seu domicílio pode reforçar as potencialidades coletivas e individuais que facilitam a reabilitação psicossocial (RECKREY et al., 2015; WANG; SHANG; KEARNEY, 2016).

Ao realizar a assistência domiciliar, a enfermagem e a equipe de saúde têm contato com a realidade social das famílias, reconhecendo sua estrutura, rotina, valores, crenças e cultura, além de identificar conflitos, fatores estressores, possibilitando o oferecimento de um cuidado integral e individualizado para cada usuário mediante sua própria realidade, inserindo principalmente a família em seu autocuidado (SOERENSEN; MENDES; HAYASHIDA, 2004; BRASIL, 2012; SIQUARA, 2017). Entretanto, após revisão de literatura, observamos que os estudos disponíveis sobre a temática da assistência domiciliar, especificamente em saúde mental, são escassos e, quando existentes, focam na saúde mental apenas dos idosos restritos ao domicílio.

Mundialmente, a assistência domiciliar em saúde mental não é comumente praticada e, quando o é, está restrita aos serviços particulares e filantrópicos. Além disso, o cuidado domiciliar oferecido em saúde mental se caracteriza pelo cuidado emergencial, atuando em momentos de crise. Reckrey (2015) aponta para a necessidade de prover a assistência domiciliar mais rotineiramente para essa população. Em estudo de Reifler e Bruce (2014), foi reforçada a necessidade e eficácia de estender o cuidado em saúde mental para a comunidade, em sua matriz, não se limitando apenas aos muros dos serviços.

Com a mudança na assistência aos pacientes na saúde mental, ocorrida após o movimento de desinstitucionalização, foi preciso uma reorganização dos serviços de saúde mental para atender às demandas focadas nos pacientes e também nos familiares, que se sentiram sobrecarregados e despreparados para participarem e se inserirem nos cuidados e tratamento. Para isso, as visitas domiciliares devem fazer parte da rotina dos serviços de saúde mental, planejadas com a equipe multiprofissional, objetivando:

- intervenção em situação de crise;
- busca ativa de casos faltosos;
- estabelecimento de vínculo;

- conhecimento da rotina e dinâmica familiar;
- verificação da adesão medicamentosa;
- comunicação sobre consultas e agendamentos, entre outros.

As visitas domiciliares também contribuem para ampliar o projeto terapêutico do paciente para além dos limites dos serviços, possibilitando aos profissionais entrarem em contato com as realidades vivenciadas por eles, além de permitir uma melhor articulação com outros dispositivos de ajuda da rede (PEREIRA et al., 2014).

Há na literatura, estudos com as temáticas “*Family Psychoeducation*” e “*Family Therapy*” em saúde mental (MURRAY-SWANK; DIXON, 2004; COKER et al., 2016; FIORILLO et al., 2016). Porém, o enfoque do presente estudo é a Psicoeducação para pacientes em seu ambiente domiciliar. Não foram encontrados estudos científicos com este enfoque.

2.7.1 Assistência domiciliar e o enfermeiro

De acordo com a Resolução nº 0464/2014, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que normatiza a atuação da equipe de enfermagem na assistência domiciliária, compete ao enfermeiro o planejamento, a organização, coordenação, realização e avaliação da prestação da assistência de enfermagem em domicílio (COFEN, 2014).

O enfermeiro é responsável pelo planejamento do cuidado dos usuários do serviço, possuindo maior contato com os mesmos. Nesse contexto, em uma realidade de assistência domiciliar, atua como o principal profissional que identifica demandas, planeja, executa e assiste a equipe de enfermagem. Além disso, trata-se do principal articulador do serviço de saúde com o usuário (SOERENSEN; MENDES; HAYASHIDA, 2004).

O papel da enfermagem domiciliar nos cuidados em saúde mental sofreu transformações juntamente com as mudanças no modelo de tratamento dessa população, que partiu de um modelo de cuidado institucional, para um modelo de cuidados comunitários, objetivando a recuperação e reabilitação dos pacientes. Esse novo modelo promove uma abordagem colaborativa, que conta com o apoio familiar para o tratamento do paciente psiquiátrico. Estudos evidenciam que intervenções realizadas por enfermeiros por meio da assistência domiciliar podem ser efetivas na recuperação do paciente, com ênfase em seu empoderamento e tomada de decisão conjunta com profissionais e familiares. Além disso, tais intervenções podem ser utilizadas para auxiliar familiares e pacientes na adaptação e transição dos cuidados em saúde após alta hospitalar (FARRAR, 2015).

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar a eficácia da Psicoeducação Domiciliar na recuperação sintomática, funcional e na adesão ao tratamento de indivíduos com TAB de médio e longo prazo, em comparação com a Psicoeducação Grupal.

3.2 Específicos

- Caracterizar a amostra quanto às características sociodemográficas, condições ocupacionais e clínicas;
- Avaliar e comparar os sintomas de Mania nos grupos de: Psicoeducação Domiciliar, Psicoeducação Grupal e Grupo Controle; avaliar e comparar os sintomas de Depressão nos grupos de: Psicoeducação Domiciliar, Psicoeducação Grupal e Grupo Controle;
- Identificar o grau em que os participantes percebem situações como estressantes nos grupos de: Psicoeducação Domiciliar, Psicoeducação Grupal e Grupo Controle;
- Avaliar qualidade de vida nos grupos de: Psicoeducação Domiciliar, Psicoeducação Grupal e Grupo Controle;
- Avaliar a adesão medicamentosa nos grupos de: Psicoeducação Domiciliar, Psicoeducação Grupal e Grupo Controle.

4 HIPÓTESE

Há diferença entre a eficácia da Psicoeducação Domiciliar e a Psicoeducação Grupal realizada em serviço de saúde. Esperava-se verificar se a Psicoeducação em pacientes com TAB, realizada por meio de visita domiciliar, teria um impacto positivo maior na recuperação sintomática e funcional e na adesão medicamentosa, em comparação com aqueles que receberam uma abordagem psicoeducacional em grupo realizada no serviço de saúde mental.

Portando, foram definidas como hipóteses do estudo:

H0: Não há diferença entre a Psicoeducação Domiciliar e a Psicoeducação Grupal na recuperação sintomática, funcional e na adesão medicamentosa de pacientes com TAB;

H1: Há diferença entre a Psicoeducação Domiciliar e a Psicoeducação Grupal na recuperação sintomática, funcional e na adesão medicamentosa de pacientes com TAB.

5 METODOLOGIA

5.1 Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e aprovado sobre o parecer 54166016.09.0000.5393. Os participantes recrutados voluntariamente para compor a amostra do estudo foram informados sobre seus objetivos e procedimentos e tiveram seu consentimento solicitado mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Os devidos cuidados éticos como sigilo, garantia de ausência de prejuízos decorrentes da recusa ou desistência em participar e minimização de riscos aos participantes foram considerados, conforme descrito no Apêndice A. Dessa forma, os parâmetros éticos para investigações envolvendo seres humanos, especialmente a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, foram rigorosamente respeitados.

5.2 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo randomizado controlado com 45 pacientes portadores de TAB tipo I ou II, em acompanhamento na rede coletiva de Saúde Mental de Ribeirão Preto/SP. A distribuição dos sujeitos nos grupos foi realizada por meio de randomização estratificada, pela qual os sujeitos foram, primeiramente, divididos em blocos estratificados, formando-se 3 grupos homogêneos, evitando-se tendências e favorecimentos.

5.3 Local

O estudo foi realizado nas residências de pacientes que estão inseridos na rede coletiva de Saúde Mental de Ribeirão Preto - SP, em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III).

5.4 Critérios de inclusão

- Estar em atendimento no serviço de saúde mental (em tratamento farmacológico, tratamento padrão);
- Idade entre 18 e 65 anos;

- Ser alfabetizado;
- Diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar I ou II segundo DSM-V (APA, 2014), confirmado pelo psiquiatra em prontuário;
- Pontuação ≤ 17 na escala de avaliação de Depressão de Hamilton (HDRS -17 itens) e pontuação ≤ 15 na escala de avaliação de mania de Young (YOUNG).

5.5 Critérios de exclusão

- História de qualquer condição médica geral que impedisse a participação no estudo;
- Que não estivesse em tratamento farmacológico;
- Distúrbio ou dependência de substâncias químicas atuais;
- Ser residentes em outros municípios.

5.6 Sujeitos

- Intervenção Domiciliar: 15 pacientes diagnosticados com TAB I ou II, segundo os critérios do DSM-V, que receberam, além do tratamento farmacológico, abordagem psicoeducacional individual feita por meio de visitas domiciliares;
- Intervenção em Grupo*: 15 pacientes diagnosticados com TAB I ou II, segundo os critérios do DSM-V, que receberam, além do tratamento farmacológico, abordagem psicoeducacional em formato de grupo realizadas na instituição de saúde mental;
- Controle*: 15 pacientes diagnosticados com TAB I ou II, segundo os critérios do DSM-V que receberam o tratamento padrão do serviço.

*Pareados em sexo e idade (± 5 anos) com o grupo experimental I.

5.7 Instrumentos de avaliação

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador responsável com ajuda de uma equipe de profissionais de saúde devidamente treinados para tanto, de forma individual com cada participante, no próprio serviço, em sala reservada ou na casa do participante. Para tanto, foram utilizados os seguintes questionários e instrumentos:

Questionário sociodemográfico e clínico – questionário sociodemográfico, de condições de trabalho e saúde: trata-se de um questionário elaborado pelos pesquisadores para registrar os dados sociodemográficos, de trabalho e saúde e, assim, caracterizar a população em estudo. Continha 20 questões que contemplavam as seguintes variáveis: Idade; Sexo; Cor da pele; Escolaridade; Estado civil; Religião; Tempo de serviço no Serviço; Número de vínculos empregatícios; Horário de trabalho; Com quem mora; Número de filhos; e Afastamento do trabalho no último ano. Além disso, levantou também dados do prontuário do paciente (como auxiliar nas informações necessárias ao estudo), por exemplo: diagnóstico, número de episódios anteriores ao início do estudo, medicações, tentativas de suicídios, uso de substâncias.

Escala de mania de Young (YOUNG) – Esta escala foi construída em 1978 (YOUNG et al., 1978), sendo o instrumento mais amplamente utilizado em estudos clínicos controlados com pacientes maníacos (VILELA et al., 2000). A escala foi traduzida, adaptada e modificada para a literatura brasileira, sendo denominada Escala de Avaliação de Mania Modificada (VILELA et al., 2000).

Escala de depressão de Hamilton (HAM-D) – A HAM-D foi desenvolvida há mais de 50 anos (HAMILTON, 1960) e, mesmo assim, mantém sua posição de escala de observador mais usada mundialmente para selecionar e acompanhar pacientes em pesquisas de terapêutica para a depressão. É considerada como padrão ouro na avaliação de gravidade da depressão e usada comparativamente com novas escalas de avaliação a fim de verificar a confiabilidade destas (GORENSTEIN; MORENO, 2011).

Escala de Estresse Percebido (EEP) - *Perceived Stress Scale* (PSS) – Esta escala mensura o estresse percebido, ou seja, mede o grau em que os indivíduos percebem as situações como estressantes. Foi criada por Cohen, Karmack e Mermelsteinm, em 1983, traduzida e validada para o Brasil por Luft, Sanches, Mazo e Andrade, em 2007 (LUFT et al., 2007). Foi inicialmente apresentada com 14 itens (PSS 14), sendo também validada com dez (PSS 10) e quatro questões (PSS 4). A versão com quatro questões é utilizada em pesquisas por telefone (LUFT et al., 2007). A PSS é uma escala geral que pode ser usada em diversos grupos etários, pois não contém questões específicas de contexto.

Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-brief) – Com o objetivo de disponibilizar um instrumento que demande menor tempo para preenchimento e com características psicométricas satisfatórias, o Grupo WHOQOL desenvolveu a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-brief (*THE WHOQOL GROUP*, 1996). Este é composto por 26 questões, sendo duas questões sobre a auto avaliação da qualidade de vida e 24 questões representando cada uma das facetas do WHOQOL-100. O WHOQOL-brief possui 4 domínios: físico (7

perguntas), psicológico (6 perguntas), relações sociais (3 perguntas) e meio ambiente (8 perguntas). A escala utilizada é do tipo *likert* de 5 pontos e o escore é apresentado de zero a 100, sendo zero o pior nível e 100 o melhor nível de QVRS possível (FLECK et al., 2000).

Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) – Utilizou-se a versão da escala do tipo Likert, desenvolvida, adaptada e validada em Portugal por Delgado e Lima (2001). A escala, nessa versão, é composta por sete itens que avaliam o comportamento do participante em relação ao uso diário de medicamentos. O instrumento obtém respostas de forma ordinal, com possibilidade de resposta de um a seis, que se apresentam na forma de ‘sempre’ (1), ‘quase sempre’ (2), ‘com frequência’ (3), ‘por vezes’ (4), ‘raramente’ (5) e ‘nunca’ (6). A primeira versão do instrumento, composta de quatro itens com possibilidade de resposta dicotômica (sim/não), foi desenvolvida por Morisky, Green, e Levine (1986), em estudo com pacientes hipertensos. Diversos estudos foram desenvolvidos para adaptação e validação da escala com uso de cinco itens (SHEA et al., 1992) e seis itens (BROOKS et al., 1994) e posteriormente por Delgado e Lima (2001) com sete itens, na forma Likert.

Os valores obtidos com as respostas aos sete itens foram somados e divididos pelo número de itens de resposta, ou seja, variam de 1 a 6. Posteriormente, os valores foram convertidos em escala dicotômica (‘aderente’ e ‘não aderente’). As respostas ‘sempre’, ‘quase sempre’, ‘com frequência’ e ‘por vezes’ (valores de 1 a 4 na escala Likert) foram consideradas na escala dicotômica como ‘não aderente’. As respostas ‘raramente’ e ‘nunca’ (valores 5 e 6 na escala Likert) foram consideradas como ‘aderente’ (DELGADO; LIMA, 2001).

Nível plasmático de estabilizador de humor – Os níveis plasmáticos de três estabilizadores do humor (lítio, carbamazepina e ácido valpróico) foram obtidos em laboratório bioquímico do serviço para avaliação da melhora na adesão medicamentosa entre os pacientes do estudo.

5.8 Procedimentos

Após a aprovação do Serviço e do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/SP, bem como da Secretaria Municipal de Ribeirão Preto. O estudo foi dividido em duas fases. Na fase ativa, os pacientes dos dois grupos experimentais receberam, além do tratamento medicamentoso, intervenção psicoeducacional realizada em suas residências ou na instituição de saúde mental. Essa fase inicial teve duração de 8 semanas.

Na segunda fase, seguimento, foram realizadas avaliações com 6 e 12 meses, após o término da fase ativa, por avaliadores cegos quanto ao tipo de intervenção que os participantes receberam em cada fase.

- 1) As sessões de Psicoeducação foram baseadas no livro “*Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder*”, de Colom, Vieta e Scott (2006). Nesse livro, os autores descrevem duas versões de Psicoeducação, sendo uma com 21 sessões e uma versão reduzida de oito sessões. A eficácia do programa de Psicoeducação com sessões reduzidas, já utilizada em vários estudos, é semelhante à do programa de 21 sessões (COLOM; VIETA; SCOTT, 2006). Por isso, neste estudo foi utilizada a versão reduzida, com oito sessões.
- 2) As sessões tiveram o seguinte formato: 15 minutos de introdução em uma conversa informal, procurando manter um ambiente acolhedor, seguro, descontraído e agradável; 30 minutos de exposição em Power Point do tema do dia; 30 minutos de discussão com relação ao tema exposto; e 15 minutos de fechamento, revisando os principais pontos, totalizando 90 minutos. As intervenções psicoeducacionais foram realizadas com métodos didáticos como folders, áudio visual, e orientações verbais. Cabe ressaltar que ambos os grupos de intervenção receberam o mesmo formato e conteúdo de intervenção psicoeducacional.
- 3) Os instrumentos de avaliação foram aplicados em 4 momentos do estudo, necessitando de 90 minutos para tanto em cada aplicação, divididos nos seguintes momentos: i) Na semana anterior ao início do tratamento; ii) Na semana posterior ao término da Psicoeducação (nona semana); iii) Na fase de seguimento com 6 meses; e iv) na semana de seguimento com 12 meses após término da intervenção.

5.9 Análise estatística

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva dos dados sociodemográficos e clínicos, como marcadores de gravidade da doença. A homogeneidade dos grupos com relação a esses dados foi avaliada por meio do teste qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas como sexo, estado civil, escolaridade, idade de início da doença, número de medicações atuais e número de parentes de primeiro grau com algum transtorno psiquiátrico e

do teste t (*t-student*) para as variáveis contínuas, por exemplo, a idade (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

Realizou-se uma análise exploratória dos dados com o objetivo básico de sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo ter uma visão global da variação desses valores, organizando e descrevendo os dados de duas maneiras: por meio de tabelas com medidas descritivas e de gráficos.

As comparações entre os grupos em relação às variáveis idade, número de episódios, idade do 1º episódio e idade do diagnóstico foram feitas através da análise de variância (ANOVA).

Para as comparações envolvendo variáveis quantitativas, foi proposto o modelo de regressão linear com efeitos mistos (efeitos aleatórios e fixos). Os modelos lineares de efeitos mistos são utilizados na análise de dados em que as respostas estão agrupadas (mais de uma medida para um mesmo indivíduo) e a suposição de independência entre as observações num mesmo grupo não é adequada (SCHALL, 1991). Esses modelos pressupõem que seus resíduos têm distribuição normal com média 0 e variância σ^2 constante. Nas situações em que tal pressuposto não foi observado, transformações na variável resposta foram utilizadas. Para as comparações foi utilizado o pós-teste por contrastes ortogonais (ALBERT; ANDERSON, 1984; MONTGOMERY, 2012).

A comparação entre os grupos e tempos quanto à MAT foi feita por meio de um modelo de regressão logístico com efeitos aleatórios pertencentes à classe dos modelos GEE (*generalized estimating equations*). Esse modelo representa a relação não linear entre a variável resposta e as covariáveis (DAVIDIAN; GILTINAN, 2003).

Todos os gráficos apresentados foram feitos com o auxílio do *software* R, versão 3.4.1 e as análises, através do SAS 9.2 (SAS, 2011).

Para todas as comparações adotou-se um nível de significância de 5%.

6 RESULTADOS

6.1 Descrição da amostra

Na amostra de 45 pacientes estudados, conforme a Tabela 1, houve predomínio do sexo feminino (66,7%), porém não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos com relação ao gênero ($p=0,92$). A idade média dos participantes foi de 43 anos nos grupos ID e GC ($\pm 12,69$ e $13,42$ respectivamente) e de 41 anos no IG ($\pm 13,13$), variando entre 23 e 61 anos no GC, entre 19 e 62 anos no ID e entre 22 e 60 anos no IG, não diferindo significativamente entre os grupos ($p=0,89$).

Tabela 1 – Distribuição de frequência quanto a características sociodemográficas de pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação atendidos um CAPS, 2018.

Características	GRUPO			Total N (%)	P-valor
	Controle (GC) N (%)	Domiciliar (ID) N (%)	Grupo (IG) N (%)		
GÊNERO					0,92
Masculino	6 (40)	5 (33,3)	4 (26,7)	15 (33,3)	
Feminino	9 (60)	10 (66,7)	11 (73,3)	30 (66,7)	
IDADE					0,89
Média	43,07	43	41		
ESCOLARIDADE					0,73
Fundamental incompleto	1 (6,7)	1 (6,7)	3 (20)	5 (11,1)	
Fundamental completo	3 (20)	2 (13,3)	1 (6,7)	6 (13,3)	
Médio incompleto	1 (6,7)	1 (6,7)	2 (13,3)	4 (8,9)	
Médio completo	8 (53,3)	9 (60)	8 (53,3)	25 (55,6)	
Superior incompleto	0 (0,0)	2 (13,3)	0 (0,0)	2 (4,4)	
Superior completo	2 (13,3)	0 (0,0)	1 (6,7)	3 (6,7)	
ESTADO CIVIL					0,63
Solteiro	5 (33,3)	6 (40)	8 (53,3)	19 (42,2)	
Casado/com companheiro	6 (40)	7 (46,7)	6 (40)	19 (42,2)	
Separado/divorciado	4 (26,7)	2 (13,3)	1 (6,7)	7 (15,6)	
OCUPAÇÃO					0,55
Desempregado	9 (60)	3 (20)	5 (33,3)	17 (37,8)	
Afastado	3 (20)	4 (26,7)	3 (20)	10 (22,2)	
Aposentado	1 (6,7)	2 (13,3)	2 (13,3)	5 (11,1)	
Trabalhando	1 (6,7)	5 (33,3)	4 (26,7)	10 (22,2)	
Do lar	1 (6,7)	1 (6,7)	1 (6,7)	3 (6,7)	
RENDA					0,16
Nº salários (média)	0,73	1,47	0,68		

Nota: N=45 pacientes que participaram do estudo. Teste qui quadrado de Pearson e T-student; nível de significância adotado: $p \leq 0,05$.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Com relação ao estado civil, 42,2% eram solteiros, 42,2% casados ou com companheiro e 15,6% separados ou divorciados, não havendo diferença significativa entre os grupos ($p=0,63$). Com relação à escolaridade, 55,6% possuíam Ensino Médio completo, 13,3% possuíam Ensino Fundamental completo e apenas 6,7%, Superior completo, sem diferença significativa entre os grupos ($p=0,73$).

Quanto à ocupação e atividades laborais, 71% não possuíam trabalho no período da realização do estudo, sendo que destes, 22,2% estavam afastados, 11,1% aposentados e 37,8% desempregados, 22% da amostra encontravam-se empregados e 6,7% desenvolviam a função de cuidados com o lar, porém não apresentaram diferença significativa entre os grupos ($p=0,55$). Observou-se que o GC apresentou uma média de salários mínimos de 0,73, enquanto que no ID a renda média foi de 1,47 e no IG de 0,68, não havendo diferença significativa entre os três grupos ($p=0,16$).

A Tabela 2, a seguir, apresenta os dados relativos à avaliação da história clínica da amostra. O estudo identificou que a idade média do primeiro episódio da doença foi de 29,47 anos no GC, sendo 66,7% de episódios maníacos. No ID, a idade média foi de 27,6 anos, sendo que 60% apresentaram episódio depressivo e no IG, a idade média foi de 26,87 anos, sendo 53,3% episódio maníaco, não havendo diferença significativa entre os grupos ($p=0,81$). Portanto, a maioria da amostra apresentou episódio de mania no primeiro episódio da doença (53,3%).

Referente à idade de diagnóstico da doença, o GC recebeu o diagnóstico com média de 35,07 anos, enquanto IG recebeu diagnóstico com, em média, 32,47 anos e ID com 34 anos, sem diferença significativa entre si ($p=0,81$). Com relação ao número de episódios da doença ao longo da vida, o GC apresentou média de 5,6, enquanto ID e IG apresentaram 4,8 e 5,93 respectivamente, não apresentando diferença significativa ($p=0,76$).

Cabe ressaltar que 75,6% da amostra possuíam pelo menos um familiar de primeiro grau com algum transtorno mental diagnosticado, não apresentando diferença significativa entre os grupos ($p=0,99$).

Referente ao comportamento suicida, 37,8% da amostra possuíam tentativa prévia de suicídio, sem diferença significativa entre si ($p=0,20$). De acordo com achados, a maioria dos pacientes não tinha história de uso de nenhum tipo de substância química (77,8%).

Com relação ao uso de medicações, a maioria da amostra utilizava, em média, três medicações psicotrópicas (37,8%) no momento da admissão do estudo, não tendo diferença significativa entre os grupos ($p=0,71$), cabendo ressaltar que 35,5% faziam uso de mais de três

medicações. Ademais, a maioria dos pacientes não utilizava medicações para comorbidades clínicas (62,2%), sendo que 42,2% dos participantes apresentavam alguma comorbidade, também sem diferença significativa entre os grupos ($p=0,99$).

Tabela 2 – Distribuição de frequência quanto a características clínicas pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação atendidos num CAPS, 2018.

Características	GRUPO			Total N (%)	P-valor
	Controle (GC) N (%)	Domiciliar (ID) N (%)	Grupo (IG) N (%)		
1º EPISÓDIO					0,40
Mania	10 (66,7)	6 (40)	8 (53,3)	24 (53,3)	
Depressão	5 (33,3)	9 (60)	7 (46,7)	21 (46,7)	
IDADE 1º EP (média)*	29,47	27,6	26,87		0,81
Nº EPISÓDIOS (média)	5,6	4,8	5,93		0,76
IDADE DIAGNÓSTICO	35,07	34	32,47		0,84
HISTÓRICO FAMILIAR					0,99
Não	4 (26,7)	4 (26,7)	3 (20)	11 (24,4)	
Sim	11 (73,3)	11 (73,3)	12 (80)	34 (75,6)	
TENTATIVA SUICÍDIO*					0,20
Não	12 (80)	9 (60)	7 (46,7)	28 (62,2)	
Sim	3 (20)	6 (40)	8 (53,3)	17 (37,8)	
USO SUBSTÂNCIAS*					0,55
Não	12 (80)	13 (86,7)	10 (66,7)	35 (77,8)	
Sim	3 (20)	2 (13,3)	5 (33,3)	10 (22,2)	
MEDICAÇÕES PSICOTRÓPICAS ATUAIS*					0,71
2	5 (33,3)	3 (20)	4 (26,7)	12 (26,7)	
3	5 (33,3)	4 (26,7)	8 (53,3)	17 (37,8)	
4	4 (6,7)	6 (40)	3 (20)	13 (28,9)	
5	0 (0,0)	1 (6,7)	0 (0,0)	1 (2,2)	
6	1 (6,7)	1 (6,7)	0 (0,0)	2 (4,4)	
OUTRA COMORBIDADE					0,99
Não	8 (53,3)	9 (60)	9 (60)	26 (57,8)	
Sim	7 (46,7)	6 (40)	6 (40)	19 (42,2)	
MEDICAÇÕES COMORBIDADES					0,64
Não	9 (60)	8 (53,3)	11 (73,3)	28 (62,2)	
Sim	6 (40)	7 (46,7)	4 (26,7)	17 (37,8)	

*marcadores de gravidade da doença

Nota: N=45 pacientes que participaram do estudo. Teste qui quadrado de Pearson e T-student; nível de significância adotado: $p \leq 0,05$.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Como explicitado anteriormente, dos 45 pacientes recrutados para o estudo, 15 foram randomizados para o GC, quinze para ID e quinze para IG. Com as recaídas ($n=7$) e *drop outs*

(n=8), permaneceram 30 sujeitos até o final do estudo, como é possível observar na Figura 1 e Tabela 6, a seguir.

Figura 1 – Número de pacientes que recaíram ou abandonaram o estudo durante as fases de intervenção e acompanhamento

Nota: GC: Grupo Controle; ID: Intervenção Domiciliar; IG: Intervenção em Grupo; Fase de avaliação: T1; fase de intervenção - 8 semanas: T2; fase acompanhamento - 6 meses: T3 e 12 meses: T4

Fonte: Elaborada pelo autor.

Ao final da fase de intervenção (T2), após oito semanas do estudo, dois pacientes apresentaram episódio depressivo no GC. No ID não houve perdas ou recaídas nessa fase, destacando-se que IG não teve recaída, porém cinco pacientes abandonaram o estudo.

Na fase de acompanhamento (T3), após seis meses, dois pacientes abandonaram o estudo no GC e três apresentaram episódio de mania com internação psiquiátrica no mesmo grupo. No ID, um paciente apresentou episódio de mania com internação psiquiátrica e um paciente foi internado por outra comorbidade clínica (Acidente Vascular Cerebral). No IG, não houve recaídas durante esse período.

No final da fase de acompanhamento (T4), após 12 meses de estudo, o GC possuía oito sujeitos, o ID 13 sujeitos e o IG 9 sujeitos, após uma recaída por depressão.

De acordo com a Tabela 3, ao final dos 12 meses de seguimento, o GC apresentou 36,4% de recaídas, IG apresentou 10% e o ID 6,7% de recaídas.

Tabela 3 – Distribuição de frequência quanto ao número de recaídas por depressão ou mania nos três grupos de pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, ao longo do tempo, 2018.

GRUPO	T1	T2	T3	T4	Total
Grupo Controle (n=15)					36,4%
Depressão	0	2 (13,3%)	0	0	
Mania	0	0	3 (23,1%)	0	
Intervenção Domiciliar (n=15)					6,7%
Depressão	0	0	0	0	
Mania	0	0	1 (6,7%)	0	
Intervenção em Grupo (n=10)					10%
Depressão	0	0	0	1 (10%)	
Mania	0	0	0	0	

Nota: T1: Fase de avaliação (admissão); T2: Fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: Fases de acompanhamento (6 e 12 meses). Foram consideradas recaídas por depressão e mania: apresentar escore ≥ 17 na escala HAM-D e ≥ 15 na escala YOUNG, respectivamente, durante o estudo.

Fonte: Elaborada pelo autor.

De acordo com o Gráfico 1 que segue, o GC apresentou número de recaída sintomática consideravelmente maior que os grupos ID e IG.

Gráfico 1 – Número de pacientes com TAB que apresentaram recaída sintomática de mania ou depressão nos três grupos em tratamento padrão e Psicoeducação ao longo do tempo

Nota: Eixo vertical: índice percentual de recaída sintomática; Eixo horizontal: Grupos do estudo - GC: Grupo Controle; IG: Intervenção Domiciliar; ID: Intervenção em Grupo.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com relação aos abandonos do estudo (*drop outs*), cinco participantes (33,3%) do IG abandonaram o estudo ao final do tempo de intervenção (oito semanas). Enquanto que, no GC, dois participantes (15,4%) deixaram o estudo no período de acompanhamento (seis meses) e um participante (6,7%) abandonou o ID no mesmo período, o que segue detalhado na Tabela 4 e Gráfico 2.

Tabela 4 – Número de pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação que abandonaram o estudo nos três grupos ao longo do tempo, 2018.

GRUPO	T1	T2	T3	T4	Total
GC (n=15)	0	0	2 (15,4%)	0	15,4%
ID (n=15)	0	0	1 (6,7%)	0	6,7%
IG (n=15)	0	5 (33,3%)	0	0	33,3%

Nota: T1: Fase de intervenção (admissão); T2: Fase de Intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses); GC: Grupo Controle; ID: Intervenção Domiciliar; IG: Intervenção em Grupo.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Segundo Gráfico 2, os índices de perdas por abandono (*drop outs*) foram maiores no IG, durante a fase de intervenção.

Gráfico 2 – Número de pacientes que abandonaram o estudo durante as fases de intervenção (T1-T2) e acompanhamento (T3-T4)

Nota: Eixo vertical: índice percentual de abandonos do estudo (*drop outs*); Eixo horizontal: fases do estudo – T1: fase de intervenção (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses); GC: Grupo Controle; ID: Intervenção Domiciliar; IG: Intervenção em Grupo.

Fonte: Elaborado pelo autor.

6.2 Sintomas de depressão e mania avaliados pela escala Hamilton e Young

Nos pacientes que não apresentaram recaída sintomática, apresentam-se na Tabela 5, as médias dos sintomas de depressão avaliados pela escala HAM-D nos tempos de intervenção (T1 e T2) e de acompanhamento (T3 e T4) entre o GC, ID e IG.

Tabela 5 – Escore médio de manifestação de sintomas de depressão pelos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, dentro de cada grupo, ao longo do tempo, 2018.

GRUPO	Tempo	n obs.	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1ºQuartil	Mediana	3ºQuartil	Máximo
GC	1	15	15	7,07	4,83	0	2	7	11	15
	2	15	15	7,47	6,46	0	1	7	14	19
	3	15	8	6,75	4,03	2	2	8,5	10	11
	4	15	8	9,63	8,07	0	0	14	15,5	18
ID	1	15	15	5,07	3,73	1	2	3	8	14
	2	15	15	2,73	3,84	0	0	1	5	14
	3	15	13	2,46	2,67	0	1	1	4	9
	4	15	13	1,38	1,94	0	0	0	3	5
IG	1	15	15	5,27	3,86	0	2	5	7	12
	2	15	10	3	3,3	0	0	2,5	4	10
	3	15	10	2,4	2,91	0	0	1,5	5	8
	4	15	10	2,7	6,86	0	0	0	2	22

Nota: HAM-D: *Hamilton Depression Rating Scale*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15). n obs= número de pacientes observados inicialmente; n=número de pacientes permanentes avaliados; dp=desvio padrão.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Nota-se, na Tabela 5, que o GC apresentou aumento, não significativo, nos escores médios de sintomas de depressão, enquanto ID e IG apresentaram queda nos escores, porém não estatisticamente significativa. Portanto, embora tenham sido observadas diferenças na manifestação de sintomas de depressão nos diferentes tempos, em todos os grupos, não houve diferença estatisticamente significativa na comparação dos tempos dentro dos grupos. Na Tabela 6 a seguir, apresentam-se os resultados dos testes realizados na comparação das médias, nos diferentes tempos dentro de cada grupo.

Tabela 6 – Comparação da manifestação de sintomas depressivos segundo escala de HAM-D dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, dentro de cada grupo dentro de cada grupo, ao longo do tempo, 2018.

Comparações	Diferença média	Valor p	IC 95%	
GC (T1 - T2)	-1,31	0,29	-3,76	1,15
GC (T1 - T3)	0,60	0,69	-2,40	3,59
GC (T1 - T4)	-2,28	0,13	-5,28	0,72
GC (T2 - T3)	1,90	0,21	-1,11	4,92
GC (T2 - T4)	-0,97	0,52	-3,98	2,04
GC (T3 - T4)	-2,88	0,09	-6,22	0,47
ID (T1 - T2)	1,46	0,24	-1,00	3,91
ID (T1 - T3)	0,31	0,82	-2,30	2,92
ID (T1 - T4)	0,60	0,66	-2,07	3,26
ID (T2 - T3)	-1,15	0,38	-3,72	1,42
ID (T2 - T4)	-0,86	0,51	-3,47	1,74
ID (T3 - T4)	0,29	0,83	-2,34	2,92
IG (T1 - T2)	1,23	0,38	-1,56	4,01
IG (T1 - T3)	1,54	0,28	-1,26	4,33
IG (T1 - T4)	0,63	0,66	-2,18	3,45
IG (T2 - T3)	0,31	0,84	-2,68	3,31
IG (T2 - T4)	-0,59	0,70	-3,59	2,41
IG (T3 - T4)	-0,90	0,55	-3,90	2,09

Nota: HAM-D: *Hamilton Depression Rating Scale*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; $p \leq 0,05$; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15).

Fonte: Elaborada pelo autor.

Quando comparadas as médias de manifestação de sintomas depressivos entre grupos, nos diferentes tempos, houve resultados estatisticamente significativos, conforme detalhado na Tabela 7 que segue.

Tabela 7 – Comparação entre os grupos da manifestação de sintomas depressivos segundo escala de HAM-D dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, em cada tempo, 2018.

Comparações HAM-D	Diferença média	Valor p	IC 95%	
T1 (GC - ID)	1,05	0,44	- 1,63	3,74
T1 (GC - IG)	1,27	0,35	- 1,41	3,95
T1 (ID - IG)	0,22	0,87	- 2,46	2,90
T2 (GC - ID)	3,82	0,01*	1,14	6,51
T2 (GC - IG)	3,81	0,01*	0,82	6,80
T2 (ID - IG)	-0,01	0,99	- 2,99	2,96
T3 (GC - ID)	0,77	0,65	- 2,60	4,14
T3 (GC - IG)	2,22	0,21	- 1,26	5,69
T3 (ID - IG)	1,45	0,35	- 1,63	4,53
T4 (GC - ID)	3,93	0,03*	0,50	7,36
T4 (GC - IG)	4,19	0,02*	0,68	7,69
T4 (ID - IG)	0,26	0,87	- 2,83	3,34

Nota: HAM-D: *Hamilton Depression Rating Scale*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; * $p \leq 0,05$; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15); T1: fase de avaliação (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses).

Fonte: Elaborada pelo autor.

Observou-se no T2 (8 semanas) que os pacientes do GC apresentaram escores maiores de sintomas de depressão do que os pacientes do grupo de ID ($p \leq 0,01$). O que também pode ser observado ao final de 12 meses (T4), com $p \leq 0,03$. Quando comparados GC e IG, ocorreu o mesmo. Houve maiores escores de sintomas de depressão no grupo controle no T2 ($p \leq 0,01$) e também ao final do acompanhamento no T4 ($p \leq 0,02$).

O Gráfico 3 mostra os resultados da manifestação de sintomas depressivos ao longo do tempo em GC, ID e IG, mostrando um aumento dos escores ao longo do tempo no GC e uma queda dos escores em ID e IG, com significância estatística.

Gráfico 3 – Comparação da manifestação de sintomas depressivos pelos pacientes com TAB, segundo escala de HAM-D entre os três grupos, ao longo do tempo

Nota: HAM-D: *Hamilton Depression Rating Scale*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes.
 Fonte: Elaborado pelo autor.

Na Tabela 8, observa-se que em todos os grupos houve uma diminuição nos escores dos sintomas de mania ao longo dos quatro tempos, avaliados pela escala de YOUNG, com significância estatística.

Tabela 8 – Manifestação de sintomas de mania pelos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, dentro de cada grupo, ao longo do tempo, 2018.

GRUPO	Tempo	n obs.	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1ºQuartil	Mediana	3ºQuartil	Máximo
GC	1	15	15	4,53	4,91	0	0	3	8	15
	2	15	15	1,47	2,33	0	0	1	2	9
	3	15	8	0,13	0,35	0	0	0	0	1
	4	15	8	1,88	2,17	0	0	1	4	5
ID	1	15	15	2,2	2,21	0	0	2	4	7
	2	15	15	2,53	3,58	0	0	2	3	12
	3	15	13	0,46	0,78	0	0	0	1	2
	4	15	13	0	0	0	0	0	0	0
IG	1	15	15	3,47	4,26	0	0	2	4	14
	2	15	10	2,7	4,27	0	0	0	6	10
	3	15	10	1,4	2,67	0	0	0	2	8
	4	15	10	0,8	2,53	0	0	0	0	8

Nota: *Young Mania Rating Scale*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15); T1: Fase de Avaliação (admissão); T2: Fase de Intervenção (8 semanas); T3 e T4: Fases de Acompanhamento (6 e 12 meses); n obs= número de pacientes observados inicialmente; n=número de pacientes permanentes avaliados; dp=desvio padrão.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Na Tabela 9, identifica-se uma queda na escala de YOUNG ao longo do tempo do início do estudo à fase de acompanhamento após 12 meses de intervenção, tendo no GC um nível de significância de $p=0,04$, em ID $p=0,05$ e em IG $p<0,01$.

Tabela 9 – Comparação da manifestação de sintomas de mania segundo escala YOUNG, dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, entre os tempos, dentro de cada grupo, 2018.

Comparações	Diferença média	Valor p	IC 95%	
GC (T1 - T2)	0,58	0,02	0,11	1,04
GC (T1 - T3)	1,27	<0,01	0,71	1,84
GC (T1 - T4)	0,60	0,04	0,03	1,16
GC (T2 - T3)	0,70	0,02	0,13	1,27
GC (T2 - T4)	0,02	0,95	-0,55	0,59
GC (T3 - T4)	-0,68	0,04	-1,31	-0,05
ID (T1 - T2)	-0,06	0,79	-0,53	0,40
ID (T1 - T3)	0,33	0,19	-0,17	0,82
ID (T1 - T4)	0,51	0,05	0,01	1,02
ID (T2 - T3)	0,39	0,11	-0,09	0,87
ID (T2 - T4)	0,58	0,02	0,09	1,07
ID (T3 - T4)	0,19	0,46	-0,31	0,68
IG (T1 - T2)	0,30	0,26	-0,23	0,83
IG (T1 - T3)	0,52	0,05	-0,01	1,05
IG (T1 - T4)	0,72	<0,01	0,19	1,25
IG (T2 - T3)	0,22	0,44	-0,34	0,78
IG (T2 - T4)	0,42	0,14	-0,14	0,99
IG (T3 - T4)	0,20	0,48	-0,36	0,77

Nota: *Young Mania Rating Scale*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; $p \leq 0,05$; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15); T1: fase de avaliação (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses).

Fonte: Elaborada pelo autor.

De acordo com a Tabela 10, quando comparados os grupos durante o estudo, não foi encontrada significância estatística entre eles.

Tabela 10 – Comparação da manifestação de sintomas de mania pelos pacientes com TAB, entre os três grupos ao longo do tempo, 2018.

Comparações YOUNG	Diferença média	Valor p	IC 95%	
T1 (GC - ID)	0,34	0,20	- 0,18	0,85
T1 (GC - IG)	0,15	0,56	- 0,36	0,67
T1 (ID - IG)	-0,18	0,48	- 0,70	0,33
T2 (GC - ID)	-0,30	0,24	- 0,82	0,21
T2 (GC - IG)	-0,13	0,66	- 0,70	0,45
T2 (ID - IG)	0,18	0,54	- 0,39	0,75
T3 (GC - ID)	-0,61	0,06	- 1,26	0,03
T3 (GC - IG)	-0,60	0,08	- 1,27	0,06
T3 (ID - IG)	0,01	0,97	- 0,58	0,60
T4 (GC - ID)	0,25	0,45	- 0,40	0,91
T4 (GC - IG)	0,28	0,41	- 0,39	0,95
T4 (ID - IG)	0,03	0,93	- 0,57	0,62

Nota: *Young Mania Rating Scale*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; $p \leq 0,05$; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15); T1: fase de avaliação (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses).

Fonte: Elaborada pelo autor.

No Gráfico 4, está apresentada a comparação dos resultados referentes aos sintomas de mania, avaliados por meio da escala de YOUNG entre os três grupos, mostrando uma queda nos escores da escala do início do estudo à fase de acompanhamento, após 12 meses de intervenção.

Gráfico 4 – Comparação da manifestação de sintomas depressivos pelos pacientes com TAB, segundo escala YOUNG entre os três grupos, ao longo do tempo.

Nota: *Young Mania Rating Scale*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; $p \leq 0,05$.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quando se observa a relação entre idade do primeiro episódio, número de episódios e estresse percebido, verificamos que a variável estresse percebido apresentou uma influência estatisticamente significativa ($p < 0,01$) tanto na manifestação de sintomas depressivos, quanto na manifestação de sintomas de mania dos pacientes com TAB, mostrando que quanto maior o estresse percebido, maior a manifestação de sintomas de mania e depressão. É o que se detalha nas Tabelas 11 e 12 que seguem.

Tabela 11 – Relação da idade do primeiro episódio da doença, o número de episódios da doença e a escala de estresse percebido, associados aos sintomas depressivos dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, 2018.

Variáveis	Coefficiente	Valor p	IC 95%	
ID 1º EPISÓDIO	0,01	0,76	-0,06	0,08
Nº DE EPISÓDIOS	0,13	0,15	-0,05	0,31
EEP	0,26	<0,01	0,19	0,33

Nota: HAM-D: *Hamilton Depression Rating Scale*. Análise de Variância (ANOVA); $p \leq 0,05$; ID: Idade do primeiro episódio da doença; Nº: número de episódios da doença; EEP: Escala de Estresse Percebido; IC: Intervalo de Confiança.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Tabela 12 – Relação da idade do primeiro episódio da doença, o número de episódios da doença e a escala de estresse percebido, associados aos sintomas de mania dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, 2018.

Variáveis	Coefficiente*	Valor p	IC 95%*	
ID 1º EPISÓDIO	-0,01	0,08	-0,03	0,001
Nº DE EPISÓDIOS	-0,01	0,69	-0,04	0,03
EEP	0,03	<0,01	0,02	0,04

Nota: *Young Mania Rating Scale*. Análise de Variância (ANOVA); $p \leq 0,05$; ID: Idade do primeiro episódio da doença; Nº: número de episódios da doença; EEP: Escala de Estresse Percebido; IC: Intervalo de Confiança

*Transformação LOG+1.

Fonte: Elaborada pelo autor.

6.3 Qualidade de vida avaliada pela escala WHOQOL-brief

Com relação à qualidade de vida, observou-se significativa queda no **Domínio Físico**, caracterizado por $p = < 0,01$, entre os pacientes com TAB, no GC, ao final dos 12 meses de acompanhamento (T1-T4), conforme Tabela 13. Porém, no ID foi observada elevação dos escores no Domínio Físico, sem significância estatística, como evidenciado nas Tabelas 13 e 14.

Tabela 13 – Qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-brief dentro de cada grupo, ao longo do tempo - **Domínio Físico**, 2018.

GRUPO	Tempo	n obs.	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1ºQuartil	Mediana	3ºQuartil	Máximo
GC	1	15	15	53,1	15,79	32,14	39,29	46,43	60,71	89,29
	2	15	15	47,62	19,45	17,86	35,71	39,29	60,71	82,14
	3	15	8	46,43	19,09	17,86	33,93	44,64	58,93	78,57
	4	15	8	41,07	21,34	14,29	26,79	33,93	57,14	78,57
ID	1	15	15	59,76	11,8	46,43	50	57,14	67,86	85,71
	2	15	15	64,4	16,48	39,29	46,43	64,29	75	87,5
	3	15	13	66,21	9,63	57,14	57,14	64,29	71,43	85,71
	4	15	13	68,96	10,14	53,57	60,71	67,86	75	85,71
IG	1	15	15	54,76	12,99	35,71	46,43	50	64,29	85,71
	2	15	10	65,36	13,99	42,86	57,14	64,29	71,43	96,43
	3	15	10	65,36	11,91	50	60,71	62,5	71,43	92,86
	4	15	10	64,29	10,91	42,86	57,14	66,07	67,86	85,71

Nota: WHOQOL-brief: *World Health Organization Quality of Life*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15); T1: fase de avaliação (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses). n obs= número de pacientes observados inicialmente; n=número de pacientes permanentes avaliados; dp=desvio padrão.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Tabela 14 – Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-brief em cada grupo ao longo do tempo – **Domínio Físico**, 2018.

Comparações	Diferença média	Valor p	IC 95%	
GC (T1 - T2)	8,06	0,01	1,78	14,33
GC (T1 - T3)	5,80	0,14	-2,03	13,62
GC (T1 - T4)	11,15	<0,01	3,33	18,98
GC (T2 - T3)	-2,26	0,57	-10,12	5,60
GC (T2 - T4)	3,10	0,44	-4,77	10,96
GC (T3 - T4)	5,36	0,22	-3,17	13,89
ID (T1 - T2)	-2,16	0,50	-8,43	4,11
ID (T1 - T3)	0,37	0,91	-6,38	7,12
ID (T1 - T4)	-0,14	0,97	-7,09	6,80
ID (T2 - T3)	2,53	0,45	-4,07	9,14
ID (T2 - T4)	2,02	0,55	-4,71	8,75
ID (T3 - T4)	-0,51	0,88	-7,24	6,21
IG (T1 - T2)	-7,15	0,05	-14,45	0,15
IG (T1 - T3)	-6,33	0,09	-13,65	0,99
IG (T1 - T4)	-3,55	0,34	-10,94	3,85
IG (T2 - T3)	0,82	0,83	-6,82	8,45
IG (T2 - T4)	3,60	0,35	-4,06	11,27
IG (T3 - T4)	2,78	0,47	-4,86	10,43

Nota: WHOQOL-brief: *World Health Organization Quality of Life*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; p≤0,05; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15); T1: fase de avaliação (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses).

Fonte: Elaborada pelo autor.

Como pode ser observado na Tabela 15, que segue, os pacientes com TAB dos grupos ID e IG, quando comparados aos pacientes do GC, apresentaram melhor qualidade de vida no Domínio Físico. Observou-se que os pacientes do ID apresentaram melhor qualidade de vida que os do GC na fase da intervenção T2 ($p < 0,01$) e na fase de acompanhamento T4 ($p < 0,01$). Os pacientes da IG apresentaram melhor qualidade de vida quando comparados ao GC na fase de intervenção T2 ($p < 0,01$) e na fase de acompanhamento T3 e T4 ($p = 0,02$ e $p < 0,01$), respectivamente. Quando comparados ID e IG, não houve significância estatística.

Tabela 15 – Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-brief entre os três grupos ao longo do tempo – **Domínio Físico**, 2018.

Comparações	Diferença média	Valor p	IC 95%	
T1 (GC - ID)	-3,42	0,43	-11,93	5,08
T1 (GC - IG)	-0,03	0,99	-8,50	8,45
T1 (ID - IG)	3,40	0,43	-5,07	11,87
T2 (GC - ID)	-13,64	<0,01	-22,14	-5,14
T2 (GC - IG)	-15,23	<0,01	-24,50	-5,97
T2 (ID - IG)	-1,59	0,73	-10,84	7,66
T3 (GC - ID)	-8,85	0,09	-19,02	1,32
T3 (GC - IG)	-12,15	0,02	-22,61	-1,70
T3 (ID - IG)	-3,30	0,49	-12,82	6,21
T4 (GC - ID)	-14,72	<0,01	-25,06	-4,37
T4 (GC - IG)	-14,73	<0,01	-25,26	-4,20
T4 (ID - IG)	-0,01	0,99	-9,54	9,53

Nota: WHOQOL-brief: *World Health Organization Quality of Life*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; $p \leq 0,05$; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15); T1: fase de avaliação (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses).

Fonte: Elaborada pelo autor.

O Gráfico 5 apresenta a comparação dos escores de qualidade de vida nos pacientes do estudo entre os grupos ao longo do tempo.

Gráfico 5 – Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB, segundo escala WHOQOL-brief entre grupos ao longo do tempo – **Domínio Físico**

Nota: WHOQOL-brief: *World Health Organization Quality of Life*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quando analisados todos os 45 sujeitos do estudo, observou-se também que quanto maior o número de episódios sintomatológicos da doença entre os pacientes com TAB, menor é o escore de qualidade de vida no Domínio Físico ($p=0,02$). Conforme detalhado na Tabela 16 que segue. Ou seja, quanto mais episódios da doença teve o sujeito ao longo da vida, menor será sua qualidade de vida. Observou-se ainda que quanto maior o escore de estresse percebido entre estes pacientes, menor o escore de qualidade de vida relacionada ao Domínio Físico ($p\leq 0,01$, Tabela 16).

Tabela 16 – Relação entre a idade do primeiro episódio, o número de episódios da doença, a EEP e qualidade de vida avaliada pela escala WHOQOL-brief – **Domínio Físico**, dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, 2018.

Variáveis	Coefficiente	Valor p	IC 95%	
IDADE 1º EPSÓDIO	-0,14	0,28	-0,41	0,12
Nº DE EPISÓDIOS	-0,81	0,02	-1,49	-0,13
EEP	-0,74	<0,01	-0,96	-0,53

Nota: WHOQOL-brief: *World Health Organization Quality of Life*. Análise de Variância (ANOVA); $p \leq 0,05$; EEP: Escala de Estresse Percebido; IC: Intervalo de Confiança.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Na qualidade de vida medida pelo **Domínio Psicológico**, foi identificado que o GC apresentou queda no escore do início do estudo ao final de acompanhamento após 12 meses, sem significância estatística. Enquanto ID e IG apresentaram aumento nos escores nesse mesmo tempo, sendo identificada significância estatística apenas para IG ($p=0,05$), de acordo com tabelas 17 e 18.

Tabela 17 – Qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-brief dentro de cada grupo, ao longo do tempo - **Domínio Psicológico**, 2018.

GRUPO	Tempo	n obs.	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1ºQuartil	Mediana	3ºQuartil	Máximo
GC	1	15	15	51,11	21,76	12,5	35	50	62,5	91,67
	2	15	15	47,22	23,02	12,5	25	54,17	62,5	83,33
	3	15	8	43,23	23,46	8,33	29,17	35,42	66,67	75
	4	15	8	41,67	25,39	12,5	20,83	33,33	68,75	75
ID	1	15	15	59,17	20,61	20,83	45,83	54,17	79,17	95,83
	2	15	15	62,5	21,36	25	45,83	62,5	79,17	95,83
	3	15	13	67,31	13,8	50	58,33	66,67	75	91,67
	4	15	13	74,04	11,3	58,33	66,67	75	79,17	95,83
IG	1	15	15	52,22	19,79	25	33,33	50	70,83	87,5
	2	15	10	62,92	20,27	37,5	41,67	64,58	79,17	91,67
	3	15	10	67,08	16,95	41,67	50	66,67	83,33	87,5
	4	15	10	68,33	17,59	37,5	54,17	68,75	83,33	91,67

Nota: WHOQOL-brief: *World Health Organization Quality of Life*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15); T1: fase de avaliação (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses); n obs=número de pacientes observados inicialmente; n=número de pacientes permanentes avaliados; dp=desvio padrão.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Tabela 18 – Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-brief em cada grupo ao longo do tempo – **Domínio Psicológico**, 2018.

Comparações	Diferença média	Valor p	IC 95%	
GC (T1 - T2)	7,13	0,06	-0,21	14,48
GC (T1 - T3)	2,99	0,52	-6,21	12,20
GC (T1 - T4)	4,56	0,33	-4,65	13,76
GC (T2 - T3)	-4,14	0,38	-13,39	5,11
GC (T2 - T4)	-2,58	0,58	-11,82	6,67
GC (T3 - T4)	1,56	0,76	-8,42	11,54
ID (T1 - T2)	-0,21	0,95	-7,56	7,13
ID (T1 - T3)	0,52	0,90	-7,41	8,45
ID (T1 - T4)	-3,40	0,41	-11,58	4,77
ID (T2 - T3)	0,73	0,85	-7,01	8,47
ID (T2 - T4)	-3,19	0,42	-11,10	4,71
ID (T3 - T4)	-3,92	0,32	-11,79	3,95
IG (T1 - T2)	-6,61	0,13	-15,23	2,00
IG (T1 - T3)	-9,75	0,03	-18,39	-1,11
IG (T1 - T4)	-8,85	0,05	-17,57	-0,12
IG (T2 - T3)	-3,14	0,49	-12,07	5,79
IG (T2 - T4)	-2,23	0,62	-11,21	6,74
IG (T3 - T4)	0,90	0,84	-8,04	9,85

Nota: WHOQOL-brief: *World Health Organization Quality of Life*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; $p \leq 0,05$; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15); T1: fase de avaliação (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses).

Fonte: Elaborada pelo autor.

Observou-se também uma queda significativa do escore relacionado à qualidade de vida deste domínio no IG ($p=0,05$) do início do estudo e após 12 meses de seguimento (T1-T4), de acordo com Tabela 18.

Como se pode observar na Tabela 19, quando feita a comparação entre grupos, houve diferença estatisticamente significativa na fase de intervenção T2 do GC para os outros dois grupos, sendo que o GC apresentou menor escore de qualidade de vida que ID ($p=0,04$) e IG ($p=0,03$). Não havendo significância estatística se comparados ID com IG.

Tabela 19 – Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-brief entre os três grupos ao longo do tempo – Domínio Psicológico, 2018.

Comparações	Diferença média	Valor p	IC 95%	
T1 (GC - ID)	-4,32	0,44	-15,27	6,64
T1 (GC - IG)	0,97	0,86	-9,96	11,89
T1 (ID - IG)	5,28	0,34	-5,64	16,20
T2 (GC - ID)	-11,66	0,04	-22,62	-0,71
T2 (GC - IG)	-12,78	0,03	-24,60	-0,97
T2 (ID - IG)	-1,12	0,85	-12,93	10,69
T3 (GC - ID)	-6,79	0,30	-19,60	6,02
T3 (GC - IG)	-11,78	0,08	-24,92	1,36
T3 (ID - IG)	-4,99	0,42	-17,09	7,12
T4 (GC - ID)	-12,28	0,06	-25,30	0,75
T4 (GC - IG)	-12,44	0,07	-25,67	0,79
T4 (ID - IG)	-0,16	0,98	-12,29	11,97

Nota: WHOQOL-brief: *World Health Organization Quality of Life*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; $p \leq 0,05$; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15); T1: fase de avaliação (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses).

Fonte: Elaborada pelo autor.

O gráfico 6 que segue evidencia a comparação da qualidade de vida entre os três grupos no domínio psicológico.

Gráfico 6 – Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-brief entre os três grupos ao longo do tempo – Domínio Psicológico.

Nota: WHOQOL-brief: *World Health Organization Quality of Life*. Regressão linear de efeitos mistos.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Quando se verificou a relação da idade do primeiro episódio da doença, número de episódios e estresse percebido Tabela 20, observou-se associação entre o estresse percebido e a qualidade de vida no Domínio Psicológico ($p \leq 0,01$). Evidenciando que, quanto maior o estresse de vida percebido, menores são os escores de qualidade de vida neste domínio.

Tabela 20 – Relação entre a idade do primeiro episódio, o número de episódios da doença, a EEP e a qualidade de vida avaliada pela escala WHOQOL-brief – **Domínio Psicológico** dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, 2018.

Variáveis	Efeito das covariáveis			
	Coefficiente	Valor p	IC 95%	
IDADE 1º EPSÓDIO	-0,14	0,43	-0,50	0,21
Nº DE EPISÓDIOS	-0,68	0,15	-1,60	0,24
EEP	-0,94	<0,01	-1,21	-0,66

Nota: WHOQOL-brief: World Health Organization Quality of Life. Análise de Variância (ANOVA); $p \leq 0,05$; EEP: Escala de Estresse Percebido; IC: Intervalo de Confiança.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Com relação à qualidade de vida avaliada pelo **Domínio Social**, identificou-se que os pacientes do GC apresentaram queda do escore de qualidade de vida do início ao final do estudo (T1-T4), sem significância estatística (Tabelas 21 e 22). Por outro lado, os pacientes do grupo ID apresentaram aumento significativo do escore de qualidade de vida no mesmo período ($p=0,03$). Já os pacientes do grupo IG também apresentaram aumento do escore, porém sem significância estatística (Tabelas 21 e 22).

Tabela 21 – Qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-brief, dentro de cada grupo, ao longo do tempo – **Domínio Social**, 2018.

GRUPO	Tempo	n obs.	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1ºQuartil	Mediana	3ºQuartil	Máximo
GC	1	15	15	48,33	26,58	8,33	25	50	66,67	100
	2	15	15	52,78	20,57	16,67	41,67	58,33	66,67	91,67
	3	15	8	44,79	17,22	16,67	33,33	45,83	58,33	66,67
	4	15	8	39,58	18,77	8,33	29,17	37,5	54,17	66,67
ID	1	15	15	50,56	24,29	8,33	33,33	50	66,67	100
	2	15	15	67,22	17,95	41,67	50	66,67	75	100
	3	15	13	68,59	19,88	33,33	58,33	66,67	75	100
	4	15	13	72,44	12,45	58,33	66,67	66,67	75	100
IG	1	15	15	51,11	23,12	0	33,33	58,33	75	75
	2	15	10	56,67	21,08	33,33	41,67	50	66,67	91,67
	3	15	10	65,83	13,86	41,67	58,33	66,67	75	83,33
	4	15	10	66,67	14,16	41,67	58,33	70,83	75	83,33

Nota: WHOQOL-brief: *World Health Organization Quality of Life*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15); T1: fase de avaliação (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses); n obs= número de pacientes observados inicialmente; n=número de pacientes permanentes avaliados; dp=desvio padrão.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Tabela 22 – Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-brief em cada grupo ao longo do tempo – **Domínio Social**, 2018.

Comparações	Diferença média	Valor p	IC 95%	
GC (T1 - T2)	-1,36	0,76	-10,26	7,53
GC (T1 - T3)	3,30	0,56	-7,83	14,42
GC (T1 - T4)	8,50	0,13	-2,62	19,63
GC (T2 - T3)	4,66	0,41	-6,52	15,84
GC (T2 - T4)	9,87	0,08	-1,31	21,04
GC (T3 - T4)	5,21	0,39	-6,88	17,29
ID (T1 - T2)	-13,70	<0,01	-22,59	-4,81
ID (T1 - T3)	-9,70	0,05	-19,28	-0,11
ID (T1 - T4)	-10,88	0,03	-20,75	-1,00
ID (T2 - T3)	4,01	0,40	-5,36	13,38
ID (T2 - T4)	2,83	0,56	-6,73	12,39
ID (T3 - T4)	-1,18	0,81	-10,71	8,35
IG (T1 - T2)	-0,89	0,86	-11,29	9,50
IG (T1 - T3)	-9,08	0,09	-19,51	1,35
IG (T1 - T4)	-7,87	0,14	-18,40	2,66
IG (T2 - T3)	-8,19	0,14	-19,00	2,63
IG (T2 - T4)	-6,98	0,21	-17,84	3,89
IG (T3 - T4)	1,21	0,82	-9,62	12,05

Nota: WHOQOL-brief: *World Health Organization Quality of Life*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; $p \leq 0,05$; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15); T1: fase de avaliação (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses).

Fonte: Elaborada pelo autor.

Quando comparados os três grupos, na Tabela 23, é possível observar que houve aumento significativo dos escores de qualidade de vida entre os pacientes do ID e do IG comparados ao GC ($p=0,02$ e $p=0,03$ respectivamente).

Tabela 23 – Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-brief entre os três grupos ao longo do tempo – **Domínio Social**, 2018.

Comparações	Diferença média	Valor p	IC 95%	
T1 (GC - ID)	0,69	0,91	-12,08	13,46
T1 (GC - IG)	-1,45	0,82	-14,18	11,27
T1 (ID - IG)	-2,15	0,74	-14,86	10,57
T2 (GC - ID)	-11,65	0,07	-24,41	1,11
T2 (GC - IG)	-0,99	0,89	-14,81	12,84
T2 (ID - IG)	10,66	0,13	-3,15	24,47
T3 (GC - ID)	-12,30	0,11	-27,36	2,76
T3 (GC - IG)	-13,83	0,08	-29,30	1,63
T3 (ID - IG)	-1,53	0,83	-15,71	12,64
T4 (GC - ID)	-18,69	0,02	-34,00	-3,37
T4 (GC - IG)	-17,83	0,03	-33,40	-2,26
T4 (ID - IG)	0,86	0,90	-13,35	15,06

Nota: WHOQOL-brief: *World Health Organization Quality of Life*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; $p \leq 0,05$; GC: Grupo Controle ($n=15$); ID: Intervenção Domiciliar ($n=15$); IG: Intervenção em Grupo ($n=15$); T1: fase de avaliação (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses).

Fonte: Elaborada pelo autor.

O Gráfico 7, a seguir, apresenta a comparação dos três grupos entre os tempos, identificando que o GC possui menor qualidade de vida com relação ao domínio social que os grupos ID e IG.

Gráfico 7 – Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-brief entre os três grupos ao longo do tempo – **Domínio Social**

Nota: WHOQOL-brief: *World Health Organization Quality of Life*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; $p \leq 0,05$; GC: Grupo Controle ($n=15$); ID: Intervenção Domiciliar ($n=15$); IG: Intervenção em Grupo ($n=15$); T1: fase de intervenção (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses).

Fonte: Elaborada pelo autor.

Com relação ao Domínio Social, conforme descrito na Tabela 24, a seguir, houve significativa relação entre o estresse percebido e a qualidade de vida relacionada ao domínio ($p \leq 0,01$), evidenciando que quanto maior o estresse percebido, menor são os escores de qualidade de vida no Domínio Social (Tabela 24).

Tabela 24 – Relação entre a idade do primeiro episódio, o número de episódios da doença, a EEP e a qualidade de vida avaliada pela escala WHOQOL-brief – **Domínio Social**, 2018.

Variáveis	Coefficiente	Valor p	IC 95%	
ID 1º EPSÓDIO	0,14	0,51	-0,27	0,54
Nº DE EPISÓDIOS	-0,48	0,37	-1,53	0,58
EEP	-0,89	<0,01	-1,21	-0,57

Nota: WHOQOL-brief: *World Health Organization Quality of Life*. Análise de Variância (ANOVA); $p \leq 0,05$; ID: Idade do primeiro episódio da doença; Nº: número de episódios da doença; EEP: Escala de Estresse Percebido; IC: Intervalo de Confiança.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Com relação ao **Domínio Ambiental**, nas Tabelas 25 e 26, verifica-se que os pacientes dos grupos ID e IG apresentaram elevação dos escores de qualidade de vida relacionada ao domínio ambiental ao longo do acompanhamento de 12 meses. Tal elevação foi estatisticamente significativa em IG de T1 a T4 ($p < 0,01$, Tabela 25).

Tabela 25 – Qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-brief, dentro de cada grupo, ao longo do tempo – **Domínio Ambiental**, 2018.

GRUPO	Tempo	n obs.	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1ºQuartil	Mediana	3ºQuartil	Máximo
GC	1	15	15	52,08	17,59	15,63	40,63	53,13	65,63	71,88
	2	15	15	52,29	16,26	18,75	40,63	53,13	62,5	78,13
	3	15	8	50	19,48	18,75	39,06	45,31	67,19	78,13
	4	15	8	48,44	20,39	18,75	34,38	43,75	68,75	75
ID	1	15	15	58,75	16,75	37,5	43,75	56,25	68,75	93,75
	2	15	15	59,79	14,89	40,63	50	56,25	68,75	90,63
	3	15	13	64,42	12,47	46,88	56,25	62,5	71,88	93,75
	4	15	13	70,19	10,41	59,38	62,5	68,75	71,88	96,88
IG	1	15	15	47,92	20,82	3,13	28,13	56,25	62,5	75
	2	15	10	49,69	20,86	15,63	37,5	50	65,63	84,38
	3	15	10	56,88	18,56	28,13	50	56,25	68,75	90,63
	4	15	10	63,13	17,17	28,13	50	65,63	71,88	90,63

Nota: WHOQOL-brief: *World Health Organization Quality of Life*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15); T1: fase de avaliação (admissão); T2: Fase de Intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses); n obs= número de pacientes observados inicialmente; n=número de pacientes permanentes avaliados; dp=desvio padrão.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Tabela 26 – Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-brief em cada grupo ao longo do tempo – **Domínio Ambiental**, 2018.

Comparações	Diferença média	Valor p	IC 95%	
GC (T1 - T2)	1,83	0,54	-4,03	7,69
GC (T1 - T3)	2,20	0,56	-5,19	9,59
GC (T1 - T4)	3,76	0,31	-3,63	11,15
GC (T2 - T3)	0,37	0,92	-7,06	7,79
GC (T2 - T4)	1,93	0,61	-5,49	9,35
GC (T3 - T4)	1,56	0,70	-6,39	9,51
ID (T1 - T2)	0,92	0,76	-4,94	6,78
ID (T1 - T3)	0,54	0,87	-5,82	6,89
ID (T1 - T4)	-3,47	0,30	-10,06	3,12
ID (T2 - T3)	-0,38	0,90	-6,57	5,81
ID (T2 - T4)	-4,39	0,17	-10,72	1,95
ID (T3 - T4)	-4,01	0,21	-10,28	2,27
IG (T1 - T2)	-2,92	0,41	-9,87	4,03
IG (T1 - T3)	-9,46	<0,01	-16,43	-2,49
IG (T1 - T4)	-14,36	<0,01	-21,41	-7,31
IG (T2 - T3)	-6,54	0,07	-13,65	0,57
IG (T2 - T4)	-11,44	<0,01	-18,59	-4,28
IG (T3 - T4)	-4,90	0,18	-12,03	2,23

Nota: WHOQOL-brief: *World Health Organization Quality of Life*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; $p \leq 0,05$; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15); T1: fase de avaliação (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses).

Fonte: Elaborada pelo autor.

Quando comparados os grupos entre si, observou-se que os pacientes do GC apresentaram menor escore de qualidade de vida ($md=48,44$), do que os pacientes do IG ao final do estudo (T4), com valor de $p=0,04$ (Tabela 27).

Não houve diferença significativa entre ID e GC ou entre ID e IG.

Tabela 27 – Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-brief entre os três grupos ao longo do tempo – **Domínio Ambiental**, 2018.

Comparações	Diferença média	Valor p	IC 95%	
T1 (GC - ID)	-4,72	0,39	-15,59	6,16
T1 (GC - IG)	5,05	0,36	-5,80	15,90
T1 (ID - IG)	9,76	0,08	-1,08	20,61
T2 (GC - ID)	-5,63	0,31	-16,50	5,25
T2 (GC - IG)	0,30	0,96	-11,18	11,78
T2 (ID - IG)	5,93	0,31	-5,56	17,41
T3 (GC - ID)	-6,38	0,30	-18,54	5,78
T3 (GC - IG)	-6,61	0,29	-19,00	5,78
T3 (ID - IG)	-0,23	0,97	-11,93	11,46
T4 (GC - ID)	-11,94	0,06	-24,27	0,38
T4 (GC - IG)	-13,07	0,04	-25,53	-0,61
T4 (ID - IG)	-1,13	0,85	-12,84	10,59

Nota: WHOQOL-brief: *World Health Organization Quality of Life*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; $p \leq 0,05$; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15); T1: fase de avaliação (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses).

Fonte: Elaborada pelo autor.

Como se pode identificar no Gráfico 8, os pacientes do IG apresentaram melhor qualidade de vida relacionada ao domínio ambiental que os outros dois grupos ao final do estudo.

Gráfico 8 – Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo escala WHOQOL-brief entre os três grupos ao longo do tempo – **Domínio Ambiental**

Nota: WHOQOL-brief: *World Health Organization Quality of Life*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; $p \leq 0,05$; GC: Grupo Controle ($n=15$); ID: Intervenção Domiciliar ($n=15$); IG: Intervenção em Grupo ($n=15$); T1: fase de avaliação (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses).

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na avaliação da relação entre a idade do primeiro episódio da doença, número de episódios e o estresse percebido na qualidade de vida (Tabela 28), verifica-se associação significativa entre a EEP e a qualidade de vida no Domínio Ambiental ($p \leq 0,01$), evidenciando que quanto maior o estresse percebido, menor a qualidade de vida dos pacientes neste domínio.

Tabela 28 – Relação entre a idade do primeiro episódio, o número de episódios da doença, a EEP e a qualidade de vida avaliada pela escala WHOQOL-brief – **Domínio Ambiental** dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, 2018.

Variáveis	Coefficiente	Valor p	IC 95%	
IDADE 1º EPSÓDIO	0,09	0,65	-0,29	0,46
Nº DE EPISÓDIOS	-0,34	0,50	-1,31	0,64
EEP	-0,59	<0,01	-0,83	-0,35

Nota: WHOQOL-brief: *World Health Organization Quality of Life*. Análise de Variância (ANOVA); $p \leq 0,05$; EEP: Escala de Estresse Percebido; IC: Intervalo de Confiança.

Fonte: Elaborada pelo autor.

6.4 Estresse percebido avaliado pela escala EEP entre pacientes com TAB em tratamento padrão e psicoeducação

Com relação ao estresse percebido, pode-se observar que o GC apresentou aumento não significativo do escore do início ao final do estudo (T1-T4), conforme descrito nas Tabelas 29 e 30. Por outro lado, os pacientes com TAB no ID apresentaram queda significativa do estresse percebido ao longo dos 12 meses de acompanhamento ($p < 0,01$, Tabela 29). O que também foi observado entre os pacientes do IG, porém sem significância estatística.

Tabela 29 – Estresse percebido dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, segundo Escala de Estresse Percebido, dentro de cada grupo, ao longo do tempo, 2018.

GRUPO	Tempo	n obs.	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1ºQuartil	Mediana	3ºQuartil	Máximo
GC	1	15	15	30,27	12,53	10	16	32	40	50
	2	15	15	26,8	10	3	21	30	34	41
	3	15	8	32,13	9,22	14	28,5	32,5	39	43
	4	15	8	32,13	9,01	15	27,5	33,5	38	44
ID	1	15	15	27,13	10,18	12	18	26	35	46
	2	15	15	23,8	11,66	8	14	24	33	46
	3	15	13	18,46	8,08	2	13	19	25	29
	4	15	13	15,46	7,01	2	10	19	22	23
IG	1	15	15	28,2	12,75	2	20	29	40	45
	2	15	10	24,7	8,79	14	18	21,5	34	37
	3	15	10	23,6	6,28	14	18	26,5	27	32
	4	15	10	21,3	7,56	7	19	23	23	34

Nota: EEP (PSS): *Perceived Stress Scale*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15); T1: fase de avaliação (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses); n obs= número de pacientes observados inicialmente; n=número de pacientes permanentes avaliados; dp=desvio padrão.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Tabela 30 – Comparação dos escores da Escala de Estresse Percebido dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, entre os tempos, dentro de cada grupo, 2018.

Comparações	Diferença média	Valor p	IC 95%	
GC (T1 - T2)	3,47	0,11	-0,83	7,76
GC (T1 - T3)	0,41	0,88	-5,05	5,88
GC (T1 - T4)	0,41	0,88	-5,05	5,88
GC (T2 - T3)	-3,05	0,27	-8,51	2,41
GC (T2 - T4)	-3,05	0,27	-8,51	2,41
GC (T3 - T4)	0,00	0,99	-5,88	5,88
ID (T1 - T2)	3,33	0,13	-0,96	7,63
ID (T1 - T3)	7,39	<0,01	2,86	11,91
ID (T1 - T4)	10,39	<0,01	5,86	14,91
ID (T2 - T3)	4,05	0,08	-0,47	8,58
ID (T2 - T4)	7,05	<0,01	2,53	11,58
ID (T3 - T4)	3,00	0,20	-1,62	7,62
IG (T1 - T2)	1,88	0,47	-3,24	7,00
IG (T1 - T3)	2,98	0,25	-2,14	8,10
IG (T1 - T4)	5,28	0,04	0,16	10,40
IG (T2 - T3)	1,10	0,68	-4,16	6,36
IG (T2 - T4)	3,40	0,20	-1,86	8,66
IG (T3 - T4)	2,30	0,39	-2,96	7,56

Nota: EEP (PSS): *Perceived Stress Scale*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; $p \leq 0,05$; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15); T1: fase de avaliação (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses).

Quando comparados os grupos entre si, o GC apresentou maior estresse percebido com relação a ID ($p < 0,01$). Não houve diferença com significância estatística entre IG e ID ou com relação ao GC (Tabela 31 e Gráfico 9).

Tabela 31 – Comparação dos escores de estresse Percebido dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, entre os três grupos ao longo do tempo, 2018.

Comparações	Diferença média	Valor p	IC 95%	
T1 (GC - ID)	3,45	0,37	-4,07	10,96
T1 (GC - IG)	2,57	0,50	-4,94	10,08
T1 (ID - IG)	-0,87	0,82	-8,39	6,64
T2 (GC - ID)	3,31	0,38	-4,21	10,83
T2 (GC - IG)	0,98	0,81	-7,02	8,98
T2 (ID - IG)	-2,33	0,56	-10,33	5,66
T3 (GC - ID)	10,42	0,02	2,07	18,76
T3 (GC - IG)	5,13	0,24	-3,54	13,80
T3 (ID - IG)	-5,28	0,20	-13,40	2,83
T4 (GC - ID)	13,42	<0,01	5,07	21,76
T4 (GC - IG)	7,43	0,09	-1,24	16,10
T4 (ID - IG)	-5,98	0,15	-14,10	2,13

Nota: EEP (PSS): *Perceived Stress Scale*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; $p \leq 0,05$; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15); T1: fase de avaliação (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses).

Fonte: Elaborada pelo autor.

Conforme o Gráfico 9, a seguir, ao final do estudo, o estresse percebido foi maior entre os pacientes do GC e menor entre os grupos ID e IG, com significância estatística apenas em ID.

Gráfico 9 – Comparação dos escores de estresse segundo Escala de Estresse Percebido entre os três grupos ao longo do tempo

Nota: EEP (PSS): *Perceived Stress Scale*. Regressão linear com efeitos mistos e pós-teste por contrastes ortogonais; $p \leq 0,05$; GC: Grupo Controle ($n=15$); ID: Intervenção Domiciliar ($n=15$); IG: Intervenção em Grupo ($n=15$); T1: fase de avaliação (admissão); T2: Fase de Intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses).

Fonte: Elaborado pelo autor.

No presente trabalho, o estresse percebido foi analisado como covariável para todas as outras escalas incluídas no estudo. Sendo assim, observou-se que o nível de estresse percebido esteve associado à manifestação de sintomas de depressão e de mania, bem como à qualidade de vida, e à adesão medicamentosa.

Em síntese, observou-se que os pacientes com TAB com maiores escores de estresse percebido apresentaram maior chance de recaída depressiva ($p < 0,01$), de mania ($p < 0,01$), menor qualidade de vida em todos os domínios analisados pela WHOQOL-brief ($p < 0,01$) e menores níveis de adesão medicamentosa ($p < 0,01$).

6.5 Adesão medicamentosa avaliada pela escala MAT e dosagem sérica

Os resultados referentes à adesão medicamentosa, avaliados pela escala MAT, evidenciam que todos os grupos apresentaram aumento no nível de adesão medicamentosa do início ao final do estudo (T1-T4), como observado na Tabela 32. Porém, apenas o grupo de ID apresentou aumento significativo estatisticamente ($p=0,02$), segundo (Tabela 33).

Tabela 1 – Adesão medicamentosa avaliada pela Escala de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, nos três grupos ao longo do tempo, 2018

GRUPO	TEMPO	Aderente		Não aderente	
		n	%	n	%
GC	1	4	26,7	11	73,3
	2	5	33,3	10	66,7
	3	3	37,5	5	62,5
	4	3	37,5	5	62,5
ID	1	4	26,7	11	73,3
	2	7	46,7	8	53,3
	3	9	69,2	4	30,8
	4	12	92,3	1	7,7
IG	1	4	26,7	11	73,3
	2	4	40,0	6	60,0
	3	7	70,0	3	30,0
	4	7	70,0	3	30,0

Nota: MAT: Medida de Adesão ao Tratamento. Teste Regressão logístico com efeitos aleatórios (*Generalized Estimating Equations*); GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15); T1: fase de avaliação (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses).

Fonte: Elaborada pelo autor.

Tabela 33 – Comparação da adesão medicamentosa - dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, em cada grupo ao longo do tempo, 2018.

Comparações	Odds Ratio	Valor p	IC 95%	
GC (T1 - T2)	1,24	0,81	0,22	7,10
GC (T1 - T3)	2,40	0,42	0,28	20,37
GC (T1 - T4)	2,43	0,41	0,29	20,65
GC (T2 - T3)	1,94	0,52	0,25	15,07
GC (T2 - T4)	1,97	0,51	0,25	15,30
GC (T3 - T4)	1,01	0,99	0,10	9,82
ID (T1 - T2)	2,27	0,34	0,42	12,20
ID (T1 - T3)	4,70	0,09	0,77	28,48
ID (T1 - T4)	22,32	0,02	1,83	272,68
ID (T2 - T3)	2,07	0,40	0,38	11,29
ID (T2 - T4)	9,85	0,06	0,88	110,47
ID (T3 - T4)	4,75	0,21	0,41	55,46
IG (T1 - T2)	1,63	0,61	0,24	10,92
IG (T1 - T3)	6,38	0,07	0,87	46,99
IG (T1 - T4)	5,52	0,09	0,74	40,96
IG (T2 - T3)	3,92	0,18	0,53	29,02
IG (T2 - T4)	3,39	0,23	0,45	25,26
IG (T3 - T4)	0,86	0,89	0,11	6,89

Nota: MAT: Medida de Adesão ao Tratamento. Regressão logística com efeitos aleatórios (*Generalized Estimating Equations*); $p \leq 0,05$; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15); T1: fase de avaliação (admissão); T2: Fase de Intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses).

Fonte: Elaborada pelo autor.

Não houve significância estatística dos níveis de adesão medicamentosa quando comparados os grupos entre si (Tabela 34).

Tabela 34 – Comparação da adesão medicamentosa - dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, entre os grupos, ao longo do tempo, 2018.

Comparações	Diferença média	Valor p	IC 95%	
T1 (GC - ID)	1,22	0,84	0,18	8,47
T1 (GC - IG)	1,05	0,96	0,15	7,51
T1 (ID - IG)	0,86	0,88	0,12	5,99
T2 (GC - ID)	0,66	0,64	0,12	3,83
T2 (GC - IG)	0,80	0,82	0,12	5,49
T2 (ID - IG)	1,20	0,85	0,18	7,99
T3 (GC - ID)	0,62	0,67	0,07	5,84
T3 (GC - IG)	0,39	0,43	0,04	4,09
T3 (ID - IG)	0,64	0,67	0,08	5,09
T4 (GC - ID)	0,13	0,16	0,01	2,28
T4 (GC - IG)	0,46	0,52	0,04	4,89
T4 (ID - IG)	3,49	0,36	0,24	51,64

Nota: MAT: Medida de Adesão ao Tratamento. Regressão logística com efeitos aleatórios (*Generalized Estimating Equations*); $p \leq 0,05$; GC: Grupo Controle (n=15); ID: Intervenção Domiciliar (n=15); IG: Intervenção em Grupo (n=15); T1: fase de avaliação (admissão); T2: fase de intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses); IC: Intervalo de Confiança.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Analisado a relação da idade do primeiro episódio da doença, o número de episódios, o estresse percebido e a adesão medicamentosa, segundo a escala MAT, houve associação entre

a EEP e a adesão medicamentosa, evidenciando que quanto maior o estresse percebido, menor é a adesão ao tratamento medicamentoso (Tabela 35).

Tabela 35 – Relação entre estresse percebido e adesão medicamentosa dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, entre os Grupos Controle, Intervenção Domiciliar e Intervenção em Grupo, 2018.

Variáveis	Odds Ratio	Valor p	IC 95%	
IDADE 1º EPSÓDIO	1,02	0,39	0,97	1,07
Nº DE EPISÓDIOS	0,94	0,34	0,84	1,06
EEP	0,93	<0,01	0,89	0,98

Nota: MAT: Medida de Adesão ao Tratamento. Análise de Variância (ANOVA); $p \leq 0,05$; EEP: Escala de Estresse Percebido; IC: Intervalo de Confiança.

Fonte: Elaborada pelo autor.

De acordo com o Gráfico 10, quando analisada a adesão medicamentosa avaliada de forma direta (níveis séricos), os grupos que receberam a Psicoeducação (ID e IG), foram consideravelmente mais aderentes ao tratamento medicamentoso.

Gráfico 10 – Comparação dos níveis de dosagem terapêutica medicamentosa dos pacientes com TAB em tratamento padrão e Psicoeducação, entre os três grupos ao longo do tempo

Nota: Eixo vertical: Índice percentual de adesão medicamentosa, de acordo com a dosagem sérica; Eixo horizontal: Fases do estudo - T1: fase de intervenção (admissão); T2: Fase de Intervenção (8 semanas); T3 e T4: fases de acompanhamento (6 e 12 meses); IC: Intervalo de Confiança.

Fonte: Elaborado pelo autor.

7 DISCUSSÃO

Todos objetivos deste estudo foram alcançados e os resultados evidenciaram a eficácia da Psicoeducação Domiciliar na recuperação sintomática, funcional, na adesão medicamentosa e na Escala de Estresse Percebido, com relação ao Grupo Controle, em indivíduos com TAB, conforme as reflexões a seguir.

Este resultado corrobora com outros ensaios clínicos que têm demonstrado a alta eficácia de programas para a prevenção de recaídas. Porém, os estudos nacionais e internacionais encontrados utilizam o formato da Psicoeducação Grupal, predominantemente (PELLEGRINELLI, 2010; CONNOLLY; THASE, 2011; MADIGAN et al., 2012; BATISTA, 2013).

Em muitos estudos, para assegurar a validade interna da pesquisa, utiliza-se como critério de inclusão pacientes eutímicos por pelo menos de 3 a 6 meses antes da admissão (COLOM et al., 2009; CANDINI et al., 2013; GUMUS; BUZLU; CAKIR, 2015). Porém, neste estudo, buscou-se restringir menos o critério de inclusão, a partir da admissão de pacientes com sintomas sub-sindrômicos com pontuação mais ampla nas escalas de sintomatologia, com a intenção de assemelhá-los ao máximo àqueles observados na prática clínica, a exemplos de outros estudos que também utilizaram este critério (KALLESTAD et al., 2016).

Na amostra selecionada, os grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas no início do estudo. Conforme detalhado nos resultados, em relação ao gênero, houve um predomínio do sexo feminino (66,7%) e não houve diferença entre homens e mulheres para prevalência do TAB, resultado semelhante aos achados de outros estudos (BELMAKER, 2004; KESSLER et al., 2007).

Estudos internacionais indicam uma proporção maior de pacientes do sexo feminino com TAB tipo II (HOSANG et al., 2010; SONG et al., 2018). O que também pode explicar a predominância do gênero feminino no presente estudo é o fato de as mulheres serem mais dispostas a divulgarem informações sobre seus episódios de humor, enquanto que os homens com TAB procuram significativamente menos atendimento médico (SCHAFFER et al., 2006).

Foi identificado no presente estudo que 71% dos indivíduos estudados não possuíam trabalho no período da realização do mesmo. Tal dado corrobora com a literatura internacional, que sugere uma associação entre o TAB e uma limitação na atividade profissional, sendo que, de acordo com a *American Psychiatric Association* (APA), 30% dos indivíduos com TAB apresentam um considerável prejuízo em seu funcionamento profissional e, de acordo com estudos recentes, as taxas de desemprego entre os pacientes bipolares podem ser de 65 a 80%

(GIGLIO et al., 2010; SCHOEYEN et al., 2011; APA, 2014; CARLBORG et al., 2015). Ainda, de acordo com estudo retrospectivo de registro nacional da Suécia, realizado durante 20 anos, foi evidenciado que, entre os 40% dos pacientes que se encontravam empregados, 64% apresentavam licença médica (CARLBORG et al., 2015).

Nesta amostra, com relação ao primeiro episódio do transtorno, o sintoma de mania prevaleceu nos Grupo Controle (66%) e Intervenção em Grupo (53%). Já no grupo Intervenção Domiciliar, prevaleceu a depressão (60%). Na literatura, encontramos o estado depressivo como a condição sintomática mais frequente na vida do paciente (EMILIEN et al., 2007; GOODWIN; JAMISON, 2007; MERIKANGAS et al., 2011). Sendo que alguns pacientes podem passar de 40% a 50% do tempo com sintomas subsindrômicos de depressão, comprometendo seu funcionamento psicossocial (BAŞ et al., 2015; FORTE et al., 2015).

O presente estudo identificou que a idade média do primeiro episódio do transtorno foi de 29,47 anos no Grupo Controle, 27,6 no Intervenção Domiciliar e 26,8 anos no Intervenção em Grupo. Na literatura observa-se que, em geral, os primeiros sintomas surgem na adolescência ou começo da idade adulta, sendo que pelo menos metade dos casos têm início antes dos 25 anos de idade (KESSLER et al., 2007; BARNES, 2015).

Com relação a tentativas de suicídio, em nossa amostra, 37,8% tiveram pelo menos uma tentativa, sendo maior no Intervenção em Grupo (53,3%). O TAB está associado a um risco elevado de tentativas e mortes por suicídio chegando a ser 10 a 15 vezes maior do que na população em geral, estudos mostram que de 23 a 26% das pessoas com TAB tentam suicídio, assim como aproximadamente 6% a 7% dos pacientes identificados com TAB morrem por suicídio (DENNEHY et al., 2011; WEBB et al., 2014; SCHAFFER et al., 2015).

Nesta amostra, os pacientes utilizavam em média três medicações psicotrópicas no ato da admissão. Apesar do lítio ser a medicação base do tratamento para o TAB, alguns estudos mostram que a monoterapia pode desencadear taxas elevadas de recaídas e que a terapia combinada possui uma alta eficácia na remissão de sintomas (HAYES et al., 2011; GOODWIN et al., 2016). Medicamentos, como estabilizadores do humor, antidepressivos, ansiolítico e antipsicótico, podem ser associados e usados em diferentes fases do transtorno de acordo com as recomendações de diretrizes internacionais (HUSAIN et al., 2017; YATHAM et al., 2018).

Com relação a antecedentes familiares, 75,5% da amostra têm pelo menos um parente de 1º grau com transtorno mental. A genética desempenha um fator importante no TAB, o risco de prevalência em parentes de primeiro grau de pacientes com TAB é aumentado, podendo ser 10 vezes maior do que em relação à comunidade geral, embora o risco seja maior, conforme o grau de parentesco, o estudo de Özdemir et al. (2016) revela que a transmissão do lado da mãe

foi semelhante à transmissão do lado do pai, não havendo diferença com relação à história parental (ANTYPA; SERRETTI, 2014; SONG et al., 2018).

7.1 Eficácia da psicoeducação na sintomatologia de mania e depressão

Com relação à sintomatologia, não foi confirmada a hipótese de que a intervenção domiciliar seja mais eficaz do que a grupal, já que ambos os grupos apresentaram melhora estatisticamente significativa dos escores das escalas de avaliação sintomática, com relação ao GC. Ao observar o menor número de recaídas que houve nos grupos ID e IG ($p=0,03$ e $p=0,02$ respectivamente), com relação ao GC, pode-se afirmar que a Psicoeducação mostrou sua eficácia na prevenção de recaídas e recorrências do TAB.

Achados semelhantes foram documentados por outras equipes de pesquisa que também utilizaram versões breves do Programa de Psicoeducação proposto por Colom, Vieta e Scott (2006) em intervenções grupais, que identificaram que a Psicoeducação reduz as taxas de recaída sintomática, em comparação com o tratamento usual (CAKIR et al., 2009; MOROKUMA et al., 2013; GUMUS; BUZLU; CAKIR, 2015). A maioria das pesquisas conduzidas sobre a Psicoeducação no TAB tem evidenciado que a intervenção pode melhorar o curso da desordem, tanto individualmente quanto como parte de um programa geral; fornecer aos pacientes informações sobre o transtorno e os métodos terapêuticos, além de poder ser usada como uma estratégia de intervenção comportamental, consistindo em orientar o paciente a refletir sobre seu próprio comportamento e com isso adotar medidas que possam prevenir sintomas típicos de episódios de mania e depressão, diminuindo assim a necessidade de hospitalização psiquiátrica, reduzindo custos aos serviços de saúde e evitando maior comprometimento funcional dos indivíduos (COLOM et al., 2009; D'SOUZA et al., 2010; REINARES et al., 2010; VIETA, 2012; BATISTA, 2013; JAVADPOUR et al., 2013). Ainda, segundo Faridhosseini et al. (2017), o treinamento no tratamento de pacientes com TAB mostra-se efetivo na redução das recorrências do transtorno (MOROKUMA et al., 2013; FARIDHOSSEINI et al., 2017).

Em estudo realizado por Husain et al. (2017), foi evidenciado que a Psicoeducação Individual, ou seja, a mesma realizada em ID, apresentou efeito positivo na melhora dos sintomas maníacos e depressivos quando comparada ao Grupo Controle. Outro estudo recente, que também avaliou a eficácia de um programa de Psicoeducação de oito sessões para pacientes bipolares internados, após remissão de um episódio maníaco, identificou que os indivíduos que

receberam a intervenção apresentaram redução significativa na recaída de mania, porém sem impacto na recorrência depressiva (CHEN et al., 2018).

No presente estudo, evidenciou-se que o número de hospitalizações durante o seguimento de um ano foi significativamente menor para os pacientes psicoeducados, tanto em ID como IG, quando comparados aos pacientes do GC (tratamento padrão), o que evidencia a importância da Psicoeducação como uma abordagem preventiva de reagudização dos sintomas maníacos e depressivos, que levam o paciente a reinternações.

A hospitalização é um indicador de gravidade da doença, visto que pacientes hospitalizados, que necessitam de tratamento, apresentam quadros de maior intensidade devido a recaídas de episódios maníacos ou depressivos (GOODWIN; JAMISON, 2007). A reinternação pode ser uma experiência negativa para pacientes que sofrem de TAB e seus familiares, modificando a rotina de vida diária de todos os envolvidos, abalando a dinâmica e funcionamento familiar. Auxiliar os pacientes a reconhecer os sinais precoces de recidiva por meio da Psicoeducação contribuirá para a prevenção de recidivas e terá efeito na prevenção da hospitalização.

Estudo de seguimento de seis meses após intervenção evidenciou diferença significativa no número de pacientes que necessitaram de internação, identificando que a Psicoeducação pode prevenir significativamente a hospitalização frequente de pacientes portadores de TAB (FARIDHOSSEINI et al., 2017). No estudo de Candini et al. (2013), que utilizou a Psicoeducação com pacientes de 18 a 65 anos, verificou-se que, no seguimento de um ano, houve menores índices de internação, assim como menor número de dias de internação nos pacientes que receberam a intervenção, quando comparados aos pacientes do grupo controle (CANDINI et al., 2013).

Em estudo de Gumus, Buzlu e Cakir (2015), que avaliou a eficácia de um programa individual de Psicoeducação de 4 sessões e acompanhamento de um ano, não houve internação no grupo de intervenção, enquanto que, no Grupo Controle, 7,3% dos pacientes foram hospitalizados. Quando comparadas a Intervenção Domiciliar e a Intervenção em Grupo, não foi evidenciada diferença significativa nas taxas de recaídas sintomáticas ou nas taxas de internações (JAVADPOUR et al., 2013; MOROKUMA et al., 2013).

Revisões recentes de diretrizes baseadas em evidências para o manejo clínico do TAB afirmam que “todos os pacientes com o transtorno devem receber Psicoeducação em grupo ou individual, sendo que a Psicoeducação é a única intervenção psicossocial de primeira linha para a fase de manutenção”, para prevenção de recaídas e melhora na adesão ao tratamento,

qualidade de vida e funcionamento (CONNOLLY; THASE, 2011; PODAWILTZ, 2012; YATHAM et al., 2018).

Embora programas de Psicoeducação sejam apontados em estudos científicos nacionais e internacionais como importantes ferramentas no tratamento da esquizofrenia e transtorno bipolar (MURRAY-SWANK; DIXON, 2004), nenhum deles investigou a Psicoeducação Individual realizada por meio de visitas domiciliares (JAVADPOUR et al., 2013; CARDOSO TDE et al., 2014; CUHADAR; CAM, 2014; KURDAL; TANRIVERDI; SAVAŞ, 2014; GUMUS; BUZLU; ÇAKIR, 2015, 2017; FARIDHOSSEINI et al., 2017). A Psicoeducação Individual domiciliar (grupo ID), avaliada no presente estudo, mostrou sua eficácia na melhora de sintomas de depressão e mania, na qualidade de vida, no estresse percebido e na adesão medicamentosa quando comparada ao Grupo Controle, o que contribui com forte evidência quanto a sua relevância no tratamento de pessoas com TAB. Sendo este um importante resultado do presente estudo.

7.2 Eficácia da psicoeducação na qualidade de vida

O conceito de qualidade de vida é muito abrangente e envolve não só saúde física, como estado psicológico, nível de dependência, relações sociais e relação com o meio ambiente. Qualidade de vida e saúde são termos indissociáveis. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida é um importante indicador de saúde e pode ser definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (PIO et al., 1999, p. 20).

A qualidade de vida tem alcançado status de grande importância no domínio de saúde mental com estudos indicando escores de qualidade de vida mais baixos em indivíduos com sintomas psiquiátricos atuais, incluindo TAB, quando comparados a indivíduos na população geral (RUBIO et al., 2013).

Avaliar a qualidade de vida, de acordo com Agência Europeia de Medicamentos, é importante para se ter uma visão mais abrangente da saúde geral do paciente. O TAB pode causar um impacto negativo com prejuízos na qualidade de vida do paciente, mesmo naqueles considerados eutímicos (ISHAK et al., 2012; JANSEN et al., 2016).

A remissão do paciente com TAB vai além de sua recuperação das crises maníacas ou depressivas, isto é, pacientes remitidos não podem ser considerados somente aqueles que estão com remissão do quadro sintomático, mas que também estejam com um nível satisfatório de

funcionamento psicossocial. Mesmo tomando medicamento, o paciente com TAB passa metade de seu tempo assintomático. Após a primeira internação, num período de dois anos, 99% dos pacientes se recuperam sintomaticamente, mas apenas 40% conseguem uma recuperação funcional (TOHEN et al., 2000). Com isso, destaca-se a importância de intervenções psicossociais com abordagem em áreas de comprometimento funcional como relações pessoais familiares, ocupacional e social (ROSA et al., 2012; HOWER et al., 2019). A literatura sugere que o TAB está associado a prejuízo funcional das atividades de vida diária e comprometimento na atividade profissional indicando que até 30% dos pacientes podem se encontrar nessa condição (APA, 2014). De acordo com estudos recentes, as taxas de desemprego entre os pacientes bipolares podem ser de 65 a 80% (GIGLIO et al., 2010; SCHOEYEN et al., 2011; APA, 2014; CARLBORG et al., 2015).

A abordagem psicoeducacional mostrou, neste estudo, que pode ser uma intervenção eficaz na melhora da qualidade de vida. Ambos os grupos, ID e IG, apresentaram elevação na escala WHOQOL-bref, nos 4 domínios, ao longo do tempo, não havendo diferença estatística entre eles. Quando analisado cada grupo separadamente, ao longo do tempo, ID teve uma melhora com significância estatística no domínio social e IG obteve melhora com significância estatística nos domínios físico, psicológico e ambiental. Esses achados sugerem a necessidade de estudos avaliando a eficácia da Psicoeducação em seus vários formatos, nos diferentes domínios da escala de qualidade de vida WHOQOL-bref.

Estudos internacionais também apontaram que a intervenção psicoeducacional melhora a qualidade de vida de pacientes com TAB, em comparação com pacientes que fazem uso do tratamento usual (CARDOSO TDE et al., 2014; KURDAL; TANRIVERDI; SAVAŞ, 2014; HUSAIN et al., 2017). Outro estudo constatou que, mesmo em um programa de curto prazo, com intervenção de quatro semanas, com 24 pacientes divididos em dois grupos (intervenção e controle), e com acompanhamento de seis meses, a Psicoeducação esteve associada à melhora na qualidade de vida dos pacientes (FARIDHOSSEINI et al., 2017). Ainda no estudo de Javadpour et al. (2013), que também utilizou oito sessões de Psicoeducação Individual com seguimento de 18 meses, verificou que os pacientes psicoeducados demonstraram melhora em todos os níveis de qualidade de vida e menores taxas de recaída e hospitalização, quando comparados aos do Grupo Controle.

Também foi verificada em nosso estudo uma correlação entre a quantidade de episódios do TAB, e qualidade de vida no domínio físico, da escala WHOQOL-bref, evidenciando que quanto maior o número de episódios, pior a qualidade de vida nesse domínio. Em seu estudo, SCOTT et al. (2006) verificou uma correlação entre o número de episódios e a eficácia de uma

abordagem psicossocial, evidenciando que pacientes com TAB que experimentaram mais que 12 episódios, não se beneficiaram da intervenção.

7.3 Eficácia da psicoeducação na adesão farmacológica

Apesar de a intervenção farmacológica ser uma forma sabidamente eficaz de se tratar o TAB, sua eficácia pode ser comprometida pela elevada taxa de pacientes que não aderem ao tratamento medicamentoso. Estudos estimam que as taxas de não adesão podem alcançar índices de 40 a 50% (LECLERC; MANSUR; BRIETZKE, 2013). Devido a sua natureza crônica e recorrente, e não apresentar efeitos imediatos após sua descontinuação do tratamento medicamentoso, o TAB figura-se entre as doenças psiquiátricas com maiores problemas de adesão (HONG et al., 2011).

Na literatura, encontram-se estudos avaliando a adesão de diferentes maneiras, seja por meio de medidas objetivas ou por meio de medidas subjetivas. Porém, mesmo com o melhor desenho de estudo, cada uma tem suas vantagens e desvantagens, e nenhuma sozinha pode ser considerada melhor a escolha (SAJATOVIC et al., 2012). Como medidas indiretas, normalmente são usados questionários de auto relato e escalas, e como medidas diretas se usam a contagem de comprimidos ou a coleta de sangue para avaliação dos níveis plasmáticos de medicamentos (BARRACO; ROSSI; NICOLÒ, 2012; JÓNSDÓTTIR et al., 2013). Em sua revisão, Velligan et al. (2006) propôs que todos os estudos de adesão deveriam incluir pelo menos duas medidas de adesão, das quais uma deveria ser uma medida direta.

No presente estudo, a escala MAT foi utilizada como medida indireta e a avaliação de dosagem séricas dos medicamentos, estabilizadores do humor, como medida direta. Como resultado foi observado que, na admissão do estudo, os pacientes apresentavam taxas muito baixas de adesão medicamentosa, avaliada tanto pela escala MAT como por dosagem sérica, e ao longo do tempo foi observado efeito positivo da Psicoeducação na melhora da adesão medicamentosa com significância estatística ($p=0,02$), apenas em ID. Quando comparados os grupos ID e IG, não houve diferença com significância estatística dos níveis de adesão entre eles, apenas quando comparados com o GC. Já na análise feita pelos níveis de dosagem sérica dos medicamentos, também constatou-se a eficácia da Psicoeducação na melhora da adesão. Os grupos ID e IG iniciaram com taxas menores e tiveram um aumento estatisticamente significativo ao longo da fase de intervenção e fase de acompanhamento após 12 meses.

Tais resultados são consistentes com achados em outros estudos, como o de Bahredar et al. (2014), que após randomização em pacientes com TAB tipo I divididos em Grupo Controle

e grupo de intervenção, evidenciou que o grupo que recebeu a Psicoeducação apresentou melhora significativa na adesão medicamentosa.

Outro estudo semelhante, que corrobora com os achados do presente estudo, foi realizado com 108 pacientes, divididos igualmente em dois grupos, que foram aleatoriamente designados para receber apenas farmacoterapia (Grupo Controle) ou Psicoeducação. Nesse estudo, que foi também realizado com oito sessões, juntamente com tratamento farmacoterapêutico (grupo de intervenção) por um período de dois anos, evidenciou-se que os pacientes do grupo intervenção apresentaram aumento estatisticamente significativo na adesão à medicação ($p=0,08$) (JAVADPOUR et al., 2013).

Resultados de um ensaio clínico com seis sessões de Psicoeducação em grupo, com pacientes de 19 a 62 anos, evidenciaram uma melhora na adesão medicamentosa de 40% para 86,7%, em pacientes que receberam Psicoeducação, enquanto pacientes do Grupo Controle apresentaram uma diminuição na adesão à medicação de 38,9% para 24,2% (EKER; HARKIN, 2012). Em um estudo que avaliou os fatores relacionados à adesão entre 20 pacientes com TAB em uma comunidade com baixa adesão, identificou-se na análise quantitativa que as dificuldades com as rotinas de medicação, a preocupação com os efeitos colaterais dos medicamentos e a negação da gravidade da doença foram os fatores que mais contribuíram para as atitudes negativas em relação aos medicamentos para TAB (SAJATOVIC et al., 2011).

7.4 Eficácia da psicoeducação no estresse percebido

Estudos evidenciam que o estresse pode contribuir para intensificar sintomas de vários transtornos mentais e que pacientes com TAB são mais propensos a informar experiências de um evento de vida estressante do que pessoas saudáveis (HOSANG et al., 2010). Eventos de vida podem ser definidos, de acordo com Rafanelli et al. (2005), como mudanças que ocorrem no ambiente pessoal ou social do sujeito, podendo ser desejáveis ou positivas, como uma promoção no emprego, ou indesejáveis e negativas, como a morte de um ente querido.

Os pacientes com TAB experimentam, ao longo da vida, problemas emocionais, sociais e econômicos que geram elevados custos pessoais e sociais. Cabe ressaltar que eventos de vida estressantes podem ter um impacto negativo no curso do TAB e que o número de tais eventos está associado com frequentes recaídas sintomáticas (STAUFENBIEL et al., 2014). A longo prazo, pacientes com TAB ficam mais vulneráveis a essa condição e podem ter seu limiar de exposição ao estresse diminuído, e essa sensibilidade para eventos estressantes pode fazer com

que estressores relativamente menores desencadeiem um episódio de humor (MONROE; HARKNESS, 2005).

No presente trabalho, com relação ao estresse percebido, avaliado pela EEP, pode-se observar que o Grupo Controle apresentou aumento não significativo do escore do início ao final do estudo (T1-T4). A Psicoeducação mostrou eficácia na redução do estresse percebido, evidenciada pelo grupo ID que apresentou queda significativa ($p < 0,01$) no mesmo período, enquanto que IG também apresentou queda do escore, porém sem significância estatística. O estresse percebido (EEP) também foi analisado como covariável para todas as outras escalas incluídas no estudo. Pode-se observar que o nível de estresse percebido esteve associado ao aumento da sintomatologia da depressão, avaliada pela escala HAM-D, e ao aumento da sintomatologia de mania, avaliada pela escala de YOUNG. A qualidade de vida, avaliada pela escala WHOQOL-bref, também evidenciou influência do estresse percebido, assim como a adesão medicamentosa, avaliada pela escala MAT, apresentou uma associação entre o aumento dos escores da EEP e a piora na adesão.

Ademais, cabe ressaltar que pacientes com maiores escores em EEP apresentam maior chance de recaída depressiva, evidenciada pela HAM-D ($p < 0,01$). E que pacientes com escores elevados na EEP, apresentam maior escore na YOUNG ($p < 0,01$), apresentando maior possibilidade de recaída de mania. Ainda, quanto maior o escore na EEP, menor é a qualidade de vida do paciente em todos os domínios analisados pela WHOQOL-bref ($p < 0,01$).

Vários estudos sugerem uma ligação entre estresse e TAB. Evidências associando eventos estressantes de vida e o transtorno identificaram diferenças significativas no enfrentamento do estresse em suas diferentes fases, bem como desses indivíduos em relação às pessoas saudáveis. Ainda, de acordo com estudos, pacientes com TAB, em geral, experimentaram níveis significativamente mais altos de estresse antes dos episódios de recaída sintomática (HOSANG et al., 2010; STAUFENBIEL et al., 2014; LEX; BÄZNER; MEYER, 2016).

Em uma revisão da literatura, foi concluído que, apesar de fatores biológicos e genéticos desempenharem um papel importante na etiologia do TAB, os eventos de vida estressantes interferem no curso do transtorno. Os estudos nessa revisão também evidenciaram que os pacientes com TAB relataram mais eventos estressantes de vida precedendo episódios agudos de humor em relação aos intervalos eutímicos e aos Grupos Controle saudáveis (JOHNSON, 2005; FREY et al., 2013).

De acordo com a literatura, o aumento da probabilidade de episódios (hipo)maníacos está associado a certos tipos de eventos de vida negativos e positivos, e a probabilidade de

episódios depressivos está mais associada aos eventos negativos (ALLOY et al., 2005; JOHNSON, 2005; SHAPERO et al., 2017).

8 CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

O presente estudo, pautado na perspectiva da prática baseada em evidências, poderá contribuir para o desenvolvimento e aprimoramento de tecnologias da assistência de enfermagem no cuidado em saúde mental.

Apesar de os resultados deste estudo não evidenciarem diferenças estatísticas significativas entre os grupos de Intervenção Domiciliar e de Intervenção em Grupo, podemos destacar a eficácia da Intervenção Psicoeducacional, em ambas as modalidades, na prevenção de recaídas e recorrências, na melhora da qualidade de vida e na melhora da adesão medicamentosa em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar, quando comparadas ao Grupo Controle. Porém, é importante frisar que houve uma melhora significativa na adesão, verificada pela escala MAT, e uma queda significativa no escore da Escala de Estresse Percebido em ID, fato que não foi observado em IG ou GC.

Outro desfecho observado está relacionado à taxa de evasão, que foi maior em IG, tendo um terço dos pacientes abandonado o grupo durante a fase de intervenção, fato que vem constatar a dificuldade que os pacientes têm de aderir a intervenções realizadas nos serviços de saúde mental. Já no grupo ID, mais de 90% dos pacientes completaram o programa, sugerindo que essa é uma abordagem aceitável para a maioria dos participantes.

É importante salientar que a melhora mais acentuada da adesão observada na ID, mas não verificada quando comparada aos níveis séricos, pode ter ocorrido devido ao fato de que a avaliação da adesão pela escala MAT envolve todas as classes de medicamentos, estabilizadores do humor, ansiolíticos e antipsicóticos, já na avaliação sérica dos medicamentos verificamos somente os níveis dos estabilizadores do humor, sendo assim, o paciente ao preencher a escala pode referir a não aderência à classe dos ansiolíticos ou antipsicóticos.

Como limitações do estudo, podemos citar o tamanho da amostra. Isso evidencia a dificuldade de elencar participantes que preenchem os critérios de inclusão para o estudo; o fato de o estudo ter sido realizado em um único serviço de saúde mental, não sendo possível diversificar a amostra.

O estudo pode contribuir para o grande desafio que é tratar o paciente com transtorno mental, e a dificuldade deste em aderir às abordagens de grupo realizadas no serviço de saúde mental, pelas várias razões já citadas, tais como: dificuldade de se adequar aos horários do grupo, falta de condições de meio de transporte, inibição em participar de uma reunião em grupo, entre outras. Os resultados evidenciados foram obtidos em um CAPS, serviço organizado

sob os princípios do Sistema Único de Saúde e da defesa da dignidade da pessoa humana, sendo relevantes para o planejamento do cuidado interprofissional em saúde mental.

A Psicoeducação Domiciliar é uma relevante intervenção terapêutica no tratamento de pessoas com TAB e contribui para a qualificação do cuidado em Enfermagem, propiciando uma melhor conciliação entre a disponibilidade do paciente e os recursos disponíveis nos serviços de saúde, além de promover uma descentralização da assistência, fortalecimento de vínculo profissional e usuários por meio das visitas domiciliares.

Estudos sobre a eficácia da Psicoeducação em suas diferentes formas de oferecimento podem contribuir com evidências para a prática avançada no cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AHLUWALIA, S. et al. 'A heartbeat moment': qualitative study of GP views of patients bringing health information from the internet to a consultation. **British Journal of General Practice**, v. 60, n. 571, p. 88-94, 2010. doi: 10.3399/bjgp10X483120.
- ALBERT, A.; ANDERSON, J. A. On the existence of maximum likelihood estimates in logistic regression models. **Biometrika**, v. 71, n. 1, p. 1, 1984. doi: 10.1093/biomet/71.1.1.
- ALLOY, L. B. et al. The psychosocial context of bipolar disorder: environmental, cognitive, and developmental risk factors. **Clinical Psychology Review**, v. 25, n. 8, p. 1043-1075, 2005. doi: 10.1016/j.cpr.2005.06.006.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-V**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre: Artmed, 2014. 949p.
- ANTYPA, N.; SERRETTI, A. Family history of a mood disorder indicates a more severe bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 156, p. 178-186, 2014. doi: 10.1016/j.jad.2013.12.013.
- ATAGÜN, M. İ. et al. Neurochemical differences between bipolar disorder type I and II in superior temporal cortices: a proton magnetic resonance spectroscopy study. **Journal of Affective Disorders**, v. 235, p. 15-19, 2018. doi: 10.1016/j.jad.2018.04.010.
- BAHREDAR, M. J. et al. The efficacy of psycho-educational group program on medication adherence and global functioning of patients with bipolar disorder type I. **International journal of community based nursing and midwifery**, v. 2, n. 1, p. 12-9, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4201187/>>. Acesso em: 02 mai. 2018.
- BALDAÇARA, L. et al. Humor e afeto. Como defini-los? **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo**, v. 3, n. 53, p. 108-13, 2007. Disponível em: <<http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/449>>. Acesso em: 02 mai. 2018.
- BALDESSARINI, R. J. et al. Patterns of psychotropic drug prescription for U.S. Patients with diagnoses of bipolar disorders. **Psychiatric Services**, v. 58, n. 1, p. 85-91, 2007. doi: 10.1176/ps.2007.58.1.85.

BARNES, E. et al. Developing an online psychoeducation package for bipolar disorder. **Journal of mental health (Abingdon, England)**, v. 20, n. 1, p. 21-31, 2011. doi: 10.3109/09638237.2010.525565.

BARNES, C. W. et al. A web-based preventive intervention program for bipolar disorder: Outcome of a 12-months randomized controlled trial. **Journal of Affective Disorders**, v. 174, p. 485-492, 2015. doi: 10.1016/j.jad.2014.11.038.

BARRACO, A.; ROSSI, A.; NICOLÒ, G. Description of study population and analysis of factors influencing adherence in the observational italian study “evaluation of pharmacotherapy adherence in bipolar disorder” (EPHAR). **CNS Neuroscience & Therapeutics**, v. 18, n. 2, p. 110-118, 2012. doi: 10.1111/j.1755-5949.2010.00225.x.

BAŞ, T. Ö. et al. The impact of cognitive impairment, neurological soft signs and subdepressive symptoms on functional outcome in bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 174, p. 336-341, 2015. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.026.

BATISTA, T. A. **A eficácia da psicoeducação domiciliar em pacientes com transtorno afetivo bipolar em tratamento na rede coletiva de saúde mental de Ribeirão Preto**. 2013. 146 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

BAUER, M. et al. Influence of birth cohort on age of onset cluster analysis in bipolar I disorder. **European Psychiatry**, v. 30, n. 1, p. 99-105, 2015. doi: 10.1016/j.eurpsy.2014.10.005.

BAUER, M. S. A review of quantitative studies of adherence to mental health clinical practice guidelines. **Harvard review of psychiatry**, v. 10, n. 3, p. 138-53, 2002. Disponível em: <https://journals.lww.com/hrpjournal/Abstract/2002/05000/A_Review_of_Quantitative_Studies_of_Adherence_to.2.aspx>. Acesso em: 02 mai. 2019.

BÄUML, J. et al. Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. **Schizophrenia bulletin**, v. 32, n. Suppl 1, p. S1-9, 2006. doi: 10.1093/schbul/sbl017.

BELMAKER, R. H. Bipolar disorder. **New England Journal of Medicine**, v. 351, n. 5, p. 476-486, 2004. doi: 10.1056 / NEJMr035354.

BERRIOS, G. E. A psicopatologia da afetividade: aspectos conceituais e históricos. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**, v. 15, n. 5, p. 138-170, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n1/11v15n1.pdf>>. Acesso em: 8 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BROOKS, C. M. et al. Assessing adherence to asthma medication and inhaler regimens: a psychometric analysis of adult self-report scales. **Medical care**, v. 32, n. 3, p. 298-307, 1994. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8145604>>. Acesso em: 2 mai. 2019.

BROWN, G. W.; BIRLEY, J. L. T.; WING, J. K. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. **The British Journal of Psychiatry**, v. 121, n. 562, p. 241-258, 1972. doi: 10.1192/bjp.121.3.241.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CANDINI, V. et al. Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy. **J. Affect Disord.**, v. 151, n. 1, p. 149-155, 2013. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.069.

CAKIR, S. et al. Does a psychoeducational approach reach targeted patients with bipolar disorder? **Journal of Affective Disorders**, v. 119, n. 1-3, p. 190-193, 2009. doi: 10.1016/j.jad.2009.08.016.

CANDINI, V. et al. Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy. **J. Affect Disord.**, v. 151, n. 1, p. 149-155, 2013. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.069.

CARDOSO, T. de A. et al. Brief psychoeducation for bipolar disorder: impact on quality of life in young adults in a 6-month follow-up of a randomized controlled trial. **Psychiatry Res.**, v. 220, n. 3, p. 896-902, 2014. doi: 10.1016/j.psychres.2014.09.013.

CARDOSO, T. de A. et al. Biological rhythm and bipolar disorder: twelve-month follow-up of a randomized clinical trial. **J Nerv Ment Dis**, v. 203, n. 10, p. 792-797, 2015. doi: 10.1097/NMD.0000000000000369.

CARLBORG, A. et al. Population study of disease burden, management, and treatment of bipolar disorder in Sweden: a retrospective observational registry study. **Bipolar Disorders**, v. 17, n. 1, p. 76-85, 2015. doi: 10.1111/bdi.12234.

CASTANHA, V. et al. Concepções de saúde e educação em saúde: um estudo com professores do ensino fundamental. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 25, p. e-12394, 2017. doi: 10.12957/reuerj.2017.12394.

CASTLE, D. et al. Group-based psychosocial intervention for bipolar disorder: randomized controlled trial. **British Journal of Psychiatry**, v. 196, n. 05, p. 383–388, 2010. doi: 10.1192/bjp.bp.108.058263.

CHEN, J. et al. Switching to Hypomania and Mania: Differential Neurochemical, Neuropsychological, and Pharmacologic Triggers and Their Mechanisms. **Current Psychiatry Reports**, v. 12, n. 6, p. 512-521, 2010. doi: 10.1007/s11920-010-0157-z.

CHEN, R. et al. Psychoeducation for psychiatric inpatients following remission of a manic episode in bipolar I disorder: A randomized controlled trial. **Bipolar Disorders**, v. 21, n.1, p. 76-85, 2018. doi: 10.1111/bdi.12642.

COELLO, K. et al. Hair cortisol in newly diagnosed bipolar disorder and unaffected first-degree relatives. **Psychoneuroendocrinology**, v. 99, p. 183-190, 2019. doi: 10.1016/j.psyneuen.2018.09.020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN N° 0464/2014**. Normatização da atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html>. Acesso em: 02 mai. 2019.

COKER, F. et al. Exploring the needs of diverse consumers experiencing mental illness and their families through family psychoeducation. **Journal of Mental Health**, v. 25, n. 3, p. 197-203, 2016. doi: 10.3109/09638237.2015.1057323.

COLOM, F. et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. **Archives of general psychiatry**, v. 60, n. 4, p. 402-7, 2003. doi: 10.1001/archpsyc.60.4.402.

COLOM, F. et al. Psychoeducation for bipolar II disorder: an exploratory, 5-year outcome subanalysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 112, n. 1-3, p. 30-35, 2009. doi: 10.1016/j.jad.2008.03.023.

COLOM, F.; VIETA, E.; SCOTT, J. **Psychoeducation manual for bipolar disorder**. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.

CONNOLLY, K. R.; THASE, M. E. The clinical management of bipolar disorder: a review of evidence-based guidelines. **The primary care companion for CNS disorders**, v. 13, n. 4, 2011. doi: 10.4088 / PCC.10r01097.

CROWE, M. et al. Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder - A systematic review of the evidence for mental health nursing practice. **International Journal of Nursing Studies**, v. 47, n. 7, p. 896-908, 2010. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.02.012.

CUHADAR, D.; CAM, M. O. Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. **Arch Psychiatr Nurs**, v. 28, n. 1, p. 62-66, 2014. doi: 10.1016/j.apnu.2013.10.008.

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

DAVIDIAN, M.; GILTINAN, D. M. Nonlinear models for repeated measurement data: an overview and update. **Journal of Agricultural, Biological, and Environmental Statistic**, v. 8, n. 387, 2003. doi: 10.1198/1085711032697.

DE SOUZA, M. S. et al. Six-session caregiver psychoeducation on bipolar disorder: Does it bring benefits to caregivers? **International Journal of Social Psychiatry**, v. 62, n. 4, p. 377-385, 2016. doi: 10.1177 / 0020764016636909.

DELGADO, A. B.; LIMA, L. M. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 2, n.2, p. 81-100, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a06.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2019.

DENNEHY, E. B. et al. Suicide and suicide attempts in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). **Journal of affective disorders**, v. 133, n. 3, p. 423-7, 2011. doi: 10.1016/j.jad.2011.04.036.

EKER, F.; HARKIN, S. Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 138, n. 3 p. 409-416, 2012. doi: 10.1016/j.jad.2012.01.004.

EMILIEN, G. et al. Bipolar disorder: how far are we from a rigorous definition and effective management? **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 31, n. 5, p. 975-996, 2007. doi: 10.1016/j.pnpbp.2007.03.005.

FARIDHOSSEINI, F. et al. Effectiveness of psychoeducational group training on quality of life and recurrence of patients with bipolar disorder. **Iranian journal of psychiatry**, v. 12, n.

1, p. 21-28, 2017. Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5425348/>>. Acesso em: 04 mai. 2019.

FARRAR, F. C. Transforming home health nursing with telehealth technology. **Nursing Clinics of North America**, v. 50, n. 2, p. 269–281, 2015. doi: 10.1016/j.cnur.2015.03.004.

FERRARI, A. J. et al. The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the global burden of disease study 2013. **Bipolar Disorders**, v. 18, n. 5, p. 440-450, 2016. doi: 10.1111/bdi.12423.

FIORILLO, A. et al. Feasibility of a psychoeducational family intervention for people with bipolar I disorder and their relatives: results from an Italian real-world multicentre study. **Journal of Affective Disorders**, v. 15, n. 190, p. 657-662, 2016. doi: 10.1016/j.jad.2015.10.060.

FLECK, M. P. de A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999. doi: 10.1590/S1516-44461999000100006.

FORTE, A. et al. Long-term morbidity in bipolar-I, bipolar-II, and unipolar major depressive disorders. **Journal of Affective Disorders**, v. 1, n. 178, p. 71-78, 2015. doi: 10.1016/j.jad.2015.02.011.

FOX, N.; WARD, K.; O'ROURKE, A. A sociology of technology governance for the information age: the case of pharmaceuticals, consumer advertising and the internet. **Sociology**, v. 40, n. 2, p. 315-334, 2006. doi: 10.1177/0038038506062035.

FREY, B. N. et al. Biomarkers in bipolar disorder: a positional paper from the international society for bipolar disorders biomarkers task force. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 47, n. 4, p. 321-332, 2013. doi: 10.1177/0004867413478217.

FRISTAD, M. A.; MACPHERSON, H. A. Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent bipolar spectrum disorders. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 43, n. 3, p. 339-355, 2014. doi: 10.1080/15374416.2013.822309.

GIANFRANCESCO, F. D. et al. The association between treatment adherence and antipsychotic dose among individuals with bipolar disorder. **International Clinical Psychopharmacology**, v. 23, n. 6, p. 305-316, 2008. doi: 10.1097/YIC.0b013e32830b0f88.

GIGLIO, L. M. et al. Functional impact of biological rhythm disturbance in bipolar disorder. **Journal of Psychiatric Research**, v. 44, n. 4, p. 220-223, 2010. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.08.003.

GOODWIN, F. K.; JAMISON, K. R. **Manic-depressive illness**: bipolar disorders and recurrent depression. Oxford: University Press, 2007. 1262 p.

GOODWIN, G. et al. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. **Journal of Psychopharmacology**, v. 30, n. 6, p. 495-553, 2016. doi: 10.1177/0269881116636545.

GOODWIN, G.; CONSENSUS GROUP OF THE BRITISH ASSOCIATION FOR PSYCHOPHARMACOLOGY. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition—recommendations from the British Association for Psychopharmacology. **Journal of Psychopharmacology**, v. 23, n. 4, p. 346-388, 2009. doi: 10.1177/0269881109102919.

GORENSTEIN, C.; MORENO, R. **Escalas de avaliação de depressão**. São Paulo: Casa da leitura Médica, 2011. 54 p.

GUMUS, F.; BUZLU, S.; CAKIR, S. Effectiveness of individual psychoeducation on recurrence in bipolar disorder; a controlled study. **Arch Psychiatr Nurs**, v. 29, n. 3, p. 174-179, 2015. doi: 10.1016/j.apnu.2015.01.005.

GUMUS, F.; BUZLU, S.; CAKIR, S. The effectiveness of individual psychoeducation on functioning and quality of life with bipolar disorder in turkey: a randomized controlled study. **International Journal of Caring Sciences**, v. 10, n. 1, p. 490-502, 2017. doi: 10.1016/j.apnu.2015.01.005.

HAYES, J. et al. Prescribing trends in bipolar disorder: cohort study in the United Kingdom THIN primary care database 1995–2009. **PLoS ONE**, v. 6, n. 12, p. e28725, 2011. doi: 10.1371/journal.pone.0028725.

HIDALGO-MAZZEI, D. et al. Internet-based psychological interventions for bipolar disorder: review of the present and insights into the future. **Journal of Affective Disorders**, v. 188, p. 1-13, 2015. doi: 10.1016/j.jad.2015.08.005.

HONG, J. et al. Clinical and economic consequences of medication non-adherence in the treatment of patients with a manic/mixed episode of bipolar disorder: Results from the European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM) Study. **Psychiatry Research**, v. 190, n. 1, p. 110-114, 2011. doi: 10.1016/j.psychres.2011.04.016.

HOOLEY, J. M.; PARKER, H. A. Measuring expressed emotion: an evaluation of the shortcuts. **Journal of Family Psychology**, v. 20, n. 3, p. 386-396, 2006. doi: 10.1037/0893-3200.20.3.386.

- HOSANG, G. M. et al. Adverse life event reporting and worst illness episodes in unipolar and bipolar affective disorders: measuring environmental risk for genetic research. **Psychological Medicine**, v. 40, n. 11, p. 1829-1837, 2010. doi: 10.1017/S003329170999225X.
- HOWER, H. et al. Predictors of longitudinal psychosocial functioning in bipolar youth transitioning to adults. **Journal of Affective Disorders**, v. 1, n. 246, p. 578-585, 2019. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.108.
- HUBBARD, A. A. et al. Brief group psychoeducation for caregivers of individuals with bipolar disorder: a randomized controlled trial. **Journal of Affective Disorders**, v. 200, p. 31-36, 2016. doi: 10.1016 / j.jad.2016.04.013.
- HUSAIN, M. et al. Pilot study of a culturally adapted psychoeducation (CaPE) intervention for bipolar disorder in Pakistan. **International Journal of Bipolar Disorders**, v. 5, n. 3, 2017. doi: 10.1186/s40345-017-0074-8.
- ISHAK, W. W. et al. Health-related quality of life in bipolar disorder. **Bipolar Disorders**, v. 14, n. 1, p. 6-18, 2012. doi: 10.1111/j.1399-5618.2011.00969.x.
- JANSEN, K. et al. Quality of life and mood disorder episodes: Community sample. **Journal of Affective Disorders**, v. 147, n. 1-3, p. 123-127, 2016. doi: 10.1016/j.jad.2012.10.021.
- JAVADPOUR, A. et al. The impact of a simple individual psycho-education program on quality of life, rate of relapse and medication adherence in bipolar disorder patients. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 6, n. 6, p. 208-213, 2013. doi: 10.1016/j.ajp.2012.12.005.
- JAWAD, I. et al. Medication nonadherence in bipolar disorder: a narrative review. **Therapeutic Advances in Psychopharmacology**, v. 8, n. 12, p. 349-363, 2018. doi: 10.1177/2045125318804364.
- JOHNSON, F. R. et al. Factors That affect adherence to bipolar disorder treatments. **Medical Care**, v. 45, n. 6, p. 545-552, 2007. doi: 10.1097/MLR.0b013e318040ad90.
- JOHNSON, S. L. Life events in bipolar disorder: towards more specific models. **Clinical Psychology Review**, v. 25, n. 8, p. 1008-1027, 2005. doi: 10.1016/j.cpr.2005.06.004.
- JÓNSDÓTTIR, H. et al. Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 127, n. 1, p. 23-33, 2013. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01911.x.

KALLESTAD, H. et al. The long-term outcomes of an effectiveness trial of group versus individual psychoeducation for bipolar disorders. **J Affect Disord**, v. 15, n. 202, p. 32-38, 2016. doi: 10.1016/j.jad.2016.05.043.

KESSING, L. V. et al. Adherence to lithium in naturalistic settings: results from a nationwide pharmacoepidemiological study. **Bipolar Disorders**, v. 9, n. 7, p. 730-736, 2007. doi:10.1111/j.1399-5618.2007.00405.x.

KESSING, L. V.; VRADI, E.; ANDERSEN, P. K. Nationwide and population-based prescription patterns in bipolar disorder. **Bipolar Disorders**, v. 18, n. 2, p. 174-182, 2016. doi: 10.1111/bdi.12371.

KESSING, L. V.; ANDERSEN, P. K. Evidence for clinical progression of unipolar and bipolar disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 135, n. 1, p. 51-64, 2017. doi: 10.1111/acps.12667.

KESSLER, R. C. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. **World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)**, v. 6, n. 3, p. 168-76, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18188442>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

KIM, E. Y.; MIKLOWITZ, D. J. Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. **J Affect Disord**, v. 82, n. 3, p. 343-352, 2004. doi: 10.1016/j.jad.2004.02.004.

KNAPP, P.; ISOLAN, L. Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 32, n. sup. 1, p. 98-104, 2005. doi: 10.1590/S0101-60832005000700014.

KOLOSTOUMPIS, D. et al. Effectiveness of relatives' psychoeducation on family outcomes in bipolar disorder. **International Journal of Mental Health**, v. 44, n. 4, p. 290-302, 2015. doi: 10.1080 / 00207411.2015.1076292.

KURDAL, E.; TANRIVERDI, D.; SAVAŞ, H. A. The effect of psychoeducation on the functioning level of patients with bipolar disorder. **Western Journal of Nursing Research**, v. 36, n. 3, p. 312-328, 2014. doi: 10.1177/0193945913504038.

LAIOS, K. et al. The approach to melancholy on 30.1 Aristotelian problem. **Psychiatriki**, v. 23, n. 2, p. 153-157, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22796914>>. Acesso em: 4 abr. 2019.

LANG, S. La psychoéducation, un projet d'alliance thérapeutique soignants-familles.

Recherche en soins infirmiers, v. 4, n. 107, p. 98-116, 2011. doi: 10.3917/rsi.107.0098.

LECLERC, E.; MANSUR, R. B.; BRIETZKE, E. Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: a comprehensive review. **Journal of Affective Disorders**, v. 149, n. 1-3, p. 247-252, 2013. doi: 10.1016/j.jad.2013.01.036.

LEMES, C. B. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. **Pepsic**, v. 25, n. 1, p. 17-28, 2017. doi: 10.9788/TP2017.1-02.

LEX, C.; BÄZNER, E.; MEYER, T. D. Does stress play a significant role in bipolar disorder? A meta-analysis. **J Affect Disord.**, v.15, n. 208, p. 298-308, 2016. doi: 10.1016/j.jad.2016.08.057.

LUFT, C. D. B. et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 606-615, 2007. doi: 10.1590/S0034-89102007000400015.

MADIGAN, K. et al. A randomised controlled trial of carer-focussed multi-family group psychoeducation in bipolar disorder. **European Psychiatry**, v. 27, n. 4, p. 281-284, 2012. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.12.008.

MAGAÑA, A. B. et al. A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. **Psychiatry Research**, v. 17, n. 3, p. 203-212, 1986. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3704028>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

MALHI, G. S. et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 49, n. 12, p. 1087-1206, 2015. doi: 10.1177/0004867415617657.

MCDONALD, K. C. et al. Prevalence of bipolar i and ii disorder in Canada. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 60, n. 3, p. 151-156, 2015. doi: 10.1177/070674371506000310.

MENEZES, S. L.; SOUZA, M. C. B. DE M. E. Grupo de psicoeducação no transtorno afetivo bipolar: reflexão sobre o modo asilar e o modo psicossocial. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n.4, p. 996-1001, 2011. doi: 10.1590/S0080-62342011000400029.

MERIKANGAS, K. R. et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. **Archives of General Psychiatry**, v. 68, n. 3, p. 241-251, 2011. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.12.

MERIKANGAS, K. R.; LAMERS, F. The ‘true’ prevalence of bipolar II disorder. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 25, n. 1, p. 19-23, 2012. doi: 10.1097 / YCO.0b013e32834de3de.

MIKLOWITZ, D.; FRANK, E. **Bipolar disorder**: a family-focused treatment approach. New York, London: Guilford Publications, 2010.

MONROE, S. M.; HARKNESS, K. L. Life stress, the ‘kindling’ hypothesis, and the recurrence of depression: considerations from a life stress perspective. **Psychological Review**, v. 112, n. 2, p. 417-445, 2005. doi: 10.1037/0033-295X.112.2.417.

MONTGOMERY, D. C. **Design and analysis of experiments**. John Wiley & Sons, 2012. 730 p.

MOROKUMA, I. et al. Psychoeducation for major depressive disorders: a randomized controlled trial. **Psychiatry Res**, v. 210, n. 1, p. 134-139, 2013. doi: 10.1016/j.psychres.2013.05.018.

MORONG, R. G.; BRANGIER, P. V. Indian “humor” in medical knowledge during the 16th and 17th centuries. **Rev Med Chil**, v. 145, n. 7, p. 920-925, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/29182201/>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

MURRAY-SWANK, A. B.; DIXON, L. Family psychoeducation as an evidence-based practice. **CNS spectrums**, v. 9, n. 12, p. 905-12, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15616476>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

NORDENTOFT, M.; MORTENSEN, P. B.; PEDERSEN, C. B. Absolute Risk of Suicide After First Hospital Contact in Mental Disorder. **Archives of General Psychiatry**, v. 68, n. 10, p. 1058-1064, 2011. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.113.

NOVICK, D. M.; SWARTZ, H. A.; FRANK, E. Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. **Bipolar Disorders**, v. 12, n. 1, p. 1-9, 2010. doi: 10.1111/j.1399-5618.2009.00786.x.

ÖZDEMİR, O. et al. Family history in patients with bipolar disorder. **Noro psikiyatri arsivi**, v. 53, n. 3, p. 276-279, 2016. doi: 10.5152/npa.2015.9870.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. São Paulo: Editora Thompson, 2004. 506 p.

- PARIKH, S. V. et al. Psychosocial interventions for bipolar disorder and coping style modification: similar clinical outcomes, similar mechanisms? **Can J Psychiatry**, v. 58, n. 8, p. 482-486, 2013. doi: 10.1177/070674371305800807.
- PATSOS, M. The internet and medicine: building a community for patients with rare diseases. **JAMA**, v. 285, n. 6, p. 805, 2001. doi: 10.1001 / jama.285.6.805-JMS0214-2-1.
- PEET, M.; HARVEY, N. S. Lithium maintenance: 1. A standard education programme for patients. **The British journal of psychiatry**, v. 158, n. 2, p. 197-200, 1991. doi: 10.1192/bjp.158.2.197.
- PELLEGRINELLI, K. de B. **Impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional dos pacientes bipolares**. 2010. 152 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.
- PEREIRA, S. S. et al. Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial. **Saúde Transform. Soc.**, v. 5, n. 1, p. 91-95, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 abr. 2019.
- PERIS, T. S.; MIKLOWITZ, D. J. Parental expressed emotion and youth psychopathology: new directions for an old construct. **Child Psychiatry & Human Development**, v. 46, n. 6, p. 863-873, 2015. doi: 10.1007/s10578-014-0526-7.
- PERRY, A. et al. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. **British Medical Journal**, v. 3018, p. 149-153, 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27688/>>. Acesso em: 06 abr. 2019.
- PIMENTEL, M. E. P.; SIQUARA, G. M. A utilização da psicoeducação no tratamento de pacientes com transtorno bipolar: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 19, n. 1, p. 43-54, 2017. Disponível em: <http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=220>. Acesso em: 04 abr. 2019.
- PIO, M. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr**, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999. doi: 10.1590/S1516-44461999000100006.
- PODAWILTZ, A. A. Review of current bipolar disorder treatment guidelines. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 73, n. 03, p. e12, 15 mar. 2012. doi: 10.4088 / JCP.10060tx2cc.

RAFANELLI, C. et al. Stressful life events, depression and demoralization as risk factors for acute coronary heart disease. **Psychotherapy and psychosomatics**, v. 74, n. 3, p. 179-84, 2005. doi: 10.1159/000084003.

RECKREY, J. M. et al. Meeting the mental health needs of the homebound: a psychiatric consult service within a home-based primary care program. **Care Management Journals**, v. 16, n. 3, p. 122-128, 2015. doi: 10.1891/1521-0987.16.3.122.

REIFLER, B. V.; BRUCE, M. L. Home-based mental health services for older adults: a review of ten model programs. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 22, n. 3, p. 241-247, 2014. doi: 10.1016/j.jagp.2012.12.002.

REINARES, M. et al. The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. **Journal of Affective Disorders**, v. 123, n. 1-3, p. 81-86, 2010. doi: 10.1016 / j.jad.2009.09.009.

RICHARDS, T. Patients' priorities. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 318, n. 7179, p. 277, 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114764/>>. Acesso em: 06 abr. 2019.

ROSA, A. R. et al. One-year psychosocial functioning in patients in the early vs. late stage of bipolar disorder. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 125, n. 4, p. 335-341, 2012. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01830.x.

RUBIO, J. M. et al. Quality of life following remission of mental disorders. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 74, n. 05, p. e445-e450, 2013. doi: 10.4088 / JCP.12m08269.

SAJATOVIC, M. et al. Illness experience and reasons for nonadherence among individuals with bipolar disorder who are poorly adherent with medication. **Comprehensive Psychiatry**, v. 52, n. 3, p. 280-287, 2011. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.07.002.

SAJATOVIC, M. et al. Six-month outcomes of customized adherence enhancement (CAE) therapy in bipolar disorder. **Bipolar Disorders**, v. 14, n. 3, p. 291-300, 2012. doi: 10.1111/j.1399-5618.2012.01010.x.

SAS. Institute Inc. **SAS/STAT®**. Version 9.0 Cary NC: SAS Institute Inc. 1999.

SCHAFFER, A. et al. Use of treatment services and pharmacotherapy for bipolar disorder in a general population-based mental health survey. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 67, n. 3, p. 386-93, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16649824>>. Acesso em: 06 abr. 2019.

SCHAFFER, A. et al. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part i of a report of the international society for bipolar disorders task force on suicide in bipolar disorder. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 49, n. 9, p. 785-802, 2015. doi: 10.1177/0004867415594427.

SCHALL, R. Estimation in generalized linear models with random effects. **Biometrika**, v. 78, n. 4, p. 719-727, 1991. doi: 10.2307/2336923.

SCHOEYEN, H. K. et al. Bipolar disorder patients have similar levels of education but lower socio-economic status than the general population. **J Affect Disord**, v. 129, n. 1, p. 68-74, 2011. doi: 10.1016/j.jad.2010.08.012.

SCOTT, J. et al. Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders. **British Journal of Psychiatry**, v. 188, n. 04, p. 313-320, 2006. doi: 10.1192/bjp.188.4.313.

SHAPERO, B. G. et al. Kindling of life stress in bipolar disorder: effects of early adversity. **Behavior Therapy**, v. 48, n. 3, p. 322-334, 2017. doi: 10.1016/j.beth.2016.12.003.

SHEA, S. et al. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. **American journal of public health**, v. 82, n. 12, p. 1607-12, 1992. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1694541/>>. Acesso em: 04 mai. 2019.

SHIPPEE, N. D. et al. Differences in demographic composition and in work, social, and functional limitations among the populations with unipolar depression and bipolar disorder: results from a nationally representative sample. **Health and quality of life outcomes**, v. 9, n. 1, p. 90, 2011. doi: 10.1186/1477-7525-9-90.

SOERENSEN, A. A.; MENDES, I. A. C.; HAYASHIDA, M. Atendimento domiciliar: análise de um serviço privado. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 5, n. 2, 26 out. 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5622>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

SONG, J. et al. Specificity in etiology of subtypes of bipolar disorder: evidence from a swedish population-based family study. **Biological Psychiatry**, v. 84, n. 11, p. 810-816, 2018. doi:10.1016/j.biopsych.2017.11.014.

STAFFORD, N.; COLOM, F. Purpose and effectiveness of psychoeducation in patients with bipolar disorder in a bipolar clinic setting. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 127, p. 11-18, 2013. doi: 10.1111/acps.12118.

STAUFENBIEL, S. M. et al. Recent negative life events increase hair cortisol concentrations in patients with bipolar disorder. **Stress**, v. 17, n. 6, p. 451-459, 2014. doi: 10.3109/10253890.2014.968549.

TAN, S. S. L.; GOONAWARDENE, N. Internet health information seeking and the patient-physician relationship: a systematic review. **Journal of medical Internet research**, v. 19, n. 1, p. e9, 2017. doi: 10.2196/jmir.5729.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Library cataloguing-in-publication data adherence to long-term therapies: evidence for action. **WHO Adherence to Long Term Therapies Project. II**. Global Adherence Interdisciplinary Network. Disponível em: <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1>. Acesso em: mai. 2018.

TOHEN, M. et al. Efficacy of olanzapine in acute bipolar mania: a double-blind, placebo-controlled study. The Olanzapine HGGW Study Group. **Archives of general psychiatry**, v. 57, n. 9, p. 841-9, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10986547>>. Acesso em: 06 abr. 2019.

VELLIGAN, D. I. et al. Defining and assessing adherence to oral antipsychotics: a review of the literature. **Schizophrenia bulletin**, v. 32, n. 4, p. 724-742, 2006. doi: 10.1093/schbul/sbj075.

VIETA, E. **Avanços no transtorno bipolar**. Editora: Conectfarma, 2012. 113 p.

VILELA, L. et al. Escalas de avaliação de mania: qualidades psicométricas e aplicabilidade clínica – uma revisão da literatura. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 49, n. 9, p. 323-329, 2000. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=275833&indexSearch=ID>>. Acesso em: 4 abr. 2019.

WANG, J.; SHANG, J.; KEARNEY, J. A. Mental health disorders in home care elders: an integrative review. **Geriatric Nursing**, v. 37, n. 1, p. 44-60, 2016. doi: 10.1016/j.gerinurse.2015.10.013.

WEBB, R. T. et al. Suicide, hospital-presenting suicide attempts, and criminality in bipolar disorder. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 75, n. 08, p. e809-e816, 2014. doi: 10.4088/JCP.13m08899.

WHITEFORD, H. A. et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet (London, England)**, v. 382, n. 9904, p. 1575-86, 2013. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6.

WILLEM, A. et al. Medical apps for smartphones: lack of evidence undermines quality and safety. 2013. **Evide Based. Med.**, v. 18, n. 3, p. 90-92. doi: 10.1136/eb-2012-100885.

WILLIAMS, M. D. et al. Direct costs of bipolar disorder versus other chronic conditions: an employer-based health plan analysis. **Psychiatric Services**, v. 62, n. 9, p. 1073-1078, 2011. doi: 10.1176/appi.ps.62.9.1073.

WOODS, S. W. The economic burden of bipolar disease. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 61, v. supp 13, p. 38-41, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11153811>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

WYKE, A. et al. Key experiences of bipolar disorder. **International Clinical Psychopharmacology**, v. 26, p. e24, 2011. doi: 10.1097 / 01.yic.0000405664.39781.c4.

YATHAM, L. N. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. **Bipolar disorders**, v. 20, n. 2, p. 97-170, 2018. doi: 10.1111/bdi.12609.

YOUNG, A. H. et al. Annual cost of managing bipolar disorder to the UK healthcare system. **Journal of Affective Disorders**, v. 133, n. 3, p. 450-456, 2011. doi: 10.1016/j.jad.2011.06.016.

YOUNG, R. C. et al. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. **The British journal of psychiatry: the journal of mental science**, v. 133, p. 429-35, 1978. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/728692>>. Acesso em: 06 abr. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Por meio desse termo você está sendo convidado a participar como voluntário (a) da pesquisa: “Avaliação da eficácia da psicoeducação domiciliar individual em relação à psicoeducação em grupo para pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar” Havendo total liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento no transcorrer da pesquisa e deixar de participar do estudo.

Justificativa e objetivo da pesquisa

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é caracterizado pela ocorrência de intensa oscilação do humor, na qual os pacientes apresentam episódios de mania e/ou hipomania, comumente alternados com períodos de depressão. É uma enfermidade mental grave, crônica e incapacitante. O agravamento da doença pode ter como consequências: um maior índice de internações com aumento no tempo de hospitalização, aumento do risco de suicídio e consequentemente uma maior utilização dos serviços de saúde ao longo da vida. Apesar de existir uma grande quantidade de medicamentos disponíveis para o tratamento do TAB as taxas de não-adesão ao tratamento farmacológico são altas em pacientes com este transtorno. Abordagens psicossociais específicas têm sido cada vez mais usadas como uma alternativa no tratamento. Entre estas abordagens a psicoeducação irá contribuir para que os pacientes conheçam melhor sua doença, sintomas e forma de tratamento e possam seguir um tratamento adequado. Existem diversas modalidades de psicoeducação, que podem ser direcionadas a pacientes isolados ou em grupos (de pacientes, familiares) realizada nas instituições de saúde ou em visitas domiciliares, com diferentes quantidades de sessões e com conteúdo que variam amplamente de acordo com o tipo de participante. O presente projeto, propõe-se a desenvolver uma investigação direcionada a comparar os benefícios da Psicoeducação Domiciliar individual em relação à modalidade de Psicoeducação em grupo realizada na instituição, com e sem a participação de familiares. Dessa forma, pretende-se contribuir para melhor evolução da doença com a melhora na adesão ao tratamento medicamentoso, redução do nível de recaída e reinternações de pacientes em tratamento na rede coletiva de Saúde Mental de Ribeirão Preto.

Procedimentos

Você será submetido, inicialmente, à avaliação por meio de escalas e questionários, os instrumentos de avaliação serão aplicados na semana anterior ao início do tratamento, na semana posterior ao término da psicoeducação e na fase de seguimento com 6 e 12 meses, após término da intervenção, necessitando de 90 minutos para cada aplicação. Também utilizaremos dados referentes aos atendimentos registrados no seu prontuário de atendimento (data de nascimento, sexo, bairro de procedência, diagnóstico médico, conduta e encaminhamentos realizados). O estudo será dividido em duas fases. Na primeira fase que terá duração de 8 semanas você receberá além das medicações habituais uma intervenção psicoeducacional em suas residências e/ou na instituição. As sessões de psicoeducação terão o seguinte formato: 15 minutos de introdução; 30 minutos de exposição onde serão abordados os seguintes tópicos: conceito e causa da doença; quais são os sintomas da depressão, mania e hipomania; evolução da doença; medicamentos utilizados; como detectar o início de uma crise e o que fazer em caso de recaída. Para as apresentações utilizaremos um projetor que projetará em uma tela imagens que ilustrarão os tópicos; 30 minutos de discussão com relação ao tema exposto; e 15 minutos de fechamento, revisando os principais pontos, totalizando 90 minutos. Na segunda fase, serão realizadas avaliações em 6 e 12 meses, logo após o término da primeira fase.

Garantias do participante da pesquisa

São esses os seus direitos ao participar da pesquisa:

- a garantia de inteira liberdade e plena autonomia em participar, ou não, da pesquisa, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento ou benefício que tenha obtido junto à instituição antes, durante ou após o período deste estudo.
- a garantia de receber a resposta de qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa da qual estará participando;
- a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação de seu atendimento e tratamento habitual neste serviço;
- a segurança de não ser identificado e do caráter confidencial de toda informação relacionada com sua privacidade;
- o compromisso de receber informação atualizada durante o estudo, mesmo que esta afete sua vontade de continuar participando;

- a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;
- se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa

As suas informações e respostas serão mantidas sob a responsabilidade e guarda do pesquisador. O uso destas informações ficará restrito ao trabalho da pesquisa, com os resultados obtidos divulgados em revistas científicas e eventos na área da saúde nacionais e internacionais.

Toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco, portanto, para esta pesquisa considera-se que há risco remoto de cansaço e fadiga pelo participante durante a aplicação do questionário e realização das sessões de psicoeducação, a que pode se tornar extensa, no entanto, você poderá solicitar a interrupção a qualquer momento e marcarmos outro dia se assim preferir.

As informações serão muito úteis para auxiliar na elaboração de ações afirmativas relacionadas à melhor evolução da doença, sendo os benefícios indiretos e futuros.

Este documento foi elaborado em duas vias, assinadas pelo pesquisador e orientador, ficando uma com você e outra com o pesquisador.

Nome: RG:

Declaro que, após conveniente explicação pelo pesquisador, e após ter entendido o que me foi explicado, aceito participar da presente pesquisa.

Ribeirão Preto, de de

Assinatura do participante ou de seu representante legal

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida para esclarecimentos, entrar em contato com Tarciso Aparecido Batista: e-mail: tarcisoapb@usp.br, fone: (16) 3934-6565 ou celular: (16) 99309-9393, ou no endereço Av. Bandeirantes, 3900. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP ou diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP de segunda à sexta, das 8h às 17h pelo telefone (16) 3315-9197. (O CEP é um colegiado interdisciplinar e independente, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos, tendo por objetivo defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - Res. CNS n.º466/2012 e Norma Operacional 001/2013).

ANEXOS**ANEXO A – Ficha de identificação do participante****FICHA DE IDENTIFICAÇÃO**Número do Prontuário: Número do sujeito no banco: **Nome do paciente:** _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone(s): _____

Email: _____

Nome do familiar: _____

Grau de parentesco: _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone(s): _____

Email: _____

Entrevistador: _____ Data: ____ / ____ / ____

Observações _____

ANEXO B – Questionário sociodemográfico

Número do sujeito no banco:

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO (Dados informados pelo PACIENTE)	
1- Sexo: 1. Masculino () 2. Feminino ()	2- Data de Nascimento: __/__/__
3- Você sabe ler/escrever? 1. Não () 2. Sim ()	
4- Qual a sua Escolaridade? 1. Não estudou em escola regular () 5. Médio completo ()	
2. Fundamental incompleto () 6. Superior incompleto ()	
3. Fundamental completo () 7. Superior completo ()	
4. Médio incompleto () 8. Outro ()	
5- Situação conjugal 1. Solteiro () 3. Separado/divorciado ()	
2. Casado/ com companheiro fixo () 4. Viúvo ()	
6- Segue alguma religião ou afiliação religiosa? 1. Não () 2. Sim ()	
7- Qual religião? 1. Católico () 2. Evangélico () 3. Protestante ()	
4. Espírita () 5. Outra _____	
8- Etnia: 1. Branco () 2. Negro () 3. Pardo () 4. Amarelo ()	
9- Qual a sua ocupação/profissão? _____	
10- Exerce essa profissão atualmente? 1. Não () 2. Sim ()	
11- Recebe auxílio-benefício? 1. Não () 2. Sim ()	
12- Qual é a sua renda mensal "individual"? _____ Qual o valor da renda familiar? _____	
13- Você mora com: 1. Família () 2. Amigos () 3. Sozinho () 4. Outro: _____	
14- Pratica atividade física? 1. Não () 2. Sim ()	
15- Uso de substância no passado? Não () Maconha () Cocaína () Crack () Outras _____	

ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA já apresentou ou apresenta algum problema como:

01- ALUCINAÇÕES, "FICOU LOUCO"/ PSICOSE OU "PROBLEMA DE CABEÇA"?

0. NÃO/NINGUÉM () 1. Mãe () 2. Pai () 3. Irmão(s) () 4. Filho(s) () 5. Avó(s) () 6. Primo(s) () 7. Tio(a) ()
8. Outros _____ 9- NÃO SABE DIZER ()

02- Interações Psiquiátricas? "

0. NÃO/NINGUÉM () 1. Mãe () 2. Pai () 3. Irmão(s) () 4. Filho(s) () 5. Avó(s) () 6. Primo(s) () 7. Tio(a) ()
8. Outros _____

03- Uso remédio "controlado", remédio "para a cabeça" ou remédio psiquiátrico? "

0. NÃO/NINGUÉM () 1. Mãe () 2. Pai () 3. Irmão(s) () 4. Filho(s) () 5. Avó(s) () 6. Primo(s) () 7. Tio(a) ()
8. Outros _____

04- Álcool ou outro tipo de Droga? "

0. NÃO/NINGUÉM () 1. Mãe () 2. Pai () 3. Irmão(s) () 4. Filho(s) () 5. Avó(s) () 6. Primo(s) () 7. Tio(a) () 8. Outros _____

05- Tentativa de suicídio?

0. NÃO/NINGUÉM () 1. Mãe () 2. Pai () 3. Irmão(s) () 4. Filho(s) () 5. Avó(s) () 6. Primo(s) () 7. Tio(a) () 8. Outros _____

07 - Cometeu suicídio? "

0. NÃO/NINGUÉM () 1. Mãe () 2. Pai () 3. Irmão(s) () 4. Filho(s) () 5. Avó(s) () 6. Primo(s) () 7. Tio(a) () 8. Outros _____

08- Você sabe dizer o nome da doença psiquiátrica/mental que você tem?

1. Não () 2. Sim () Qual é o nome? _____

09- Idade que recebeu diagnóstico psiquiátrico? ____ anos

10- Idade que ocorreu o primeiro episódio do transtorno _____

11- Quantos episódio você teve ao longo da vida _____

12- Idade que começou a usar medicação psiquiátrica (com indicação médica) pela primeira vez

13- Hospitalizações Psiquiátricas? 1. Não () 2. Sim () Quantas? _____

14- Idade da primeira internação psiquiátrica: / Idade da última hospitalização psiquiátrica:

15- Realizou, alguma vez na sua vida, Eletroconvulsoterapia ou Eletrochoque?

1. Não () 2. Sim ()

16- ATUALMENTE está fazendo algum acompanhamento, terapia ou atendimentos em serviço de saúde ou clínicas?

(Por exemplo: psicoterapia, grupos, terapia ocupacional, atendimento psicológico, medicina alternativa)

1. Não () 2. Sim () Qual? _____ Há quanto tempo _____

17- Já fez algum acompanhamento, terapia ou atendimentos em serviço de saúde ou clínicas Por exemplo: psicoterapia, grupos, terapia ocupacional, atendimento psicológico, medicina alternativa)?

1. Não () 2. Sim () Qual? _____ Há quanto tempo _____

35-Você já apresenta ou já apresentou algum outro problema de saúde além do transtorno mental?

1. Não () 2. Sim ()

Se SIM qual ou quais problemas de saúde que apresenta ou já apresentou?

a) Diabetes 1 () Não 2 () Sim Há quantos anos? _____

b) Hipertensão 1 () Não 2 () Sim Há quantos anos? _____

c) Depressão 1 () Não 2 () Sim Há quantos anos? _____

d) Ansiedade 1 () Não 2 () Sim Há quantos anos? _____

e) Obesidade 1 () Não 2 () Sim Há quantos anos? _____

f) Epilepsia 1 () Não 2 () Sim Há quantos anos? _____

g) Outras: _____ Há quantos anos? _____

ANEXO C – Mini International Neuropsychiatric Interview – Versão Brasileira (DSM-IV)

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNOSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = **SIM**), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
b	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	SE NÃO : Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?			
	A6a <u>OU</u> A6b SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR com Características Melancólicas ATUAL	

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

NÃO EXPLORAR ESTE MÓDULO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	→ SIM	21
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3?	→ NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	28
B4 É COTADA SIM?		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> NÃO SIM TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL </div>		

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:				Pontos
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO	SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	10
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	10

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	4
----	---------------------------------------	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES
COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR
O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

NÃO SIM

**RISCO DE SUICÍDIO
ATUAL**

1-5	pontos	Baixo	☐
6-9	pontos	Moderado	☐
≥ 10	pontos	Alto	☐

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	1
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	SE D1a = SIM: b Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	3
	SE D2a = SIM: b Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
	D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?	→ NÃO	SIM	
D3	SE D1b OU D2b = “SIM”: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL SE D1b E D2b = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...) ?	NÃO	SIM	11

- D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana E lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas? NÃO SIM 12

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

D4 É COTADA “NÃO” ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	☐
Passado	☐

D4 É COTADA “SIM” ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	☐
Passado	☐

ANEXO D – Escala de Depressão de Hamilton

1. Humor deprimido

Frequência				
Este item avalia sentimentos de tristeza, desesperança, desamparo e inutilidade. <i>Observação: Esta não é uma avaliação global de doença depressiva.</i>	Ausente Não ocorre ou é clinicamente insignificante	Ocasional Infrequente; menos de três dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequentemente; 3 a 5 dias; 31% a 75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6 a 7 dias; mais de 75% da semana
Intensidade dos sintomas				
Ausente	0			
Leve Sentimentos de tristeza, desânimo, baixa autoestima, pessimismo	0	1	1	2
Moderada Claros sinais não verbais de tristeza (como tendência ao choro), sentimentos de desesperança, desamparo ou inutilidade sobre alguns aspectos da vida		1	2	3
Grave Tristeza intensa, choro, desesperança sobre a maioria dos aspectos da vida, sentimentos de completo desamparo ou inutilidade		2	3	4
Muito grave Tristeza extrema, desesperança ou desamparo intratáveis		3	4	4

Como esteve o seu humor nesta última semana (comparado a quando você se sente bem)?

Você tem se sentido desanimado ou deprimido? Triste ou desesperançado?
Desamparado? Inútil?
(Você pode descrever como este sentimento tem sido para você? Quão ruim é o sentimento?)

O sentimento some totalmente se alguma coisa boa acontece?
(Ele desaparece totalmente ou é apenas menos intenso?)

Há quanto tempo você tem se sentido desta forma?

Como você está se sentindo com relação ao futuro?

Você tem chegado a chorar? SE A RESPOSTA FOR SIM: Com que frequência?

Frequência

- Durante a última semana, quantas vezes você se sentiu assim?
- Por quanto tempo você se sentiu assim?
- Quantos dias na última semana?
(Foram todos os dias? Quanto tempo em cada dia?)

Observações:

Convenções

- Este item NÃO deve ser considerado uma medida global de gravidade depressiva. O item 1 avalia um dos vários sintomas fundamentais da depressão.
- Flutuações normais de humor sem significância clínica devem ser marcadas "0".
- Avalie o humor deprimido mesmo se o paciente atribuir o humor a problemas da vida real (por ex., deprimido em razão de emprego ruim, conflito matrimonial).
- Alguns pacientes descrevem sensações de humor diminuído sem reconhecer "tristeza" ou "depressão" (por ex., "desanimado", "para baixo", "entorpecido"). Avalie como sintomático.
- Sinais não verbais (por ex., postura curvada, contato visual infrequente, sombrio, expressão facial triste) também são considerados ao avaliar a gravidade.
- Não avalie humor raivoso, irritável ou ansioso neste item.

GRID-HAMD

1

PONTUAÇÃO DO ITEM:

2. Culpa

Frequência				
Culpa é definida como a percepção de ter feito algo ruim ou errado e é acompanhada de sentimentos de remorso ou vergonha. A culpa é avaliada somente se for excessiva ou não realística.	Ausente Não ocorre ou é clinicamente insignificante	Ocasional Infrequente; menos de três dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequentemente; 3 a 5 dias; 31% a 75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6 a 7 dias; mais de 75% da semana
Intensidade dos sintomas				
Ausente	0			
Leve Autocrítica, autorrecriminação (por ex., "Eu decepcionei as pessoas").	0	1	1	2
Moderada Sentimentos de culpa, remorso, vergonha; crença de que fez algo ruim ou errado		1	2	3
Grave Sentimentos de culpa generalizados; sente que a doença é uma punição por atos pecaminosos		2	3	4
Muito grave Delírios, alucinações			4	4

Você esteve particularmente autocrítico nesta última semana ou tem sentido que decepcionou os outros? SE A RESPOSTA FOR SIM: Quais foram os seus pensamentos?

Na última semana, você se sentiu culpado sobre alguma coisa que fez ou deixou de fazer? (SE A RESPOSTA FOR SIM: Sobre o que você se sentiu culpado?) (E quanto a coisas que aconteceram há muito tempo?)

Quão culpado você se sentiu nesta última semana?

Você sente que a sua depressão é uma punição por algo ruim que você fez?

(Você ouviu vozes ou teve visões na última semana? SE A RESPOSTA FOR SIM: Fale-me sobre elas).

Frequência

- Durante a última semana, quantas vezes você se sentiu assim?
- Por quanto tempo você se sentiu assim?
- Quantos dias na última semana?
(Foram todos os dias? Quanto tempo em cada dia?)

Observações:

Convenções

- Auto-recriminação realística não é avaliada (por ex., sentir-se mal até certo ponto por estar atrasado com o trabalho ou por não atender aos filhos quando isso for realmente um problema) a menos que o paciente tenha dado ênfase excessiva a isto.
- Sentimentos vagos de baixa autoestima (por ex., sentir falta de atração pelo sexo oposto) não são avaliados, a menos que a baixa autoestima esteja associada a autorrecriminação ou autocrítica.
- Diferencie entre a crença de que o paciente foi acometido de depressão por erros que fez na sua vida (intensidade leve ou moderada) e a crença de que a depressão é uma punição por coisas ruins que ele fez (intensidade grave).
- Sentimentos de inutilidade são um aspecto do humor deprimido (item 1) e não são avaliados aqui, a menos que acompanhados de culpa.

GRID-HAMD

2

PONTUAÇÃO DO ITEM:

3. Suicídio

Frequência				
Este item avalia a gama completa da gravidade da ideação ou comportamento suicida.	Ausente Não ocorre ou é clinicamente insignificante	Ocasional Infrequente; menos de três dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequentemente; 3 a 5 dias; 31% a 75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6 a 7 dias; mais de 75% da semana
Intensidade dos sintomas				
Ausente	0			
Leve Sente que a vida não vale a pena, mas não expressa desejo de morrer (por ex., "Não me importo se viver ou morrer")	0	1	1	2
Moderada Deseja estar morto; pensamentos de morte, mas nenhum plano ou intenção específica (por ex., "Se eu fosse atropelado por um ônibus, não me importaria", "Gostaria de ir dormir e nunca mais acordar")		1	2	3
Grave Plano ou intenção clara de suicídio; gesto suicida (por ex., tomar alguns comprimidos para dormir)		3	3	4
Muito grave Tentativas de suicídio		4	4	4

Nesta semana, você chegou a pensar de que a vida não vale a pena?

SE A RESPOSTA FOR SIM: Sobre o que você pensou?

Chegou a pensar que estaria melhor morto?

SE A RESPOSTA FOR SIM: Pode me falar mais a esse respeito?

Você pensou em se machucar ou se matar?

SE A RESPOSTA FOR SIM: Sobre o que você pensou? Você efetivamente fez algo para se machucar?

Frequência

- Durante a última semana, quantas vezes você se sentiu assim?
- Por quanto tempo você se sentiu assim?
- Quantos dias na última semana?
(Foram todos os dias? Quanto tempo em cada dia?)

Observações:

Convenções

- Observe que alguns pacientes podem procurar ocultar ou minimizar pensamentos ou comportamentos suicidas.
- Não avalie sentimentos de desânimo e alienação (por ex., "qual a utilidade", "ninguém se importa", etc.) a menos que associados com pensamentos de que não vale a pena viver.
- Preocupação com a morte, na ausência do desejo de morrer, é avaliada como de intensidade moderada.
- Sentimento de que a vida é um fardo e o desejo de escapar, *sem pensamentos claros de suicídio ou morte*, é avaliado como de intensidade leve.
- Gestos ou tentativas de suicídio são avaliados positivamente mesmo se o paciente descrever os comportamentos como um grito de ajuda ou um ato de vingança.
- Pensamentos ou planos de suicídio são avaliados positivamente independentemente da justificativa (por ex., doença terminal).

GRID-HAMD

3

PONTUAÇÃO DO ITEM:

4. Insônia inicial

Frequência				
Tempo até conciliar o sono	Ausente Não ocorre ou é clinicamente insignificante	Ocasional Infrequente; menos de três dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequentemente; 3 a 5 dias; 31% a 75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6 a 7 dias; mais de 75% da semana
Intensidade dos sintomas				
Ausente	0			
Leve 30 a 59 minutos para adormecer	0	1	1	2
Acentuada 1 hora ou mais para adormecer		1	2	2

Gostaria de fazer algumas perguntas sobre o seu sono na última semana.

Qual era o seu horário habitual de ir dormir e acordar antes disso começar?

Na última semana, você teve dificuldade em conciliar o sono no início da noite?

Quanto tempo demorou para adormecer?

Você mudou o horário em que costuma dormir desde que começou a sentir-se deprimido?

Frequência

- Durante a última semana, quantas vezes você teve dificuldade em adormecer?
- Quantas noites na última semana? (Isto aconteceu todas as noites?)

Convenções

- A insônia noturna é avaliada mesmo que o paciente atribua isto ao cochilo diurno.

- Não avalie a dificuldade em adormecer ou manter-se adormecido em razão de causas externas inequívocas, por ex., choro de neném, festa no vizinho, etc.

- A insônia inicial é avaliada ainda que o paciente vá para a cama mais tarde por ser incapaz de conciliar o sono.

- Se o paciente usou comprimido(s) para dormir durante a semana anterior, avalie a intensidade e frequência da insônia à medida que tenha ocorrido com o uso de comprimido(s) para dormir. Se o paciente usou comprimidos para dormir menos de sete noites durante a última semana, baseie a sua avaliação em uma média da intensidade e frequência de insônia durante a semana inteira, inclusive aquelas noites em que o paciente não usou comprimido(s) para dormir.

Observações:

GRID-HAMD

4

PONTUAÇÃO DO ITEM:

5. Insônia intermediária

Frequência				
Após adormecer e até duas horas antes do horário habitual de acordar	Ausente Não ocorre ou é clinicamente insignificante	Ocasional Infrequente; menos de três dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequentemente; 3 a 5 dias; 31% a 75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6 a 7 dias; mais de 75% da semana
Intensidade dos sintomas				
Ausente	0			
Leve 30 a 59 minutos desperto	0	1	1	2
Acentuada Desperto por 1 hora ou mais		1	2	2

Na última semana você acordou no meio da noite?

SE A RESPOSTA FOR SIM: Quanto tempo demorou para voltar a adormecer?

O seu sono tem sido agitado ou perturbado?

SE A RESPOSTA FOR SIM: Quantas noites nesta semana o seu sono foi agitado?

Frequência

- Durante a última semana, quantas vezes em cada noite você acordou?
- Em quantas noites isto ocorreu na última semana?

Observações:

Convenções

- A insônia noturna é avaliada mesmo que o paciente atribua isto ao cochilo diurno.
- Não avalie a dificuldade em adormecer ou manter-se adormecido em razão de causas externas inequívocas, por ex., choro de neném, festa no vizinho, etc.
- Avalie todos os itens da insônia que se aplicarem. Por ex., se um paciente acorda de madrugada e é incapaz de voltar a conciliar o sono, avalie como insônia intermediária e tardia.
- Não avalie acordar para ir ao banheiro, a menos que demore ≥ 30 minutos para voltar a adormecer.
- Levantar da cama não é necessário para uma avaliação de 2.
- Para o despertar frequente e breve, some o tempo total desperto (por ex., $10 + 10 + 10 = 30$ minutos).
- Inquietação, sem estar acordado por mais do que um total de 30 minutos, pode ensejar uma avaliação máxima de 1, somente se ocorrer grande parte do tempo ou quase todo o tempo.
- Se o paciente tiver usado comprimido(s) para dormir durante a última semana, avalie a intensidade e a frequência da insônia à medida que tenha ocorrido com o uso de comprimido(s) para dormir. Se o paciente tiver usado comprimidos para dormir menos de sete noites durante a última semana, baseie a sua avaliação em uma média da intensidade e frequência de insônia durante a semana inteira, inclusive aquelas noites em que o paciente não usou comprimido(s) para dormir.

GRID-HAMD

5

PONTUAÇÃO DO ITEM:

6. Insônia tardia

Frequência				
Dentro de duas horas da hora habitual de acordar. Pode ficar acordado durante este intervalo ou pode voltar a dormir após inteiramente desperto.	Ausente Não ocorre ou é clinicamente insignificante	Ocasional Infrequente; menos de três dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequentemente; 3 a 5 dias; 31% a 75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6 a 7 dias; mais de 75% da semana
Intensidade dos sintomas				
Ausente	0			
Leve 30 a 59 minutos desperto	0	1	1	2
Acentuada 1 hora ou mais desperto		1	2	2

Nesta última semana, a que horas você tem acordado pela última vez de manhã? (COMPARE COM O HORÁRIO DE ACORDAR DE PRÉ-MORBIDADE)

SE CEDO: Isso é com um despertador ou você acorda sozinho?

Você consegue voltar a dormir?

Quanto tempo geralmente demora para voltar a adormecer?

Frequência

- Durante a última semana, quantas manhãs você acordou mais cedo do que de costume?

Observações:

Convenções

- A insônia noturna é avaliada mesmo que o paciente atribua isto ao cochilo diurno.
- Não avalie a dificuldade em adormecer ou manter-se adormecido em razão de causas externas inequívocas, por ex., choro de neném, festa no vizinho, etc.
- Não avalie acordar para ir ao banheiro, a menos que demore ≥ 30 minutos para voltar a dormir.
- Levantar da cama não é necessário para uma avaliação de 2.
- Para o despertar frequente e breve, some o tempo total desperto (por ex., $10 + 10 + 10 = 30$ minutos).
- Se o paciente tiver usado comprimido(s) para dormir durante a última semana, avalie a intensidade e a frequência da insônia à medida que tenha ocorrido com o uso de comprimido(s) para dormir. Se o paciente tiver usado comprimido para dormir menos de sete noites durante a última semana, baseie a sua avaliação em uma média da intensidade e frequência de insônia durante a semana inteira, inclusive aquelas noites em que o paciente não usou comprimido(s) para dormir.

GRID-HAMD

6

PONTUAÇÃO DO ITEM:

7. Trabalho e atividades

Frequência				
Este item avalia a perda de interesse ou prazer e o comprometimento em funcionar no trabalho dentro e fora de casa, atividades de lazer e relações familiares e sociais.	Ausente Não ocorre ou é clinicamente insignificante	Ocasional Infrequente; menos de três dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequentemente; 3 a 5 dias; 31% a 75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6 a 7 dias; mais de 75% da semana
Intensidade dos sintomas				
Ausente	0			
Leve Alguma redução no interesse ou prazer, mas sem comprometimento nítido no funcionamento	0	1	1	2
Moderada Redução significativa no interesse ou prazer, ou comprometimento nítido no funcionamento		1	2	3
Grave Redução profunda no interesse, prazer e funcionamento.		2	3	4
Muito grave Incapaz de trabalhar; precisa de ajuda para realizar as atividades de autocuidado; incapaz de funcionar sem assistência		3	4	4

Como você passou o seu tempo nesta última semana (quando não estava no trabalho)?

Você sentiu-se interessado em fazer (essas coisas), ou você sente que tem que se esforçar para fazê-las?

Antes desta depressão começar, que tipos de coisas você gostava de fazer? Você parou de fazer alguma coisa que costumava fazer?

E quanto a passatempos? SE A RESPOSTA FOR SIM: Por quê?

SE ESTIVER TRABALHANDO (DENTRO OU FORA DE CASA): Você tem conseguido fazer a mesma quantidade (de trabalho) que costumava fazer? SE A RESPOSTA FOR NÃO: Quanto menos?

Você tem que se esforçar para fazer as coisas? SE A RESPOSTA FOR SIM: Com que grau de esforço?

Quanto tempo você tem passado com a sua família e amigos? Isto é menos do que o habitual?

Gravidade

- Até que ponto o seu interesse pelas coisas diminuiu durante esta última semana? Quanto menos você as aprecia?
- Com que grau de dificuldade você tem realizado o seu trabalho nesta última semana?

Frequência

- Durante a última semana, quantas vezes você se sentiu assim?
- Por quanto tempo você se sentiu assim?
- Quantos dias na última semana? (Foram todos os dias? Quanto tempo em cada dia?)

Convenções

Este item avalia três dimensões que às vezes podem ser independentes: perda de interesse, perda de prazer, e comprometimento. A intensidade grave e muito grave requer perturbação em todos os três domínios.

- Considere vários domínios de funcionamento (emprego, lar, atividades recreativas), atribuindo mais peso a funções que requeiram a maior parte do tempo ou sejam as mais importantes para o paciente.
- O comprometimento é evidenciado por diminuição do tempo gasto em atividades, diminuição da produtividade, ou ambos.
- Intensidade grave requer comprometimento em funcionar nas atividades principais ou em vários domínios.
- Se o paciente estiver desempregado, considere as razões por que não está trabalhando. Avalie como muito grave somente se o paciente estiver incapaz de trabalhar em função da depressão.
- Não avalie a inatividade que seja melhor explicada por fadiga ou energia reduzida (por ex., quando o paciente tenta trabalhar mas está cansado demais para continuar).

GRID-HAMD

7

PONTUAÇÃO DO ITEM:

8. Retardo psicomotor

Este item avalia o retardo no movimento e fala observado durante a entrevista.	
Intensidade dos sintomas	
Ausente	0
Leve Velocidade da fala ligeiramente reduzida	1
Moderada Velocidade da fala nitidamente reduzida com pausas observáveis	2
Grave Entrevista claramente prolongada; todos os movimentos muito lentificados	3
Muito grave A entrevista não pode ser concluída	4

AVALIE BASEANDO-SE NA OBSERVAÇÃO

Observações:

Convenções

Este item avalia os indicadores comportamentais de retardo psicomotor. Não avalie os sentimentos subjetivos do paciente de estar mais lento.

- Considere atrasos nas respostas verbais e na velocidade da fala, bem como movimentos físicos.
- O avaliador deve levar em conta a gama total de retardo psicomotor que ocorre em pessoas com depressão.

Observação: Retardo e agitação (item 9) ocasionalmente coexistem, mas somente em intensidade leve.

GRID-HAMD

8

PONTUAÇÃO DO ITEM:

9. Agitação psicomotora

Este item avalia a agitação no comportamento motor e fala observados durante a entrevista.	
Intensidade dos sintomas	
Ausente Movimentos dentro da faixa normal (por ex., ocasionalmente muda a posição na cadeira)	0
Leve Agitação ligeira ou duvidosa, leve inquietação (por ex., muda frequentemente a posição na cadeira, bate com os pés, brinca com as mãos, cabelo ou roupas)	1
Moderada Inquietação ou agitação moderada a acentuada (por ex., reforça as mãos, arranha-se ou cutuca-se excessivamente)	2
Grave Não consegue sentar ou permanecer sentado nem por um curto período; anda de um lado para o outro	3
Muito grave A entrevista não pode ser concluída	4

AVALIE BASEANDO-SE NA OBSERVAÇÃO

Observações:

Convenções

Este item avalia os indicadores comportamentais de agitação psicomotora. Não avalie os sentimentos subjetivos de agitação e/ou inquietude do paciente.

- Observação: Agitação e retardo (item 8) ocasionalmente coexistem, mas somente em intensidade leve.

GRID-HAMD

9

PONTUAÇÃO DO ITEM:

10. Ansiedade, psíquica

Frequência				
Este item avalia a apreensão, medo, pânico e preocupação, bem como a irritabilidade. <i>Observação: Não avalie os sintomas físicos de ataques de pânico aqui. Avalie no item 11: Ansiedade, somática.</i>	Ausente Não ocorre ou é clinicamente insignificante	Ocasional Infrequente; menos de três dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequentemente; 3 a 5 dias; 31% a 75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6 a 7 dias; mais de 75% da semana
Intensidade dos sintomas				
Ausente	0			
Leve Alguns sentimentos de preocupação ou irritabilidade	0	1	1	2
Moderada Preocupação ou irritabilidade excessiva; ansiedade causa aflição; pode causar algum comprometimento no funcionamento		1	2	3
Grave Preocupação ou pavor difundido; temer o pior; apreensão óbvia na conduta ou comportamento; comprometimento significativo do funcionamento; sentimentos de pânico		2	3	4
Muito grave Incapacitante		3	4	4

Você se sentiu particularmente tenso ou irritável nesta última semana?

SE A RESPOSTA FOR SIM: Em que tipos de situações? Isto é mais do que normal para você?

Você se preocupou muito nesta última semana? (Sobre o quê?)

Você se preocupa com o que acontecerá no futuro?

SE A RESPOSTA FOR SIM: Com que tipos de acontecimentos futuros você se preocupa?

Você se sentiu em pânico nesta última semana?

SE A RESPOSTA FOR SIM: Como foi esse este sentimento?

Gravidade

- Quão ruim foi isto nesta última semana?
- Quanta dificuldade isto causou a você nesta última semana?

Frequência

- Durante a última semana, quantas vezes você se sentiu assim?
- Por quanto tempo você se sentiu assim?
- Quantos dias na última semana? (Foram todos os dias? Quanto tempo em cada dia?)

Convenções

- A preocupação excessiva está fora de proporção, seja no tempo gasto se preocupando, ou na intensidade da preocupação.
- Se o paciente tiver uns poucos ataques de pânico sem ansiedade em outros momentos, isto é avaliado como grave mas ocasional (por ex., 2 ou 3).
- A ansiedade psíquica associada a um distúrbio de ansiedade co-mórbida (distúrbio de ansiedade generalizada, síndrome do pânico, distúrbio da ansiedade social, fobia específica) é avaliada mesmo se este distúrbio precedeu a depressão e não piorou com o início da depressão.

GRID-HAMD

10

PONTUAÇÃO DO ITEM:

11. Ansiedade, somática

Frequência				
Este item avalia os sintomas físicos associados com a ansiedade. Gastrointestinais – boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, prisão de ventre, cólicas estomacais, arrotos em demasia Cardiovasculares – palpitações ou taquicardia Respiratórios – suspiros, hiperventilação Outros – dores de cabeça, frequência urinária, sudorese, tontura	Ausente Não ocorre ou é clinicamente insignificante	Ocasional Infrequente; menos de três dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequentemente; 3 a 5 dias; 31% a 75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6 a 7 dias; mais de 75% da semana
Intensidade dos sintomas				
Ausente	0			
Leve Alguma angústia	0	1	1	2
Moderada Angústia acentuada, pode causar algum comprometimento no funcionamento		1	2	3
Grave Comprometimento significativo no funcionamento		2	3	4
Muito grave Incapacitante		3	4	4

Diga-me se você teve um dos sintomas físicos a seguir na última semana.
(LEIA LISTA DA GRID, PAUSANDO APÓS CADA SINTOMA)

Avalie a gravidade de cada sintoma

- Foi muito ruim? (Você teve que tomar medicamento para o sintoma?)
- Quanto isto o incomodou nesta última semana?
- Interferiu na forma de você fazer as coisas que habitualmente faz? (Quanto? De que forma?)

Avalie a frequência de cada sintoma

- Durante a última semana, quantas vezes você se sentiu assim?
- Por quanto tempo você se sentiu assim?
- Quantos dias na última semana? (Foram todos os dias? Quanto tempo em cada dia?)

Observações:

Convenções

- Em geral, é o impacto global dos sintomas combinados que determina o nível de intensidade deste item.
- Dores de cabeça são avaliadas neste item (e não no item 13, Sintomas somáticos, gerais). Avalie todas as dores de cabeça aqui, independentemente do tipo (por ex., tensão, enxaqueca).

GRID-HAMD

11

PONTUAÇÃO DO ITEM:

12. Perda de apetite (sintomas somáticos, gastrointestinais)

Frequência				
(Sintomas somáticos, gastrointestinais) Este item avalia o apetite (por ex., fome, desejo por alimento, prazer no alimento). Observação: Não avalie outros sintomas gastrointestinais aqui. Avalie no item 11: Ansiedade, somática.	Ausente Não ocorre ou é clinicamente insignificante	Ocasional Infrequente; menos de três dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequentemente; 3 a 5 dias; 31% a 75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6 a 7 dias; mais de 75% da semana
Intensidade dos sintomas				
Ausente	0			
Leve Alguma perda de apetite mas alimentando-se sem estímulo; menos interesse ou prazer em comer	0	1	1	1
Acentuada Perda de apetite acentuada, pouquíssimo interesse ou prazer em comer (por ex., forçando-se a comer)		1	2	2

Como esteve o seu apetite nesta última semana (comparado ao seu apetite habitual)? SE REDUZIDO: Até que ponto ele foi menor do que habitual?

Você desfrutou da comida tanto quanto habitualmente?

Você teve que se esforçar para comer?

Outras pessoas tiveram que insistir para que comesse? Você deixou de fazer alguma(s) refeição(ões)?

Frequência

- Durante a última semana, por quanto tempo o seu apetite foi menor do que o habitual?
- Em quantas refeições você simplesmente não sentiu vontade de comer?
- Quantos dias na última semana foram desta forma? (Foram todos os dias? Quanto tempo em cada dia?)

Observações:

Convenções

- Mudança na quantidade de alimento ingerido pode ou não indicar mudança no apetite. Alguns pacientes com diminuição do apetite deixam de fazer refeições ou comem menos nas refeições. Outros continuam a comer, mas sentem que precisam esforçar-se para comer. Ambos são avaliados.
- Não conte como sintomático um paciente cuja depressão tenha sido associada ao aumento do apetite e que esteja atualmente melhorando, com apetite diminuindo até níveis normais (pré-depressão).

GRID-HAMD

12

PONTUAÇÃO DO ITEM:

13. Sintomas somáticos, gerais

Frequência				
Este item avalia cansaço, perda de energia, fadiga, mialgias e dores.	Ausente Não ocorre ou é clinicamente insignificante	Ocasional Infrequente; menos de três dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequentemente; 3 a 5 dias; 31% a 75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6 a 7 dias; mais de 75% da semana
Intensidade dos sintomas				
Ausente	0			
Leve Leve cansaço, perda de energia, fadiga, sensação de peso nos membros ou de estar sendo empurrado para baixo, ou mialgias ou dores	0	1	1	1
Acentuada Cansaço acentuado, perda de energia, fadiga, sensação de peso nos membros ou de estar sendo empurrado para baixo, ou mialgias ou dores		1	2	2

Como esteve a sua energia nesta última semana, comparada a antes de você estar deprimido? SE INFERIOR AO HABITUAL: Até que ponto a sua energia esteve menor do que a habitual?

Você se sentiu cansado? (Quão ruim foi isso?)

Nesta semana, você teve alguma dor muscular ou outra dor?

Você sentiu algum peso em seus membros, costas ou cabeça nesta última semana? Ou você se sentiu empurrado para baixo nesta última semana?

Quão ruim foi isso?

Frequência

- Durante a última semana, quantas vezes você se sentiu assim?
- Por quanto tempo você se sentiu assim?
- Quantos dias na última semana? (Foram todos os dias? Quanto tempo em cada dia?)

Observações:

Convenções

- Observe que este item avalia a perda de energia física e não a falta de interesse, que é avaliada no item 7 (Trabalho e atividades), embora muitos pacientes manifestem ambos os sintomas.
- Quaisquer dos sintomas enumerados (por ex., diminuição da energia, peso nos membros, mialgias) é suficiente para auferir uma avaliação positiva neste item.
- Não avalie fadiga ou mialgias em razão de esforço extra ou outras causas claramente não ligadas à depressão (por ex., gripe, trabalhar por longas horas).
- Dores de cabeça não são avaliadas aqui, mas no item 11 Ansiedade, somática.

GRID-HAMD

13

PONTUAÇÃO DO ITEM:

14. Interesse sexual (sintomas genitais)

Este item avalia a perda de interesse ou prazer no sexo; não a quantidade de atividade.	
Intensidade dos sintomas	
Ausente	0
Leve Alguma perda de interesse ou prazer	1
Acentuada Perda acentuada de interesse ou prazer	2

Como esteve o seu interesse por sexo nesta última semana? Não estou perguntando sobre a atividade sexual efetiva, mas sobre o seu interesse ou prazer sexual.

SE REDUZIDO OU SEM INTERESSE OU PRAZER: Esta é uma mudança em comparação a quando você se sentia bem?

É um pouco menos ou muito menos?

Observações:

Convenções

- Problemas de desempenho sexual não são avaliados aqui, desde que o interesse permaneça inalterado.
- Este item não avalia outros sintomas (por ex., dificuldades menstruais) categorizados como genitais em algumas versões da HAMD.
- Para uma pessoa sem um parceiro, a diminuição do interesse pode ser evidenciada por diminuição de pensamentos sobre sexo.
- O interesse sexual não está limitado ao desejo de manter relações, mas inclui o desejo por outros comportamentos sexuais, por ex., masturbação.
- O nível não deprimido de interesse sexual varia consideravelmente. Não avalie, a menos que o interesse atual seja menor do que em níveis pré-deprimidos.
- Uma mudança de um nível muito alto de interesse para um nível médio de interesse ainda é uma diminuição e é avaliada.
- Não avalie a evasiva do parceiro em razão de conflito interpessoal se o interesse sexual permanecer inalterado.
- Uma pessoa que tem sexo regularmente, apesar de o interesse reduzido (por ex., para agradar um parceiro) ainda é avaliada como sintomática.

GRID-HAMD

14

PONTUAÇÃO DO ITEM:

15. Hipocondria

Este item avalia a preocupação injustificada em ter uma doença médica geral independentemente de ela estar presente ou não.	Frequência			
	Ausente Não ocorre ou é clinicamente insignificante	Ocasional Infrequente; menos de três dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequentemente; 3 a 5 dias; 31% a 75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6 a 7 dias; mais de 75% da semana
Intensidade dos sintomas				
Ausente	0			
Leve Preocupação com as funções e sensações corporais, mas sem preocupações sobre uma doença específica	0	1	1	2
Moderada Preocupação excessiva ou não realística sobre ter uma doença (por ex., "Temo que estas dores de cabeça são devido a um tumor cerebral").		1	2	3
Grave Forte convicção não realística de ter uma doença (por ex., "Estou convencido de que estou com câncer").		2	3	3
Muito grave Delírios ou alucinações somáticas (por ex., "Meu órgão interno está apodrecendo").		4	4	4

Na última semana, até que ponto seus pensamentos estiveram centrados em sua saúde física ou na forma como seu organismo está trabalhando?

Quais foram os seus pensamentos? Você tem pensado a respeito disso mais do que antes de ficar deprimido?

Você teve receio de que poderia estar doente ou ter algum tipo de doença física?
SE A RESPOSTA FOR SIM: Você está com medo de ter o quê?

Você consultou um médico sobre estes problemas?
SE A RESPOSTA FOR SIM: O que o médico disse?

Gravidade

- Quanto tempo você passou pensando sobre isso?
- Até que ponto você tem estado preocupado com isso?
- Quanta certeza você tem de ter (doença)?

Frequência

- Durante a última semana, quantas vezes você pensou sobre isso?
- Quanto tempo você pensou sobre isso?
- Quantos dias na última semana? (Foram todos os dias? Quanto tempo em cada dia?)

Convenções

- Os próprios sintomas somáticos (por ex., dores de estômago) são avaliados em Ansiedade, somática (item 11). Avalie aqui a apreensão do paciente com a doença ou sua preocupação em tê-la.
- Preocupações com a aparência física (por ex., estar com excesso de peso) não são avaliadas neste item.
- Preocupações com sintomas depressivos, como estar cansado ou não dormir, são avaliadas somente se o paciente estiver apreensivo de que estes sintomas sugerem uma doença médica não psiquiátrica.
- Não avalie temores de contrair ou pegar uma doença; somente a crença de que o paciente já está doente.
- Uma pessoa que ainda acredite piamente que tem uma doença específica, não obstante a evidência irrefutável em contrário (por ex., exames médicos repetidos) é avaliada como tendo hipocondria.

GRID-HAMD

15

PONTUAÇÃO DO ITEM:

16. Perda de peso

Marque A ou B, mas não ambos. Não avalie a perda de peso resultante de dieta e de circunstâncias não relacionadas à depressão (por ex., perda de peso em razão de problemas médicos gerais).			
A. Ao avaliar pelo histórico Na avaliação inicial, compare com o peso pré-mórbido. No acompanhamento, compare com a consulta anterior.		B. Ao avaliar por mudanças de peso efetivas As diretrizes fornecidas abaixo se aplicam a pessoas que têm peso médio.	
Sem perda de peso	0	Perda inferior a 0,5 kg (1 lb) por semana desde a última consulta	0
Perda de peso provável	1	Perda de 0,5-1 kg (1 a 2 lb) por semana desde a última consulta	1
Perda de peso definida	2	Perda de mais de 1 kg (>2 lb) por semana desde a última consulta	2

Você perdeu algum peso desde que esta depressão começou?

NA AVALIAÇÃO INICIAL: Você perdeu algum peso desde que isto começou?

SE A RESPOSTA FOR SIM: Você acredita que isto foi devido a sentir-se deprimido ou desanimado? Quanto você perdeu?

SE NÃO TIVER CERTEZA: Você acha que suas roupas estão mais folgadas?

SE A RESPOSTA FOR SIM: Quanto mais folgadas?

NO ACOMPANHAMENTO: Você perdeu algum peso desde a sua última consulta?

SE A RESPOSTA FOR SIM: Você acredita que isto foi devido a sentir-se deprimido ou desanimado? Quanto você perdeu?

SE NÃO TIVER CERTEZA: Você acha que suas roupas estão mais folgadas? SE A RESPOSTA FOR SIM: Quanto mais folgadas?

Você recuperou algum peso? SE A RESPOSTA FOR SIM: Quanto?

OBSERVAÇÃO: MARQUE 1 ou 2 SOMENTE SE O PACIENTE TIVER PERDIDO PESO E NÃO TIVER COMEÇADO A RECUPERÁ-LO.

Observações:

Convenções

- Na visita de acompanhamento: Se os pacientes ainda estiverem abaixo de seu peso pré-mórbido, a avaliação anterior é transportada adiante, ainda que eles não tenham perdido mais peso (presumindo-se que eles não tenham recuperado nenhum peso).
- Se os pacientes foram avaliados como positivos para perda de peso na avaliação inicial e começaram a ganhar peso mas ainda estão abaixo de seu peso pré-mórbido, diminua a pontuação da seguinte forma: um ganho de peso provável (por ex., 0,5 a 1 kg) baixaria a pontuação em um ponto. Por exemplo, um 2 seria baixado para 1 ou um 1 seria baixado para 0. Um ganho de peso definitivo (superior 1 kg) reduziria um 2 ou um 1 ou para 0.
- Se a perda de peso tiver sido classificada na avaliação inicial com uma pontuação de 1 (provável perda de peso) e em uma consulta de acompanhamento um paciente definitivamente pese menos (comparado ao seu peso habitual), atribua 2 pontos.
- Alguns pacientes "racionalizam" a perda de peso após o fato (por ex., sentir-se satisfeito e afirmando que a perda de peso foi benéfica porque eles precisavam perder peso). Ainda assim, isto é avaliado como sintomático.
- Quando o início do episódio depressivo estiver acompanhado de ganho de peso, não avalie a perda de peso subsequente se ela ficar abaixo do peso pré-depressão.
- Se o paciente tiver recebido classificação 0 na avaliação inicial e começado a perder peso durante o estudo, avalie com as diretrizes fornecidas (por ex., provável perda de peso na última semana ensejaria classificação 0, e perda definitiva de peso, classificação 2).

GRID-HAMD

16

PONTUAÇÃO DO ITEM:

17. Percepção (insight)

Este item avalia a negação patológica de doença. Não avalie negação que reflita normas culturais.	
Intensidade dos sintomas	
Ausente Qualquer reconhecimento de sintomas depressivos, com ou sem atribuição a alguma causa (por ex., "Estou deprimido porque meu parceiro sempre briga comigo").	0
Leve Nega a doença mas aceita a possibilidade de estar doente (por ex., "Não acho que haja nada errado, mas as outras pessoas acham que há").	1
Acentuada Negação completa de ter uma doença (por ex., "Não estou deprimido; estou ótimo").	2

Observações:

Convenções

- Este item mede a presença de negação grave de estar deprimido *somente* em pacientes que estejam claramente sintomáticos. Marque 0 no caso de pacientes que não estejam claramente deprimidos.
- Este item é avaliado tomando-se por base o questionamento anterior. Este sintoma não é frequentemente positivo em pacientes ambulatoriais e deve ser avaliado de forma conservadora.
- Não avalie como sintomática a negação que reflita normas culturais, por exemplo, em algumas culturas admitir estar se sentindo deprimido não é geralmente aceito.
- Marque 0 se o paciente reconhecer que está em estado deprimido – ainda que sua explicação para o *porquê* de ele estar deprimido pareça implausível ("Estou deprimido porque não estou tomando vitaminas suficientes").
- Alguns pacientes sabem que alguma coisa está errada, mas não têm certeza do que seja depressão ou se os seus sintomas decorrem de estarem deprimidos ou em razão de outra coisa. Marque 0 se o paciente admitir a possibilidade de que pode estar deprimido. Neste caso, ele não está negando que está deprimido – ele simplesmente não sabe.

Isto marca o final da GRID-HAMD de 17 itens.

PONTUAÇÃO DO ITEM:

PONTUAÇÃO TOTAL DA GRID-HAMD-17:

ANEXO E – Escala de Avaliação de Mania YOUNG

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

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

Item – Definição	Graus
09. Comportamento Disruptivo Agressivo <i>Este item compreende a atitude e as respostas do paciente ao entrevistador e à situação da entrevista. O paciente pode apresentar-se desconfiado ou irônico e sarcástico, mas ainda assim respondendo aos questionamentos, ou então não cooperativo e francamente agressivo, inviabilizando a entrevista.</i>	0. Ausente, cooperativo 2. Sarcástico; barulhento, às vezes, desconfiado 6. Ameaça o entrevistador; gritando; entrevista dificultada 8. Agressivo; destrutivo; entrevista impossível X. Não avaliado
10. Aparência <i>Este item compreende a apresentação física do paciente, incluindo aspectos de higiene, asseio e modo de vestir-se.</i>	0. Arrumado e vestido apropriadamente 1. Descuidado minimamente; adornos ou roupas minimamente inadequados ou exagerados 2. Precariamente asseado; despenteado moderadamente; vestido com exagero 3. Desgrenhado; vestido parcialmente; maquiagem extravagante 4. Completamente descuidado; com muitos adornos e adereços; roupas bizarras X. Não avaliado
11. Insight (discernimento) <i>Este item refere-se ao grau de consciência e compreensão do paciente quanto ao fato de estar doente. Varia de um entendimento adequado (afetivo e intelectual) quanto à presença da doença, passando por concordância apenas frente a argumentação, chegando a uma negação total de sua enfermidade, referindo estar em seu comportamento normal e não necessitando de qualquer tratamento.</i>	0. Insight presente: espontaneamente refere estar doente e concorda com a necessidade de tratamento 1. Insight duvidoso: com argumentação, admite possível doença e necessidade de tratamento 2. Insight prejudicado: espontaneamente admite alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença, ou discorda da necessidade de tratamento 3. Insight ausente: com argumentação, admite de forma vaga alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença e discorda da necessidade de tratamento 4. Insight ausente: nega a doença, qualquer alteração comportamental e necessidade de tratamento X. Não avaliado

ANEXO F – Escala de Qualidade de Vida - WHOQOL-bref

Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é

capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO G – Escala de Adesão Medicamentosa

Número do sujeito no banco:

ESCALA DE MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS (MAT)- AUTOAPLICÁVEL

Por favor, pense no último mês e responda as perguntas abaixo:

Faça um X ou um círculo no número que corresponde a sua resposta

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase Sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2. Alguma vez foi descuidado com a hora de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase Sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre	Quase Sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase Sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase Sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase Sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase Sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

ANEXO H – Escala de Estresse Percebido

NESTE ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA...		Nunca (0)	Quase Nunca (1)	Às Vezes (2)	Quase Sempre (3)	Sempre (4)
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?					
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?					
3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?					
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?					
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?					
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?					
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?					
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?					
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?					
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?					
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?					
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?					
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?					
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?					

ANEXO I – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 378/2016, de 23.11.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado “ad referendum”** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 22 de novembro de 2016.

Protocolo CAAE: 54166016.9.0000.5393

Projeto: Avaliação da eficácia da psicoeducação domiciliar individual em relação à psicoeducação em grupo para pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar.

Pesquisadores: Tarciso Aparecido Batista

Lucilene Cardoso (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Lucilene Cardoso

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO J – Aprovação da pesquisa em seu local de realização

Ilma Sra.

Dra Márcia Guimarães VillaNova

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Ribeirão Preto, 22 de janeiro de 2016.

Prezada Coordenadora,

Segue abaixo a declaração conforme solicitação.

Eu, Marcus Vinícius Santos, Gerente do CAPS III “Drº André Santiago”, autorizo o enfermeiro e doutorando Tarcisio Aparecido Batista a realizar a pesquisa intitulada: **“Avaliação da eficácia da psicoeducação domiciliar individual em relação à psicoeducação em grupo para pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar”** que tem por objetivo avaliar a eficácia da Psicoeducação Domiciliar na recuperação sintomática, funcional e na adesão ao tratamento de indivíduos com TAB de médio e longo prazo, comparados a psicoeducação grupal, realizada na instituição. Serão consideradas todas as questões éticas, tendo este projeto à finalidade de contribuir para um melhor planejamento da assistência ambulatorial a saúde de pessoas com doenças afetivas. Conforme detalhado no projeto anexo.

Marcus Vinícius Santos
Gerente – CAPS 3

Marcus Vinícius Santos

Gerente – CAPS 3