UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

AMANDA HELOISA SANTANA DA SILVA

**Recaídas de pacientes no primeiro episódio psicótico e fatores relacionados: estudo
prospectivo**

RIBEIRÃO PRETO

2019

AMANDA HELOISA SANTANA DA SILVA

**Recaídas de pacientes no primeiro episódio psicótico e fatores relacionados: estudo
prospectivo**

Versão Corrigida

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

Linha de pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientadora: Profa. Dra. Ana Carolina Guidorizzi
Zanetti.

Coorientadora: Dra. Rosana Shuhama

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Amanda Heloisa Santana da

Recaídas de pacientes no primeiro episódio psicótico e fatores relacionados: estudo prospectivo, 2019.

106 f. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Zanetti, Ana Carolina Guidorizzi. Coorientadora: Shuhama, Rosana.

1. Enfermagem Psiquiátrica. 2. Transtornos Psicóticos. 3. Esquizofrenia. 4. Recidiva. 5. Família. 6. Emoções Manifestas. 7. *Cannabis*. 8. Depressão.

FOLHA DE APROVAÇÃO

SILVA, Amanda Heloisa Santana da

Recaídas de pacientes no primeiro episódio psicótico e fatores relacionados: estudo prospectivo

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

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Dedicatória

Aos meus pais, *Anair* e *Aluisio*, por todo carinho, dedicação, amor e incentivo nessa caminhada de estudos.

Aos meus irmãos, *Deborah* e *Luisinho*, por serem a minha inspiração e, junto com o *Jackinho*, meus companheiros de toda a vida.

À família. Eu amo vocês.

Agradecimentos

À professora **Ana Carolina Guidorizzi Zanetti**, por toda sua dedicação nesses seis anos de orientação, pela paciência durante meu processo de ensino-aprendizagem, e por sempre acreditar em mim e motivar o meu crescimento científico.

À minha coorientadora, **Rosana Shuhama**, por todo auxílio no desenvolvimento deste trabalho e por compartilhar seus conhecimentos comigo.

Ao **Frederico Henrique Tanaka**, por todo amor, carinho e incentivo. Você tornou essa jornada muito mais leve.

Ao **Cristiano Gimenez**, por ser um irmão para mim e por sempre me animar com suas piadas e brincadeiras.

Às minhas amigas, **Bruna Toneti, Clara Cayeiro, Alini Moraes, Marjorye Medeiros, Jessica Barbosa, Lais Zago** e **Nágella Bier**, por compartilharem todas alegrias e angústias da vida comigo.

À professora **Kelly G. G. Vedana** e a enfermeira **Miyeko Hayashida** por todo apoio durante o desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

Às colegas do **grupo de pesquisa PRÓ FAMÍLIA: Núcleo de Estudo e Pesquisa em Intervenção Familiar**, **Isabela Martin, Sueli Galera, Larissa Amorim, Aila Nobokuni** e **Heloisa Badagnan**, por compartilharem e trocarem conhecimentos e experiências que foram essenciais para minha formação.

Aos **pacientes, seus familiares e toda a equipe do Ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico**, a participação de vocês foi fundamental para a construção desta pesquisa.

Aos docentes e funcionários do **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por toda ajuda e disponibilidade.

Por fim, agradeço à **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior** e à **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo** (processo FAPESP: 2017/13462-3) pela concessão da bolsa de mestrado que tornou possível a realização deste trabalho.

RESUMO

SILVA, A. H. S. da. **Recaídas de pacientes no primeiro episódio psicótico e fatores relacionados: estudo prospectivo**. 2019. 106 f. Dissertação (Mestrado em ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

As recaídas e as reinternações podem piorar o prognóstico do paciente no primeiro episódio psicótico (PEP) e afetar sua qualidade de vida e de sua família. Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar os fatores relacionados às recaídas psicóticas de pacientes no PEP, tais como o ambiente familiar: níveis de emoção expressa (EE) e seus componentes - comentários críticos (CC) e superenvolvimento emocional (SEE), adesão ao tratamento medicamentoso, uso de substâncias psicoativas (SPA) e a presença de depressão. Estudo de coorte prospectivo realizado com pacientes em seguimento em um ambulatório de PEP de um hospital universitário e seus familiares. Os dados foram coletados mediante entrevista com os pacientes e seus familiares no período de julho de 2017 a dezembro de 2018. Na *baseline* foram aplicados aos familiares um formulário contendo dados sociodemográficos e o *Family Questionnaire* – Versão Português do Brasil (FQ-VPB). Aos pacientes foram aplicados um formulário contendo dados sociodemográficos e clínicos, a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), o Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST/OMS), a Escala de Severidade da Dependência de Drogas (SDS) para avaliar o uso de *cannabis* e o Módulo A da *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I), versão brasileira 5.0.0. para avaliar a presença de depressão. Além disso, os pacientes foram submetidos a avaliações dos sintomas psicóticos durante o período de seis meses após a entrevista inicial (T0 a T6) por meio da aplicação da Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS). Para análise dos dados utilizou-se de estatística descritiva, análise bivariada e regressão logística binária. O nível de significância adotado foi de $\alpha = 0,05$. Quanto aos resultados, 29,2% dos pacientes no PEP apresentaram recidiva de sintomas psicóticos durante o período de seguimento de seis meses. A análise de regressão logística binária sugere que ambiente familiar com elevados níveis de SEE, a presença de sintomas depressivos e o uso de *cannabis* nos últimos três meses por pacientes na fase inicial da psicose foram preditores da ocorrência de recaídas durante seis meses de seguimento prospectivo. Os resultados deste estudo podem auxiliar na implementação de ações voltadas à prevenção de recaídas e promoção de saúde para pacientes no PEP e suas famílias.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica. Transtornos Psicóticos. Esquizofrenia. Recidiva. Família. Emoções Manifestas. *Cannabis*. Depressão.

ABSTRACT

SILVA, A. H. S. da. **Relapses of patients with a first episode of psychosis and related factors: prospective study**. 2019. 106 p. Master's Thesis (Masters in sciences) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2019.

Relapses and rehospitalizations may worsen the patient's prognosis in the first episode of psychosis (FEP) and affect his/her quality of life and the quality of life of patients' family members. Thus, this study aimed to evaluate the related factors to psychotic relapses in FEP patients, such as the family environment: levels of expressed emotion (EE) and its components - critical comments (CC) and emotional overinvolvement (EOI); adherence to drug treatment; use of psychoactive substances (PAS); and the presence of depression. A prospective cohort study with 65 FEP outpatients followed-up at a university hospital in the state of São Paulo, Brazil and their relatives. Data were collected through face-to-face interviews with the patients and their relatives from July 2017 to December 2018. At baseline were applied to the family members a sociodemographic data questionnaire and the Brazilian version of *Family Questionnaire* (FQ-VPB). For the FEP patients were applied a sociodemographic and clinical data questionnaire, the *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS); the *Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST/WHO); the *Severity of Dependence Scale* (SDS) to evaluate the *cannabis* use and the Module A of *Mini International Neuropsychiatric Interview* to evaluate the *presence of depression*. Additionally, patients were submitted to evaluations regarding the presence of relapses through the *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) during six-months after the initial interview (T0 to T6). Descriptive statistics, bivariate analysis and binary logistic regression were used to analyze the data. The level of significance was $\alpha = 0.05$. Regarding the results, 29.2% of the patients in the FEP presented relapse of psychotic symptoms during the six-month follow-up period. Binary logistic regression analysis suggests that family environment with high levels of EOI, the presence of depressive symptoms and *cannabis* use in the last three months by patients with early psychosis were predictors of relapse occurrence during six-months of follow-up. The results of this study may help in the implementation of actions aimed to relapse prevention and health promotion for patients in FEP and their families.

Keywords: Psychiatric Nursing. Psychotic Disorders. Schizophrenia. Recurrence. Family Expressed Emotion. *Cannabis*. Depression.

RESUMEN

SILVA, A. H. S. da. **Recaídas de los pacientes con el primer episodio de la psicosis y factores relacionados: estudio prospectivo**. 2019. 106 h. Disertación de máster (Maestría en ciencias) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Las recaídas y las reinternaciones pueden empeorar el pronóstico del paciente en el primer episodio psicótico (PEP) y afectar su calidad de vida y de su familia. Por lo tanto, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar los factores relacionados con las recaídas psicóticas de pacientes en el PEP, tales como el ambiente familiar: niveles de emoción expresada (EE) y sus componentes - comentarios críticos (CC) y sobreimplicación emocional (SIE); adhesión al tratamiento medicamentoso; uso de sustancias psicoactivas (SPA); y la presencia de depresión. Estudio de cohorte prospectivo realizado con pacientes en seguimiento en un ambulatorio de PEP de un hospital universitario y sus familiares. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas con los pacientes y sus familias a partir de julio de 2017 a diciembre de 2018. Al inicio del estudio se aplicaron a los familiares de un formulario que contiene los datos sociodemográficos y el cuestionario de familia - *Family Questionnaire*, versión en portugués de Brasil (FQ-VPB). A los pacientes se les aplicó un formulario que contenía datos sociodemográficos y clínicos; la *Medida de Adhesión a los Tratamientos* (MAT); el *Cuestionario para la clasificación del uso de alcohol, tabaco y otras sustancias* (ASSIST / OMS) y la *Escala de Severidad de la Dependencia de Drogas* (SDS) para evaluar el uso de *cannabis*; y el Módulo A del *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I), versión brasileña 5.0.0. para evaluar la presencia de depresión. Además, los pacientes fueron sometidos a evaluaciones de los síntomas psicóticos durante el período de seis meses después de la entrevista inicial (T0 a T6) por medio de la aplicación de la *Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica* (BPRS). Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva, análisis bivariado y la regresión logística binaria. El nivel de significancia adoptado fue de $\alpha = 0,05$. En cuanto a los resultados, el 29,2% de los pacientes en el PEP presentaron recidiva de síntomas psicóticos durante el período de seguimiento de seis meses. El análisis de regresión logística binaria sugiere que el ambiente familiar con altos niveles de SIE, la presencia de síntomas depresivos y el uso de *cannabis* en los últimos tres meses por pacientes en la fase inicial de la psicosis fueron predictores de la ocurrencia de recaídas durante seis meses de seguimiento prospectivo. Los resultados de este estudio pueden ayudar

en la implementación de acciones dirigidas a la prevención de recaídas y promoción de salud para pacientes en PEP y sus familias.

Palabras clave: Enfermería Psiquiátrica. Trastornos Psicóticos. Esquizofrenia. Recurrencia. Familia. Emoción Expresada. *Cannabis*. Depresión

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma dos participantes da coorte.....	32
Figura 2 - Fluxograma dos procedimentos para coleta de dados.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	-	Caracterização sociodemográfica dos familiares de pacientes no PEP e classificação segundo níveis de EE e seus componentes (n=65). Ribeirão Preto - SP, 2018.....	44
Tabela 2	-	Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes no PEP (n=65). Ribeirão Preto – SP, 2018.....	46
Tabela 3	-	Caracterização dos pacientes no PEP segundo uso de substâncias psicoativas na vida (n=65). Ribeirão Preto – SP, 2018.....	47
Tabela 4	-	Caracterização dos pacientes no PEP segundo uso de substâncias psicoativas nos últimos três meses (n = 65). Ribeirão Preto – SP, 2018.....	48
Tabela 5	-	Classificação dos pacientes no PEP segundo a necessidade de intervenção devido ao uso de substâncias psicoativas pelo ASSIST/OMS (n=65). Ribeirão Preto – SP, 2018.....	49
Tabela 6	-	Teste de associação entre sexo dos pacientes no PEP, EE, depressão e o uso de <i>cannabis</i> e tabaco nos três últimos meses (n= 65). Ribeirão Preto – SP, 2018.....	51
Tabela 7	-	Teste U de Mann Whitney para comparação de mediana entre os escores de SEE e CC dos familiares e o uso de <i>cannabis</i> e tabaco nos três últimos meses por pacientes no PEP (n=65). Ribeirão Preto – SP, 2018.....	51
Tabela 8	-	Teste de associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes no PEP, presença de depressão, EE, uso de SPA nos três últimos meses, e a ocorrência de recaídas durante seis meses de seguimento (n=65). Ribeirão Preto – SP, 2018.....	53
Tabela 9	-	Teste U de Mann Whitney para comparação de mediana entre as variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes no PEP, escores de SEE e CC dos familiares (n=65) e a ocorrência de recaídas durante seis meses de seguimento. Ribeirão Preto – SP, 2018.....	54
Tabela 10	-	Modelo de regressão logística binária da associação entre escolaridade do paciente, CC, escore da MAT, depressão, uso de <i>cannabis</i> e a ocorrência de recaídas entre pacientes no PEP (n=65). Ribeirão Preto – SP, 2018.....	56

LISTA DE SIGLAS

AP	Antipsicóticos
APEP	Ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
CBD	Canabidiol
CC	Comentários Críticos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGI	Clinical Global Impressions
DP	Desvio-padrão
DPNT	Duração da psicose não tratada
DRS	Departamento Regional de Saúde
DSM-V	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição
EE	Emoção Expressa
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
EDM	Episódio depressivo maior
FQ-VPB	Family Questionnaire – Versão Português do Brasil
GAF	Global Assessment of Functioning
HCFMRP/USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IBM SPSS	International Business Machines - Statistical Package for the Social Sciences
IC	Intervalo de confiança
MAT	Medida de Adesão aos Tratamentos
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
NOS-DUP	Nottingham Onset Schedule – Duration of Untreated Psychosis
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds ratio
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
PEP	Primeiro episódio psicótico
SDS	Severity of Dependence Scale
SEE	Superenvolvimento emocional
SIG-BPRS	Entrevista da estruturada para a escala breve de avaliação psiquiátrica
SPA	Substâncias psicoativas
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THC	Tetrahydrocannabinol

SUMÁRIO

1 Introdução.....	15
1.2 Revisão da literatura.....	17
1.2.1 Recaídas psicóticas no primeiro episódio psicótico e emoção expressa.....	17
1.2.2 Recaídas psicóticas no primeiro episódio psicótico e o uso de substâncias psicoativas.....	19
1.2.3 Recaídas psicóticas no primeiro episódio psicótico e a adesão ao tratamento medicamentoso.....	23
1.2.4 Recaídas psicóticas no primeiro episódio psicótico e a presença de depressão.....	25
1.2.5 Hipóteses do estudo.....	26
2 Objetivos.....	28
2.1 Objetivo geral.....	28
2.2 Objetivos específicos.....	28
3 Material e Método.....	29
3.1 Definição de recaída.....	29
3.2 Tipo de estudo.....	29
3.3 Local do estudo.....	30
3.4 Participantes do estudo.....	30
3.5 Variáveis do estudo.....	33
3.6 Instrumentos de coleta de dados.....	35
3.7 Procedimentos de coleta de dados.....	39
3.8 Aspectos éticos.....	42
3.9 Análise dos dados.....	42
4 Resultados.....	44
4.1 Caracterização dos pacientes no PEP e seus familiares segundo variáveis sociodemográficas e clínicas.....	44
4.2 Classificação dos pacientes no PEP segundo o uso de substâncias psicoativas por meio do ASSIST/OMS.....	47
4.3 Preditores de recaídas psicóticas entre pacientes no PEP.....	52
5 Discussão.....	58
5.1 Limitações do estudo.....	64

6 Conclusão.....	66
Referências.....	67
Apêndices.....	78
Apêndice A – Formulário: dados sócio-demográficos e clínicos.....	78
Apêndice B – Roteiro para avaliação de recaídas.....	79
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Paciente).....	80
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Familiar).....	83
Apêndice E – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Adolescente).....	86
Apêndice F – Termo de Responsabilidade Legal.....	89
Anexos.....	92
Anexo A – Questionário Familiar (FQ-VPB)	92
Anexo B – Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).....	93
Anexo C – <i>Brief Psychiatric Rating Scale</i> (BPRS).....	94
Anexo D – Entrevista Clínica Estruturada para Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica.....	99
Anexo E – <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> (MINI), versão brasileira 5.0.0.....	101
Anexo F – Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST/OMS)	102
Anexo G – Escala de severidade da dependência de drogas (SDS).....	104
Anexo H – Autorização do serviço ambulatorial.....	105
Anexo I – Comitê de Ética e Pesquisa da EERP/USP.....	106

1 Introdução

A psicose é considerada uma grave alteração do estado mental. O termo psicótico é definido pela presença de um conjunto de características clínicas essenciais tais como delírios, alucinações e desorganização do discurso e do comportamento (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014; GAEBEL; ZIELASEK, 2015).

O primeiro episódio psicótico (PEP) é caracterizado como a fase de início das manifestações psicóticas. Apesar da falta de consenso, a maioria dos estudos classifica os indivíduos no PEP quando estes buscam pela primeira vez o serviço de saúde devido à presença de sintomas psicóticos (DEL-BEN et al., 2010; FLAUM; ANDREASEN; ARNDT, 1992; MENEZES et al., 2007). Porém, é importante destacar que essa classificação não considera que o início dos sintomas pode ocorrer antes da busca pelo tratamento do PEP. O período entre o aparecimento dos sintomas psicóticos e a busca por tratamento é definido como duração da psicose não tratada (DPNT) (BREITBORDE; SRIHARI; WOODS, 2009).

O tempo de DPNT pode ter repercussões significativas na evolução do transtorno (PERKINS et al., 2005; SOUAIBY; GAILLARDA; KREBS, 2016). Estudo de meta-análise encontrou que a DPNT mais curta foi associada com melhor resposta ao tratamento antipsicótico, mensurado pela melhora da psicopatologia global e dos sintomas positivos e negativos (PERKINS et al., 2005). Adicionalmente, outro estudo evidenciou que a DPNT mais longa foi associada a pior evolução da condição psiquiátrica do paciente, aumento da gravidade dos sintomas, menores taxas de remissão e maior risco de recaídas (SOUAIBY; GAILLARDA; KREBS, 2016).

A identificação de fatores que podem influenciar a DPNT é importante para a construção de estratégias comunitárias para redução do atraso para o início do tratamento adequado e, conseqüentemente, diminuir as repercussões da DPNT na evolução da doença (OKASHA et al., 2016). Estudo de revisão encontrou que fatores como o estigma, a negação da doença pelo paciente e pela família, o isolamento social e erros para estabelecer o diagnóstico estão relacionados ao tempo aumentado para a busca do tratamento de pacientes no PEP (SOUAIBY; GAILLARDA; KREBS, 2016). Além disso, estudo conduzido com 1266 pacientes dinamarqueses no PEP encontrou que o sexo feminino, o uso abusivo de *cannabis*, idade avançada do paciente e morar em municípios distantes da capital foram associados a uma DPNT superior a 12 meses (HASTRUP et al., 2017).

Cabe ressaltar que a DPNT é considerada uma variável possível de ser modificada em relação aos transtornos psicóticos e, por isso, há um crescente interesse em intervenções para sua redução (COENTRE; LEVY; FIGUEIRA, 2011).

Ao considerar que o PEP geralmente ocorre em indivíduos no final da adolescência e início da vida adulta (CARREIRO; MARTINS, 2008), fase do desenvolvimento humano, caracterizada por grandes mudanças, e que o PEP causa impacto significativo na vida da pessoa acometida e de seus familiares, o diagnóstico precoce deve ser prioridade no tratamento dessa clientela. Desse modo, faz-se necessário à implementação de estratégias educativas com objetivo de orientar a população e profissionais de saúde para a identificação de sinais e sintomas dos transtornos psicóticos e medidas para garantir o fácil acesso aos serviços psiquiátricos especializados (GOUVEA et al., 2014; KOUTRA et al., 2014).

Outro fator diretamente relacionado ao prognóstico do paciente no PEP são as recaídas. As recaídas são definidas como a exacerbação dos sintomas psicóticos que implica em internação hospitalar ou novo contato com os serviços de saúde para além do acordado previamente com os pacientes e familiares (ARTHUR, 2002). Geralmente, as recaídas são consideradas estressantes para o paciente que a vivencia e seus familiares e podem comprometer a recuperação psicossocial do paciente, aumentar o risco de resistência ao tratamento e a sobrecarga econômica para a família e comunidade devido ao custo do tratamento (OLIVARES, 2013).

Nesta direção, as recaídas podem piorar o prognóstico do paciente no PEP e afetar a sua qualidade de vida e de sua família (OLIVARES, 2013). Assim, faz-se fundamental a identificação de fatores que podem estar associados à ocorrência de recaídas com vistas a promoção de medidas preventivas (OLIVARES, 2013; KOUTRA, 2014).

Estudos associam a recaída psicótica a vários fatores, sendo que os mais citados incluem a não adesão ao tratamento, à presença de depressão, o uso de substâncias psicoativas (SPA) e a vivência de eventos estressantes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2008; FOGLIA et al., 2017; GEDDES et al., 1994; HUI et al., 2013; LECLERC et al., 2015; WINTON-BROWN et al., 2017). Outros fatores apontados pela literatura para a ocorrência de recaídas psicóticas estão relacionados à falta de *insight* do indivíduo em relação à sua doença, bem como ao ambiente familiar com elevados níveis de emoção expressa (EE), e de seus componentes, o superenvolvimento emocional

(SEE) e os comentários críticos (CC) (BERGÉ et al., 2016; BUTZLAFF; HOOLEY, 1998; IVANOVIC; VULETIC; BEBBINGTON, 1994; SINGH; HARLEY; SUHAIL, 2013).

Diante do exposto, ao considerar que as recaídas psicóticas podem comprometer o prognóstico do paciente no PEP e afetar sua qualidade de vida e de sua família, o conhecimento dos fatores relacionados às recaídas pode oferecer informações importantes para a implementação de estratégias voltadas à sua prevenção e para à promoção da saúde de pacientes na fase inicial da psicose e seus familiares. Desta forma, o presente estudo pretende identificar a relação entre fatores como a adesão ao tratamento medicamentoso, a presença de depressão, o uso de SPA e o ambiente familiar e a ocorrência de recaídas psicóticas em pacientes no PEP. Espera-se que o conhecimento dos fatores relacionados às recaídas nos casos de psicose recente possa trazer avanços de conhecimentos nesta temática.

1.2 Revisão da literatura

1.2.1 Recaídas psicóticas no primeiro episódio psicótico e emoção expressa

Com o processo de desinstitucionalização houve a descentralização da assistência ao paciente psiquiátrico, antes focado principalmente na atenção hospitalar, para o cuidado na comunidade. Dessa forma, a família tornou-se a principal responsável pelo cuidado aos indivíduos com transtornos mentais (SILVA; ROSA, 2014). Entretanto, as famílias ainda estão pouco preparadas para acolher e prestar o cuidado ao paciente com transtornos mentais e experimentam altos níveis de estresse percebido e baixo apoio social (SADATH et al., 2017; SANTIN; KLAFKE, 2011). Além disso, ao lidar com o paciente psicótico os cuidadores podem expressar sentimento de culpa, medo, confusão, raiva, ceticismo e isolamento social devido ao preconceito e estigma relacionados aos transtornos mentais (CONNOR et al., 2016; SILVA; ROSA, 2014; LOUZÃ NETO, 2000). Desse modo, compreender o ambiente familiar faz-se necessário para o planejamento da assistência em saúde para essa clientela.

Estudos que investigaram o ambiente familiar estão relacionados ao conceito de EE, uma medida qualitativa do número de emoção tipicamente exposta no ambiente familiar, no dia a dia, pela família ou cuidadores (ARTHUR, 2002). O conceito de EE surgiu a partir de observações clínicas referentes aos CC, SEE e hostilidade (ZANETTI; GIACON; GALERA, 2012; WILLETTS; LEFF, 1997). A variável CC refere-se à

avaliação negativa da conduta do paciente; o SEE, aos sentimentos e atitudes de autossacrifício e superproteção dos familiares em relação ao paciente. A hostilidade é uma terceira variável, geralmente associada aos CC e à avaliação negativa do paciente como pessoa (ZANETTI; GIACON; GALERA, 2012; WILLETTS; LEFF, 1997).

Assim, o cuidado ao indivíduo com psicose pode ser desafiador e angustiante para os familiares e o estresse resultante dessa tarefa pode aumentar os níveis de EE desses cuidadores. Nessa direção, elevados níveis de EE são observados, principalmente na fase inicial da psicose (RAUNE; KUIPERS; BEBBINGTON, 2004; BACHMANN et al., 2002; HEIKKILA et al., 2002; MENEGHELLI et al., 2011). O aumento dos níveis de EE e de seus componentes está associado ao aumento do número de recaídas e rehospitalizações em pacientes no PEP (ÁLVAREZ-JIMENEZ et al., 2012; BUTZLAFF; HOOLEY, 1998; LEFF; BROWN, 1977).

Estudo de metanálise mostrou que o nível elevado de CC dos familiares em relação ao paciente aumentou em 2,3 vezes o risco de recaídas em pacientes no PEP (ÁLVAREZ-JIMENEZ et al., 2012). Outro estudo de metanálise confirmou que a EE é um significativo e robusto preditor de recaídas na esquizofrenia (BUTZLAFF; HOOLEY, 1998).

Nessa direção, é possível inferir que a família, ao vivenciar o estresse resultante do adoecimento de seu familiar, pode responder com crítica ou controle excessivo. Esse ambiente familiar estressante pode propiciar a exacerbação dos sintomas psicóticos que, por sua vez, reforça as interações negativas entre o familiar e o paciente psiquiátrico (PERIS; MIKLOWITZ, 2015).

Ademais, outros fatores, relacionados aos pacientes e aos familiares, também estão associados ao aumento dos níveis de EE no ambiente familiar. O status ocupacional, idade, situação conjugal e o número de internações do paciente foram relacionados aos níveis elevados de EE (KOUTRA et al., 2015; ZANETTI et al., 2018a). Em relação aos familiares, o grau de parentesco, sexo, e variáveis como sobrecarga de cuidado, níveis de estresse percebido, estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com a doença e atribuição negativa à sintomatologia do paciente também foram associados a maiores taxas de EE (COTTON et al., 2013; RAUNE; KUIPERS; BEBBINGTON, 2004; ZANETTI et al., 2018a, ZANETTI et al., 2018b).

Por outro lado, estudo conduzido na Espanha revelou que o apoio e envolvimento familiar foram considerados protetores para a ocorrência de recaídas em

pacientes com esquizofrenia (SAN et al., 2013). Esses resultados reforçam a importância do ambiente familiar no curso do PEP. Assim, intervenções voltadas aos familiares de pacientes no PEP devem ser direcionadas principalmente para a redução dos níveis de EE e, desse modo, propiciar melhoria no prognóstico do indivíduo acometido.

Estudo de revisão sistemática e metanálise encontrou que as intervenções familiares no início da psicose podem ter um papel importante na redução das taxas de recaídas e no aumento do funcionamento geral no final do tratamento de pacientes no PEP. Esse estudo também revelou que as intervenções familiares podem propiciar mudanças na qualidade do ambiente doméstico, evidenciadas pela redução dos níveis de EE e de conflitos familiares, bem como aumento do bem-estar dos cuidadores (CLAXTON; ONWUMERE; FORNELLS-AMBROJO, 2017). Outro estudo de revisão encontrou que a intervenção familiar reduz a frequência de recaídas e as taxas de admissão hospitalar, estimula a adesão ao tratamento medicamentoso e melhora o funcionamento social geral e os níveis de EE (PHAROAH et al., 2010).

Nessa direção, é fundamental ampliar o olhar para a família, outrora considerada mera informante sobre a condição de saúde do paciente com transtorno mental e recebedores de orientações em relação ao cuidado do seu ente querido. Assim, os profissionais de saúde devem se atentar para o possível adoecimento familiar, oferecer o cuidado necessário e avaliar a influência da família no curso do transtorno psiquiátrico. O entendimento sobre a relação entre as recaídas de pacientes no PEP e o ambiente familiar pode ser determinante para a elaboração de estratégias de promoção da saúde dos pacientes no PEP e seus familiares e, conseqüentemente, prevenir resultados indesejáveis no curso do transtorno.

1.2.2 Recaídas psicóticas no primeiro episódio psicótico e o uso de substâncias psicoativas

O uso de SPA, principalmente de *cannabis*, tabaco e álcool, é comum entre pacientes no PEP (HADDEN et al., 2016; WISDOM; MANUEL, 2011). Estudo qualitativo realizado no Canadá apontou que os pacientes utilizaram SPA principalmente para facilitar a interação social; como forma de automedicação para lidar com situações estressantes e problemas pessoais e também para alterar suas percepções

e quebrar a monotonia da rotina de vida (ARCHIE et al., 2013). Desse modo, faz-se necessário conhecer as implicações do uso dessas SPA nessa clientela.

Em relação a *cannabis*, essa SPA pode ser um fator de risco para o desencadeamento de psicoses e da esquizofrenia; atuar como forma de tratamento e, por outro lado, também pode prejudicar o prognóstico do paciente.

Estudos científicos reconhecem que o uso precoce de *cannabis*, associado a outros fatores de risco, como a predisposição genética, pode desencadear psicoses agudas em jovens e aumentar o risco para o desenvolvimento de esquizofrenia em indivíduos vulneráveis (SHRIVASTAVA et al., 2014; WILKINSON; RADHAKRISHNAN; D'SOUZA, 2014). Entretanto, é importante ressaltar que a relação entre a *cannabis* e o desenvolvimento de transtornos psicóticos e esquizofrenia permanece pouco compreendida.

Por outro lado, revisão de literatura aponta que estudos recentes identificaram propriedades da *cannabis* que podem auxiliar no tratamento de pessoas com transtornos mentais, incluindo as condições psicóticas. Estudo de revisão encontrou que o canabidiol (CBD), substância fitocanabinóide presente na *cannabis*, apresenta um amplo espectro farmacológico, podendo atuar como antipsicótico e ansiolítico, apresentando também efeitos neuroprotetores (HAHN, 2018). Assim, o CBD pode contribuir para o tratamento e para a melhoria do prognóstico de indivíduos no PEP (HAHN, 2018). Entretanto, devido compreensão pobre sobre os efeitos da *cannabis* na psicose e considerando implicações negativas do uso dessa SPA, como por exemplo, a dependência, faz-se necessário ressaltar que o conhecimento sobre seu uso para o tratamento de transtornos mentais ainda é bastante limitado (WILKINSON et al., 2016). Vale destacar ainda que o CBD apresenta características diferentes do tetrahydrocannabinol (THC), sendo esse último relacionado ao desenvolvimento de sintomas positivos (WILKINSON; RADHAKRISHNAN; D'SOUZA, 2014). Estudos recentes ressaltam a necessidade de ampliar a compreensão sobre os mecanismos de ação da *cannabis* e encontrou que o seu uso está associado ao desenvolvimento de sintomas psicóticos; ao número de casos estimados, que seriam menores sem o uso dessa SPA; e à exacerbação dos sintomas positivos entre pacientes com transtornos psicóticos (COLIZZI et al., 2016; DI FORTI et al., 2019; SEDDON et al., 2016).

Nesta direção, é importante destacar que a *cannabis* e outras SPA também têm um papel relevante no curso do PEP (HADDEN et al., 2016; WISDOM; MANUEL,

2011; OLUWOYE et al., 2019). O consumo de *cannabis* é considerado um importante preditor de recaídas psicóticas e hospitalizações em pessoas no PEP devido à sua influência no curso do tratamento, na adesão à terapêutica medicamentosa e na recuperação do paciente (COLIZZI et al., 2016; FOGLIA et al., 2017; PATEL et al., 2016; SCHOELER et al., 2017).

Estudo conduzido no Reino Unido com 1027 pacientes no PEP mostrou que o uso da *cannabis* foi associado ao aumento da gravidade dos sintomas psicóticos, mania, depressão e baixo funcionamento psicossocial (SEDDON et al., 2016). Outro estudo mostrou que pacientes no PEP que cessaram o uso de *cannabis* após a psicose tiveram menor risco de recidiva, e aqueles que utilizavam pelo menos uma vez ao mês, foram mais propensos a sofrer recaídas (SCHOELER et al., 2016).

Além disso, estudo com 32 pacientes iranianos no PEP encontrou que indivíduos com transtornos devido ao uso de substâncias apresentaram maiores taxas de recorrência de sintomas psicóticos (ENDERAMI; MONESI; ZARGHAMI, 2017). Em outra investigação, realizada na Escandinávia, evidenciou que os pacientes que deixaram de usar SPA nos primeiros dois anos após o diagnóstico de PEP tiveram resultados semelhantes aos que nunca fizeram uso de SPA, com menos sintomas quando comparados aos usuários considerados episódicos (pacientes com padrões variados de uso de SPA no seguimento) ou persistentes (pacientes que utilizaram SPA nos três períodos de seguimento do estudo). Os usuários episódicos e persistentes apresentaram taxas mais baixas de remissão de sintomas e os usuários persistentes também apresentaram mais sintomas negativos do que os pacientes que cessaram o uso de SPA (WEIBELL et al., 2017). Ademais, estudo realizado na Espanha mostrou que a ausência do consumo de *cannabis* e cocaína por pacientes com esquizofrenia foi considerado fator protetor para a ocorrência de recaídas (SAN et al., 2013).

Estudo conduzido na Austrália revelou que os pacientes que continuaram com o uso indevido de SPA após o diagnóstico de PEP geralmente eram jovens, do sexo masculino, solteiros, menos propensos a terem completado o ensino secundário e com maior probabilidade de terem um uso mais grave de *cannabis* antes do início do tratamento, quando comparados com os pacientes que interromperam o uso indevido de SPA (WADE et al., 2006a).

Outra SPA comumente utilizada pelos pacientes no PEP é o tabaco. Evidências apontam que as taxas de consumo de tabaco entre pacientes com transtornos psicóticos

são maiores do que na população geral (de LEON; DIAZ, 2005). Entretanto, ainda é controverso sua influência nos transtornos psicóticos.

Estudos recentes investigaram que as taxas elevadas de consumo de tabaco podem estar relacionadas com o uso da nicotina como forma de automedicação para pacientes no PEP, entretanto, os estudos encontraram resultados divergentes (HICKLING et al., 2018; ZABALA et al., 2009). Estudo conduzido por pesquisadores da Espanha mostrou que o uso de tabaco por pacientes no PEP pode contribuir para melhoria na atenção e na memória (ZABALA et al., 2009), por outro lado, estudo recente não encontrou nenhuma relação entre o consumo de tabaco e os aspectos cognitivos entre pacientes no PEP (HICKLING et al., 2018).

Em contrapartida, estudo conduzido nos Estados Unidos com 404 participantes encontrou que pacientes no PEP que eram tabagistas apresentavam maior gravidade da doença; menor adesão ao tratamento medicamentoso, avaliado pelo número de comprimidos não tomados; maior sintomatologia da condição psiquiátrica; bem como menor qualidade de vida durante o tratamento do PEP (OLUWOYE et al., 2019). Nesta direção, estudo conduzido recentemente encontrou associação entre recaídas psiquiátricas de pacientes no PEP e o tabagismo. Os resultados mostraram que os pacientes que fumavam tinham 1,42 vezes mais chances de recaída quando comparados aos não fumantes. Fatores como ligação entre os receptores nicotínicos e o sistema dopaminérgico, a interferência do tabagismo no metabolismo de medicamentos, bem como, a íntima relação entre o tabagismo e o uso de outras substâncias foram discutidos como relacionados aos resultados encontrados (HUI et al., 2013).

No que se refere ao uso de álcool por pacientes no PEP. Estudo encontrou que os pacientes que faziam uso de álcool apresentaram menor adesão ao tratamento medicamentoso, avaliado pelo número de medicamentos não tomados, durante o tratamento. Entretanto, nesse estudo não foram encontradas associações entre o uso de álcool e a sintomatologia psiquiátrica e qualidade de vida do paciente (OLUWOYE et al., 2019). Outro estudo com 180 pacientes afro-americanos no PEP encontrou que a quantidade de consumo pré-morbido de álcool e o uso da *cannabis* também foram associados a uma maior DPNT (BROUSSARD et al., 2013). Além disso, a história de uso de álcool por pacientes no PEP também está associada a um maior risco de automutilação, depressão e tentativa de suicídio (BARRETT et al., 2010; CHALLIS et al., 2013; ROBINSON et al., 2010). Desse modo, é importante compreender se o álcool

tem influência no curso do transtorno e ampliar a compreensão sobre os impactos do seu uso por pacientes no PEP.

Ante o exposto, ao considerar que o uso de SPA é um importante fator de risco para recaídas no PEP, o conhecimento dessa relação pode fornecer subsídios indispensáveis para o planejamento de estratégias de prevenção de recaídas e para ações de intervenção precoce neste grupo.

1.2.3 Recaídas psicóticas no primeiro episódio psicótico e a adesão ao tratamento medicamentoso

O tratamento do PEP é realizado por meio da terapêutica farmacológica que age na redução da sintomatologia do paciente, bem como por abordagens psicossociais que contribuem para a recuperação do funcionamento social e ocupacional do indivíduo no PEP (COENTRE; LEVY; FIGUEIRA, 2011).

Em relação ao tratamento farmacológico do PEP, os principais medicamentos utilizados para o tratamento da psicose são os antipsicóticos (AP). Atualmente existem os AP típicos ou tradicionais e os AP atípicos ou de segunda geração. Cabe ressaltar que não há diferenças na eficácia dos AP (típicos e atípicos) no controle dos sintomas positivos da doença (COENTRE; LEVY; FIGUEIRA, 2011). Entretanto, os AP de segunda geração são considerados como primeira linha para o tratamento de transtornos psicóticos por apresentarem menor incidência de efeitos adversos quando comparados com AP tradicionais (COENTRE; LEVY; FIGUEIRA, 2011; LOUZÃ NETO, 2000; WANNMACHER, 2004). Assim, ao considerar a eficácia dos AP para o tratamento da psicose, a adesão à terapêutica prescrita é considerada um determinante para o sucesso do tratamento.

A adesão ao tratamento é definida como o grau em que o comportamento de uma pessoa – tomar o medicamento prescrito, seguir uma dieta ou executar mudanças de estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas com um profissional de saúde (SABATÉ, 2003). Por outro lado, a não adesão é definida como o grau em que o comportamento da pessoa não coincide com o prescrito pelos profissionais de saúde. Em relação à adesão ao tratamento medicamentoso, estudo de revisão encontrou que a adesão é uma medida em que o comportamento de ingestão de medicamentos está de acordo com as recomendações oferecidas pelo profissional médico, ou seja, descreve o grau de uso adequado de um fármaco (HUGTENBURG et al., 2013). Nesta direção, não

adesão dos pacientes à terapêutica medicamentosa é considerado um importante desafio para os profissionais de saúde.

Fatores como a falta de *insight* sobre a sua doença, estigma das doenças psiquiátricas, o uso de SPA, ser jovem, falta de apoio familiar, status ocupacional, falta de conhecimento e as atitudes do paciente sobre a doença e sobre o medicamento prescrito, bem como as características do medicamento (formulação, número de doses necessárias por dia e efeitos colaterais), os custos e acesso aos medicamentos estão relacionados à baixa adesão ao tratamento no PEP (ABDEL-BAKI; OUELLET-PLAMONDON; MALLA, 2012; KANE; KISHIMOTO; CORRELL, 2013). Outros fatores de efeito negativo estão relacionados a crença que o medicamento já não é mais necessário, uma vez observada a melhoria do quadro psiquiátrico, bem como a crença de que não estão se beneficiando do AP, observada pelos pacientes pela piora da sintomatologia (ABDEL-BAKI; OUELLET-PLAMONDON; MALLA, 2012; KANE; KISHIMOTO; CORRELL, 2013). Estudo de revisão sistemática encontrou que o tratamento com AP em pacientes no PEP aumentou as taxas de remissão dos sintomas no ano seguinte ao início do tratamento; produziu melhora cognitiva sustentada por até dois anos; e reduziu o risco ou a taxa de recaída em pacientes com história de doença mais longa (KARSON et al., 2016). Assim, a adesão ao tratamento com AP no PEP faz-se fundamental para a melhoria do prognóstico do paciente.

Entretanto, estudos com pacientes psicóticos apontam alta frequência de não adesão ou aderência pobre nesta clientela (ABDEL-BAKI; OUELLET-PLAMONDON; MALLA, 2012; DIXON; HOLOSHITZ; NOSSEL, 2016). As taxas de não adesão aos medicamentos AP são estimadas em mais de 50% no primeiro ano de tratamento de pacientes no PEP, aumentando significativamente dentre os primeiros três a seis meses de tratamento (ABDEL-BAKI; OUELLET-PLAMONDON; MALLA, 2012). Nesta direção, a não adesão ao tratamento medicamentoso é considerado o preditor mais consistente de recaídas (HUI et al., 2013; LECLERC et al., 2015). Pacientes não aderentes ao medicamento podem apresentar maiores taxas de readmissão hospitalar, maiores níveis de sintomas positivos residuais, menores taxas de remissão dos sintomas, menor qualidade de vida e aumento dos custos para a sociedade (ABDEL-BAKI; OUELLET-PLAMONDON; MALLA, 2012; LECLERC et al., 2015).

Estudo conduzido em Londres apontou que pacientes que interromperam o tratamento com medicamento AP foram cinco vezes mais propensos a apresentarem

recaídas quando comparados com aqueles que continuaram o tratamento medicamentoso e o tempo médio da ocorrência de recidiva foi de três meses (WINTON-BROWN et al., 2017).

Assim, considerando a importância da adesão ao tratamento medicamentoso para a melhoria do prognóstico do paciente no PEP faz-se necessário que os profissionais de saúde implementem ações para a sua promoção. Estratégias como a psicoeducação, com finalidade de informar a família e o paciente sobre a condição de saúde e sobre a importância do medicamento e seus efeitos colaterais; e abordagens psicossociais, como a terapia cognitivo-comportamental, que auxiliam os pacientes a identificar e modificar os pensamentos negativos sobre a terapêutica medicamentosa e fortalece a crença sobre a importância do medicamento, bem como, a entrevista motivacional, que busca identificação de soluções para possíveis barreiras que impedem a mudança de comportamento em relação à adesão ao medicamento, podem auxiliar na melhoria da adesão em pacientes psicóticos (KANE; KISHIMOTO; CORRELL, 2013). Intervenções farmacológicas, como por exemplo ajustes de dose, manejo de efeitos colaterais, simplificação do regime terapêutico, também podem ser eficazes nessa clientela (KANE; KISHIMOTO; CORRELL, 2013).

Entretanto, apesar dos diversos modelos de intervenção para a promoção da adesão ao tratamento, estudo mostrou que falta engajamento dos profissionais de saúde em relação a essa temática (KANE; KISHIMOTO; CORRELL, 2013). Assim, ao reconhecer que a não adesão é um problema de saúde pública, o entendimento sobre a relação entre as recaídas psicóticas e a adesão ao tratamento medicamentoso pode contribuir para fortalecer a reflexão sobre a importância da construção e implementação de ações com vistas à promoção da adesão ao tratamento medicamentoso pelos pacientes no PEP e, conseqüentemente, a melhoria da estabilidade do quadro clínico do paciente.

1.2.4 Recaídas psicóticas no primeiro episódio psicótico e a presença de depressão

A depressão pode ocorrer em todas as fases dos transtornos psicóticos sendo bastante comum em sua fase inicial (COTTON et al., 2012; RENWICK et al., 2012). Pacientes com transtornos psicóticos relatam depressão, autodepreciação, culpa patológica e sentimentos de desesperança (RENEWICK et al., 2012). Indivíduos com

histórico de depressão e de comportamento suicida são mais propensos a apresentarem sintomas depressivos durante o PEP (COTTON et al., 2012; RENWICK et al., 2012).

Estudo conduzido em Birmingham, no Reino Unido, com 82 pacientes no PEP mostrou que 80% dos participantes apresentaram depressão clinicamente significativa, sendo que 56,5% relataram pensamentos de automutilação e 63% tiveram a presença combinada de depressão e pensamentos suicidas (UPTHEGROVE et al., 2010). É importante destacar que a depressão é um fator a ser considerado em relação ao prognóstico do PEP.

Estudos apontam a depressão nos transtornos psicóticos como um indicador de prognóstico desfavorável, sendo relacionada à pior qualidade de vida, automutilação, comportamento suicida, e maiores taxas de recaídas e hospitalizações (CONLEY et al., 2007; GEDDES et al., 1994; RENWICK et al., 2012; UPTHEGROVE et al., 2010; VENTRIGLIO et al., 2016).

Entretanto, a influência dos sintomas afetivos, principalmente a depressão, na psicose tem sido pouco estudada no PEP (ARRASATE et al., 2016). Desse modo, ampliar o conhecimento sobre a relação entre esses fatores pode ser importante para o planejamento do cuidado a essa clientela.

1.2.5 Hipóteses do estudo

Diante do exposto, ao considerar a escassez de estudos no Brasil sobre os fatores relacionados às recaídas psicóticas em pacientes no PEP, o presente estudo tem como finalidade verificar os fatores relacionados às recaídas psicóticas de pacientes no PEP em nosso país. Para tal, formulamos as seguintes hipóteses para esta investigação:

- Haverá relação entre a ocorrência de recaídas psicóticas em pacientes no PEP, avaliada durante o período de seis meses (T0 a T6), e as variáveis sociodemográficas dos pacientes (sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, ocupação e renda familiar per capita);
- Haverá relação entre a ocorrência de recaídas psicóticas em pacientes no PEP, avaliada durante o período de seis meses (T0 a T6), e as variáveis clínicas dos pacientes (DPNT e diagnóstico médico do paciente);
- Haverá relação entre a ocorrência de recaídas psicóticas em pacientes no PEP, avaliada durante o período de seis meses (T0 a T6), e os níveis de EE, SEE e CC dos familiares;

- Haverá relação entre a ocorrência de recaídas psicóticas em pacientes no PEP, avaliada durante o período de seis meses (T0 a T6), e o uso de SPA;
- Haverá relação entre a ocorrência de recaídas psicóticas em pacientes no PEP, avaliada durante o período de seis meses (T0 a T6), e não adesão ao tratamento medicamentoso;
- Haverá relação entre a ocorrência de recaídas psicóticas em pacientes no PEP, avaliada durante o período de seis meses (T0 a T6), e a presença de depressão.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Avaliar a ocorrência de recaídas de pacientes no PEP durante o período de seis meses (T0 a T6) e os fatores relacionados.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o número de recaídas psicóticas de pacientes no PEP durante um período de seis meses (T0 a T6);
- Caracterizar o padrão de uso de SPA, durante a vida e nos últimos três meses, de pacientes no PEP;
- Avaliar a necessidade de intervenção devido ao uso de SPA entre os pacientes no PEP;
- Avaliar a relação entre recaídas psicóticas no período de seis meses (T0 a T6) de pacientes no PEP e variáveis sociodemográficas dos pacientes (sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, ocupação e renda familiar per capita);
- Avaliar a relação entre recaídas psicóticas no período de seis meses (T0 a T6) de pacientes no PEP e variáveis clínicas dos pacientes (DPNT e diagnóstico médico do paciente);
- Avaliar a relação entre recaídas psicóticas no período de seis meses (T0 a T6) de pacientes no PEP e os níveis de EE, CC e SEE dos familiares;
- Avaliar a relação entre recaídas psicóticas no período de seis meses (T0 a T6) de pacientes no PEP e o uso de SPA, a adesão ao tratamento medicamentoso, e a presença de depressão.

3 Material e Método

3.1 Definição de recaída

A definição e a medida de recaídas de pacientes psicóticos têm se modificado ao longo dos anos. Inicialmente, as recaídas eram medidas apenas pelas readmissões em hospitais psiquiátricos, entretanto muitos pesquisadores não diferenciavam se a internação ocorria devido ao agravamento dos sintomas psicóticos ou se estava associada à presença de outros problemas (BEBBINGTON et al., 2006). Além disso, com o aumento dos cuidados em saúde mental centrados na comunidade, a exacerbação dos sintomas psicóticos, em sua maioria, passou a ser manejada fora do ambiente hospitalar (BEBBINGTON et al., 2006).

A partir das críticas relacionadas à mensuração das recaídas unicamente pela readmissão hospitalar, os pesquisadores passaram a buscar critérios objetivos, confiáveis e válidos para avaliar as recaídas. Desse modo, passou-se a utilizar instrumentos validados para a avaliação da exacerbação de sintomas psicóticos com mudança de comportamento do indivíduo. Os principais instrumentos utilizados para a confirmação de recaídas são a Escala das Síndromes Negativa e Positiva (*Positive and Negative Syndrome Scale* - PANSS), a Escala de Impressão Clínica Global (*Clinical Global Impressions* - CGI), a Escala de Avaliação Global do Funcionamento (*Global Assessment of Functioning* - GAF) e a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (*Brief Psychiatric Rating Scale* – BPRS) (OLIVARES et al., 2013).

No presente estudo, a recaída foi definida como a exacerbação dos sintomas psicóticos. A recaída foi avaliada por meio dos registros de atendimento do paciente no serviço de saúde devido à exacerbação dos sintomas psicóticos; a aplicação da BPRS, considerando como recaída escores (3) grau moderado e (4) grau grave ou extremamente grave nos sintomas chaves de psicose; e/ou aumento de no mínimo 50% dos AP após alcance de reemissão dos sintomas psicóticos. Cabe ressaltar que foi realizada avaliação minuciosa sobre as causas para o aumento do medicamento AP por meio dos registros no prontuário médico e participação nas discussões de caso durante a supervisão dos médicos residentes do ambulatório.

3.2 Tipo de estudo

Estudo de coorte, prospectivo (T0 a T6). Os pacientes foram recrutados e seguidos durante os retornos ao ambulatório pelo período de seis meses. A coleta de dados foi realizada entre julho de 2017 a dezembro de 2018. Na *baseline* (T0) foram coletados os dados sociodemográficos dos pacientes e seus familiares, e os dados clínicos dos pacientes; foi

realizada a avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso, da presença de depressão, do uso de SPA e do ambiente familiar. Nos meses subsequentes os pacientes foram avaliados em relação à presença de recaídas psicóticas por meio da aplicação da BPRS e/ou pelo aumento de no mínimo 50% do medicamento AP.

Trata-se de um estudo observacional visto que não houve interferência dos pesquisadores nas variáveis independentes. Consiste em um estudo de coorte prospectivo, pois avalia as inter-relações ou associação entre duas variáveis por meio de análises estatísticas durante um período de seguimento (*follow-up*) (POLIT; BECK, 2011). Em estudos de coorte prospectivos os pesquisadores definem a amostra e medem as variáveis preditoras antes da ocorrência do desfecho (HULLEY et al., 2003).

3.3 Local do estudo

O estudo foi realizado no ambulatório de PEP do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (APEP/HCFMRP-USP). Esse serviço iniciou suas atividades em 2012 e presta assistência em saúde mental para os pacientes no PEP com idade superior a 12 anos, provenientes dos 26 municípios que compõem o Décimo Terceiro Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto - DRS XIII. O atendimento é realizado todas às terças-feiras, das 8h às 12h, por médicos contratados, médicos residentes da psiquiatria, supervisores, psicólogo e enfermeiro. São oferecidos aos pacientes e seus familiares a consulta médica, grupos de psicoeducação e atendimento familiar individual de enfermagem.

3.4 Participantes do estudo

A amostra foi constituída por 65 pacientes com diagnóstico de transtornos psicóticos de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição - DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014), registrados em prontuário de saúde, em seguimento no referido ambulatório e seus familiares. Para esse estudo consideramos como pacientes no PEP aqueles que tiveram o primeiro contato com o serviço de saúde mental devido a presença de sintomas psicóticos e foram referenciados para realizar o tratamento no ambulatório de PEP. Atualmente, o serviço oferece atendimento para aproximadamente 128 pacientes no PEP.

Os critérios para inclusão dos pacientes foram: idade entre 12 anos e 65 anos, diagnóstico de transtornos psicóticos estabelecido pelo psiquiatra de acordo com o DSM-V registrados em prontuário de saúde, com até cinco anos de tratamento psiquiátrico, e quadro

psiquiátrico estabilizado mediante aplicação da BPRS. A condição psiquiátrica estabilizada foi definida como nenhum dos componentes chave dos sintomas psicóticos da BPRS classificados como moderado, severo ou extremamente severo. A estabilidade do quadro psiquiátrico do paciente foi estabelecida pois é um fator que pode alterar as medidas de EE e de seus componentes (OLIVARES et al., 2013; ZANETTI et al., 2017).

Os critérios para inclusão dos familiares foram: idade igual ou superior a 18 anos e conviver com o paciente selecionado para o estudo há mais de seis meses. O tempo de convivência foi estabelecido baseado na experiência das pesquisadoras com familiares de pacientes com psicose. Todos os familiares incluídos neste estudo foram considerados pelos pacientes como seu cuidador principal.

Foram excluídos deste estudo os pacientes e familiares que não acertaram ao menos três perguntas da avaliação cognitiva relacionada à avaliação da capacidade discriminatória, psíquica e mental no tempo e espaço. Essa avaliação foi realizada por meio de quatro perguntas preestabelecidas e adaptadas do estudo de Pfeiffer (1975), sendo elas: 1. Qual é o seu nome completo? 2. Qual é a sua data de nascimento? 3. Em que dia da semana nós estamos? 4. Qual é o nome do local onde nós estamos neste momento? Os dados foram verificados por meio de um documento de identificação.

Assim, foram recrutadas 128 díades de pacientes com PEP e suas familiares. Destas, 25 díades recusaram-se a participar do estudo. Os principais motivos atribuídos a recusa foram a falta de tempo, a falta de vontade e o medo de maior demora para o atendimento com o médico psiquiatra. Além disso, 16 díades não preencheram os critérios de inclusão do estudo, 20 pacientes não tinham familiares disponíveis para participar do estudo e dois pacientes tiveram alta ou abandonaram o serviço durante o período de recrutamento. Assim, 65 díades foram incluídas neste estudo, conforme mostrado no fluxograma (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma dos participantes da coorte - Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2018.

Fonte: Elaborada pela autora.

3.5 Variáveis do estudo

3.5.1 Variáveis sociodemográficas dos pacientes

Sexo: feminino e masculino (variável categórica nominal);

Idade: em anos, calculada a partir da data de nascimento e pela data de inclusão no estudo (variável numérica contínua);

Etnia: foi considerado branco e não branco (variável categórica nominal);

Escolaridade: foi considerada em anos completos, referida pela pessoa (variável numérica discreta);

Situação conjugal: foi considerado com ou sem companheiro (variável categórica nominal);

Ocupação: foi considerado se o indivíduo exerce alguma atividade de trabalho e se recebe benefício do governo ou aposentadoria (variável categórica nominal).

3.5.2 Variáveis sociodemográficas dos familiares

Vínculo com o paciente: foi considerado o parentesco daquele indivíduo indicado pelo paciente como o seu principal cuidador (mãe, pai, esposa(o), irmãos, avós, entre outros) (variável categórica nominal);

Sexo: feminino e masculino (variável categórica nominal);

Idade: em anos, calculada a partir da data de nascimento e pela data de inclusão no estudo (variável numérica contínua);

Escolaridade: foi considerada em anos completos, referido pela pessoa (variável numérica discreta);

Situação conjugal: foi considerado com ou sem companheiro (variável categórica nominal);

Renda familiar: em reais (variável numérica contínua);

Renda familiar per capita: em reais (variável numérica contínua);

Tempo de convivência com o paciente: foi considerado o número de horas por dia que o familiar convive com o paciente (variável numérica contínua);

Ocupação: foi considerado se o indivíduo exerce alguma atividade de trabalho e se recebe benefício do governo ou aposentadoria (variável categórica nominal).

3.5.3 Variáveis clínicas

Data de início no APEP: foi considerada a data da primeira consulta no serviço ambulatorial registrada no prontuário de saúde;

Tempo de tratamento ambulatorial: foi calculado pelo intervalo em meses entre a data de início do tratamento no APEP e a data da entrevista (variável numérica contínua);

Diagnóstico médico do paciente: foram consideradas duas categorias - psicose afetiva e psicose não afetiva (variável categórica nominal);

DPNT: foi calculada pelo intervalo entre a data do início dos sintomas psicóticos e da data do início do tratamento adequado (em semanas), referido pelos pacientes e familiares e confirmado no prontuário de saúde, com o auxílio do Cronograma de Início de Sintomas de Nottingham: versão modificada de duração de psicose não tratada (NOS-DUP) (SINGH et al., 2005) (variável numérica contínua);

Medicamentos antipsicóticos em uso e dosagem: foram considerados aqueles registrados em prontuário de saúde e confirmado pelo paciente (variável categórica nominal);

Número de recaídas: foi considerado o registro de atendimento do paciente no serviço de saúde devido à exacerbação dos sintomas psicóticos nos seis meses que precederam a primeira coleta, confirmado pela aplicação da BPRS no APEP e/ou aumento de no mínimo 50% das medicações antipsicóticas. Também foi considerado o registro de hospitalização devido à exacerbação dos sintomas psicóticos confirmado no prontuário (variável numérica discreta);

3.5.4 Variável relacionada ao ambiente familiar: foi utilizado o *Family Questionnaire*: Versão Português do Brasil - FQ-VPB (WIEDEMANN, 2002; ZANETTI et al., 2013; ZANETTI; GIACON; GALERA, 2012).

3.5.5 Variável relacionada à adesão ao tratamento medicamentoso: foi utilizado a Medida de Adesão aos Tratamentos - MAT (FARIA, 2008; MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986).

3.5.6 Variável relacionada ao nível de gravidade dos sintomas psicóticos e à presença de recaída: foi utilizada a versão brasileira da *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) e a Entrevista Clínica Estruturada para a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (SIG-BPRS) (CRIPPA et al., 2000; ZUARDI et al., 1994).

3.5.7 Variável relacionada à depressão: foi utilizado o módulo A do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I), versão brasileira 5.0.0. referente ao diagnóstico de episódio depressivo maior (EDM) (AMORIM, 2000).

3.5.8 Variável relacionada ao uso de substâncias psicoativas: foi utilizado o Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST/OMS).

Também, foi aplicada a Escala de Severidade da Dependência de Drogas (SDS) para mensurar o nível de gravidade da dependência de *cannabis*. (FERRI et al., 2000; GOSSOP et al., 1995; HENRIQUE et al., 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION ASSIST WORKING GROUP, 2002).

3.6 Instrumentos de coleta de dados

Para este estudo foram utilizados oito instrumentos de coleta de dados.

3.6.1 Formulário:

Esse formulário, desenvolvido para uso neste estudo, contém as variáveis sociodemográficas dos pacientes (sexo, idade, escolaridade, etnia, situação conjugal e ocupação) e clínicas (data de início no APEP, tempo de tratamento ambulatorial, DPNT, diagnóstico médico do paciente de acordo com o DSM-V, medicamento antipsicótico em uso e dosagem), e dos familiares (parentesco do cuidador principal, sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, horas de convivência com o paciente por dia, renda familiar, número de pessoas que vivem com a renda familiar, número de pessoas que contribuem para renda familiar e ocupação) (APÊNDICE A).

3.6.2 Family Questionnaire - Versão Português do Brasil (FQ-VPB):

Esse instrumento tem como objetivo de medir o nível de EE e seus componentes, o SEE e os CC. Trata-se de um questionário de autorrelato, com aplicação fácil e rápida, desenvolvido na Alemanha, por Georg Wiedemann e colaboradores (2002) e adaptado e validado no Brasil, valor do α de Cronbach de 0,861 para o domínio CC e 0,655 para o domínio SEE (ZANETTI; GIACON; GALERA, 2012; ZANETTI et al., 2013). Esse questionário é composto 20 itens, subdivididos em dois domínios: CC (10 itens – 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20) e SEE (10 itens – 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19). Os itens dos dois domínios, CC e SEE, refletem diferentes declarações sobre situações que os familiares enfrentam no convívio com o paciente no cotidiano. Para o preenchimento do questionário, os familiares devem responder a frequência com que eles lidam com determinadas situações. As respostas são computadas em uma escala tipo *Likert* de quatro pontos nos quais os itens de respostas variam de muito raramente (1) e raramente (2) a quase sempre (3) e sempre (4). Os familiares são classificados com alta EE quando os valores obtidos alcançam 23 ou mais pontos no domínio CC, ou 27 ou mais no domínio SEE, com intervalo possível para cada

domínio de 10 a 40 (ANEXO A). Para este estudo, os níveis de EE foram considerados como uma variável categórica ordinal (alta e baixa EE) e os seus componentes foram computados como variável numérica discreta (10-40 pontos).

3.6.3 Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT):

Esse instrumento auxilia na identificação dos comportamentos dos pacientes quanto à sua adesão ao tratamento medicamentoso. Foi desenvolvido por Morisky, Green e Levine (1986), adaptado e validado em Portugal por Delgado e Lima (2001) apresentando boa consistência interna (coeficiente α de Cronbach de 0,74) e readaptada para o Brasil por Faria (2008). É composto por sete itens e as respostas são obtidas em uma escala ordinal que varia de nunca (6) a sempre (1). Os valores obtidos das respostas aos sete itens são somados e divididos pelo número de itens, variando de um a seis. Valores iguais ou superiores a cinco são considerados como aderente ao tratamento medicamentoso. (CARVALHO et al., 2010) (ANEXO B). Nesse estudo a variável foi considerada como variável numérica discreta.

3.6.4 Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (*Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS*):

Esse instrumento permite avaliar a sintomatologia psiquiátrica do paciente e a exacerbação dos sintomas psicóticos, ou seja, a presença e o nível de gravidade de sintomas psicóticos (ANEXO C). Foi traduzido e validado para o português, apresenta boa confiabilidade e é amplamente utilizado em produções científicas (BECH et al., 1993; ZUARDI et al., 1994). É composto por 18 itens ou sintomas. Cada item psicopatológico da BPRS possui cinco níveis de gravidade com escores que variam de zero (0) a quatro (4). Sendo que, zero (0) significa ausência ou não observação do sintoma e quatro (0) corresponde ao nível de maior gravidade ou comprometimento para o referido sintoma. Os valores intermediários correspondem, por sua vez, a níveis intermediários de gravidade. Não há para essa escala um ponto de corte estabelecido, a indicação de comprometimento de comportamento é feita considerando caso a caso a pontuação obtida. Um indivíduo, por exemplo, com uma pontuação total de quatro pontos (4) pode ter recebido pontuação um (1) em quatro diferentes itens ou sintomas, o que significaria leve grau de manifestação em cada um deles, ou também poderia ter pontuado 4 pontos em um único item, o que significaria o mais grave grau de manifestação desse sintoma. No presente estudo foram considerados os seguintes itens psicopatológicos: Preocupações somáticas (1), Autodepreciação e sentimento de culpa (5), Autoestima exagerada (8), Desconfiança (11), Alucinações (12), e Conteúdo do

pensamento incomum (15), que contemplam a avaliação de sintomas psicóticos (delírios e alucinações). A seleção dos itens da BPRS e os escores para definir a presença recaída foram realizados com base no conhecimento dos autores sobre o assunto e por meio de revisão da literatura sobre remissão da sintomatologia e recaídas no PEP. Estudos consideram como remissão da sintomatologia psicótica a pontuação leve ou menos na escala de sete pontos da BPRS (WADE et al., 2006b; ZANETTI et al., 2017). Em relação a medida de recaída, estudo conduzido por Wade (2006b) definiu como recaída pontuações moderadas ou mais nos sintomas chave de psicose da BPRS de sete pontos. Desse modo, em nosso estudo cada sintoma-chave de recaída psicótica foi avaliado individualmente. Pacientes que pontuaram 0 (ausente), 1 (muito leve ou de presença duvidosa) ou 2 (presente em grau leve) foram considerados sem recaídas; e pacientes que pontuaram 3 (presente em grau moderado) e 4 (presença em grau grave ou extremamente grave) foram considerados com recaídas de sintomas psicóticos. O escore foi considerado como uma variável categórica nominal. Para a avaliação da sintomatologia do paciente foi utilizado a Entrevista Clínica Estruturada para a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (SIG-BPRS) (CRIPPA et al., 2000). (ANEXO D).

3.6.5 *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I)*, versão brasileira 5.0.0.

O MINI foi desenvolvido por pesquisadores franceses e norte-americanos e foi traduzido para o português por uma pesquisadora brasileira que participou do grupo de pesquisa original que elaborou esse instrumento. Trata-se de uma entrevista diagnóstica padronizada, de aplicação rápida, composta por 19 módulos que abordam 17 transtornos psiquiátricos do eixo I do DSM-IV, bem como o risco de suicídio e o transtorno da personalidade antissocial. Apresenta capacidades psicométricas comparáveis há outros instrumentos mais complexos utilizados para diagnóstico padronizado de transtornos psiquiátricos. Esse instrumento pode ser utilizado na prática clínica e na pesquisa, e por clínicos após rápida capacitação. Para a utilização em atividades de pesquisa, esse instrumento é liberado sem restrições (AMORIM, 2000). Foi aplicado apenas o item A referente ao diagnóstico de EDM (ANEXO E). Os pacientes foram considerados com ou sem depressão, consistindo em uma variável dicotômica: sim ou não (variável categórica nominal).

3.6.6 Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST/OMS*):

Foi utilizado o ASSIST versão 3.0 destinado para fins de pesquisa. Esse instrumento foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores da Organização Mundial da Saúde - OMS (2002), adaptado e validado para o Brasil por Henrique et al. (2004), apresentando boa sensibilidade, consistência interna e validade. Esse instrumento auxilia na identificação do uso abusivo de álcool e outras SPA. É composto por oito questões sobre o uso de nove classes de SPA, tais como: tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos. O instrumento avalia a frequência do uso dessas substâncias na vida (variável dicotômica: sim ou não) e nos últimos três meses (variável categórica ordinal), bem como, os problemas e prejuízos associados ao uso de SPA. O cálculo do escore é realizado individualmente para cada substância utilizada, sendo necessário somar os escores obtidos entre as questões dois e sete. Para o álcool, pontuações entre 0-10 não apontam a necessidade de intervenções, pontuações entre 11-26 indicam a necessidade de intervenção breve, e pontuações iguais ou superiores a 27 aponta a necessidade de tratamento intensivo. Em relação as demais SPA, pontuações entre 0-3 não apontam a necessidade de intervenções, pontuações entre 4-26 indicam a necessidade de intervenção breve, e pontuações iguais ou superiores a 27 aponta a necessidade de tratamento intensivo (variável categórica ordinal) (ANEXO F).

3.6.7 Escala de Severidade da Dependência de Drogas (*Severity of Dependence Scale* - SDS):

Esta escala permite mensurar o nível de gravidade da dependência de usuários de diferentes tipos de drogas ilícitas nos últimos 12 meses. Foi adaptada para o Brasil por Ferri et al. (2000), demonstrando ser uma ferramenta de pesquisa válida para medir a gravidade da dependência da cocaína, crack, *cannabis* e álcool. Estudo conduzido na Austrália apontou que a SDS é uma escala válida e confiável para avaliar a dependência de *cannabis* em indivíduos com psicose, apresentando altos níveis de consistência interna e validade (HIDES et al., 2007). É composta por cinco questões relacionadas aos componentes psicológicos da dependência, tais como prejuízos no controle do uso de drogas e, preocupações e ansiedades acerca do consumo de SPA. Em cada item o escore varia de zero (0) a três (3) pontos, sendo (0) Nunca ou quase nunca; (1) Às vezes; (2) Muitas vezes; (3) Sempre ou quase sempre. Para a questão cinco (5) há as seguintes respostas: (0) Não é difícil; (1) Difícil; (2) Muito difícil; (3) Impossível. O escore total é mensurado por meio da soma dos cinco itens, sendo que quanto maior a pontuação obtida, maior o nível de gravidade da dependência da droga

(GOSSOP et al., 1995) (ANEXO G). Assim, o nível de dependência de *cannabis* consiste em uma variável numérica discreta.

3.6.8 Roteiro para avaliação das recaídas:

Esse roteiro foi construído pela pesquisadora para o registro da ocorrência de recaídas psicóticas no período de seis meses. O roteiro contém itens referentes à ocorrência ou não de recaídas no período avaliado, local de atendimento e manejo da recaída, número de recaídas, medicamentos em uso e dosagem (APÊNDICE B).

3.7 Procedimentos de coleta de dados

Os pacientes e seus familiares foram recrutados no APEP/HCFMRP-USP pela pesquisadora. Primeiramente, a pesquisadora convidou os familiares e pacientes por meio de uma breve explicação sobre o objetivo do estudo antes da consulta psiquiátrica e, para aqueles que concordaram em participar foi agendado dia e horário, de acordo com as suas disponibilidades. Desse modo, para aqueles que compareceram no dia e horário agendado foram oferecidas todas as informações sobre a natureza do estudo, e para aqueles que concordaram em participar foi solicitado à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, para os menores de 18 anos, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e ao responsável o Termo de Responsabilidade Legal. No dia e horário previamente estabelecido, a pesquisadora aplicou a BPRS, para exclusão dos pacientes com sintomas psicóticos exacerbados. Para os pacientes considerados estáveis pela aplicação da BPRS foi realizado o recrutamento do paciente e de seu familiar, no mesmo dia da entrevista para avaliação dos sintomas psicóticos, e aplicados os demais instrumentos. No início do estudo (*baseline*) foram aplicados o formulário de variáveis sociodemográficas e clínicas, o FQ-VPB, a MAT, o ASSIST/OMS, a SDS e o a MINI. Os instrumentos de coleta de dados foram lidos para todos os participantes por uma pesquisadora treinada e o tempo médio de aplicação foi de 50 minutos. Cabe ressaltar que o FQ-VPB foi aplicado aos familiares sem a presença do paciente, e a MAT, ASSIST/OMS, SDS e a MINI foram aplicados aos pacientes sem a presença dos familiares. Desse modo, apenas a BPRS foi aplicada na presença de ambos, pacientes e familiares, para que fosse possível avaliar com profundidade a sintomatologia psiquiátrica apresentada. Além disso, a pesquisadora responsável por coletar informações de recaída não teve acesso às respostas das demais variáveis relacionadas aos níveis de EE, nível de adesão ao tratamento farmacológico, presença de depressão, uso de SPA e gravidade do uso de *cannabis*. Os pacientes foram acompanhados durante o período de

seis meses nos dias das consultas médicas no APEP e foram submetidos a avaliações dos sintomas psicóticos pela pesquisadora, que realizou a aplicação da BPRS e consulta ao seu prontuário de saúde para acompanhar sua evolução clínica para preenchimento do roteiro para avaliação de recaídas. Os pacientes estáveis em todas as avaliações foram considerados sem recaída. Para aqueles que faltaram ao retorno ambulatorial, foi realizado contato telefônico para identificação do motivo da falta e foi marcado novo atendimento. Caso o motivo da falta fosse a ocorrência de recaída e o paciente tivesse sido atendido em outra unidade de saúde, no dia de consulta no APEP, foi realizada a análise da sua ficha de contra referência para avaliar a presença de exacerbação dos sintomas psicóticos e/ou aumento de no mínimo 50% do medicamento antipsicótico. Quando a recaída fosse identificada no momento da consulta médica no APEP, a pesquisadora era acionada para aplicação da BPRS, conforme fluxograma abaixo.

Figura 2 - Fluxograma dos procedimentos para coleta de dados - Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017

Fonte: Elaborada pela autora.

3.8 Aspectos éticos

O projeto foi autorizado pelo chefe do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em relação à anuência para o desenvolvimento da pesquisa no Ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico, no dia 5 de abril de 2017 (ANEXO H). Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP/EERP – USP), em 07 de junho de 2017, CAAE: 68718617.5.0000.5393 (ANEXO I) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP/HCFMRP – USP), em 26 de junho de 2017, CAAE: 68718617.5.3001.5440.

Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos e importância do estudo. As entrevistas foram realizadas em ambiente privativo, e os instrumentos preenchidos de forma que os entrevistados não fossem identificados. Todos os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE (APÊNDICE C e D). Para os pacientes menores de 18 anos foi entregue o TALE e ao responsável, o Termo de Responsabilidade Legal (APÊNDICE E e F). Nesse estudo foram obedecidas as orientações conforme determina a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3.9 Análise dos dados

Os dados obtidos foram organizados em planilhas eletrônicas do Excel utilizando a técnica de dupla digitação dos resultados obtidos na coleta de dados. Posteriormente foram transportados para o *software IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 20 para *Windows*).

Inicialmente os dados foram analisados recorrendo a estatística descritiva. As variáveis categóricas (sexo do familiar e do paciente, situação conjugal do familiar e do paciente, ocupação do familiar e do paciente, cor/etnia do paciente, vínculo com o paciente, diagnóstico médico do paciente, consumo de SPA na vida, consumo de SPA nos últimos três meses, intervenção necessária para o consumo de SPA, presença de depressão, presença de recaída e a classificação da EE) foram analisadas por meio de suas frequências relativas. As variáveis numéricas (idade e escolaridade do familiar e do paciente, tempo de convivência, renda familiar, renda familiar per capita, tempo de tratamento no serviço ambulatorial, DPNT, escore de dependência de *cannabis*, escore MAT, escore da BPRS na *baseline*, número de

recaídas, escores dos componentes da EE – SEE e CC) foram analisadas por medidas de tendência central (média e mediana), dispersão (desvio-padrão - DP) e intervalo.

O teste do Qui-quadrado de Pearson e o teste Exato de Fisher foram utilizados para comparar a associação entre as variáveis categóricas.

Uma vez que os resultados do teste de Shapiro Wilk evidenciaram que as variáveis numéricas testadas não apresentaram distribuição normal, foi adotado o teste de correlação de Spearman para avaliar a relação entre as variáveis numéricas e o teste U de Mann-Whitney para a comparação das médias entre variáveis numéricas por grupos.

Na análise de regressão logística binária foram incluídas variáveis cujo *Odds ratio* (razão de chances - OR) para o desfecho, a presença de recaída, apresentaram valores de $p \leq 0,20$. A variável relacionada ao uso de *cannabis* nos últimos três meses foi dicotomizada (fez uso de *cannabis* e não utilizou *cannabis* nos últimos três meses). Aquelas que atingiram este primeiro critério foram ordenadas em seus valores de p crescentes e incluídas individualmente no modelo de regressão logística múltipla. As variáveis que contribuía para o modelo e apresentavam significância estatística foram mantidas. Cabe ressaltar que foi calculado o fator de inflação da variância (VIF) para verificar a presença de multicolinearidade entre as variáveis independentes. Valores superiores a 10 foram considerados com presença de multicolinearidade (MONTGOMERY; PECK; VINING, 2001). Os resultados obtidos indicaram ausência de multicolinearidade entre as variáveis independentes inseridas no modelo de regressão logística.

Assim, foram calculados o OR e seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%. Valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes para a manutenção nos modelos de regressão.

4 Resultados

4.1 Caracterização dos pacientes no PEP e seus familiares segundo variáveis sociodemográficas e clínicas

Como já mencionado, participaram do estudo 65 díades de pacientes no PEP e seus familiares.

Em relação às características sociodemográficas dos familiares, a maioria era do sexo feminino (86,2%), casado/amasiado (61,5%), com a mediana da idade igual a 46,6 anos [a média de idade foi de 44,6 anos, desvio padrão (DP) = 10,4, intervalo de 22 a 65,3 anos]. No que se refere a escolaridade dos familiares, a mediana de anos de estudo foi de nove anos [a média de anos de estudo foi de 8,8 (DP = 3,3), intervalo de um a 17 anos de estudo].

O grau de parentesco mais comum foi 49,2% mães, com a mediana de tempo de convivência com o paciente igual a 12 horas por dia [a média de 15,2 horas por dia, (DP = 7,5), intervalo de cinco a 24 horas de convivência por dia], a maioria trabalhava (58,5%), tinha mediana de renda familiar mensal igual a R\$ 2.200,00 [a média de renda familiar mensal foi de R\$ 2.542,91, (DP = 1.613,6), intervalo de zero a 8.000,00 reais] e mediana de renda per capita mensal igual a R\$ 600,00 [a média da renda per capita foi de R\$ 738,10, (DP = 624,4), intervalo de zero a 4.000,00 reais por mês].

Em relação aos níveis de EE, 69,2% dos familiares apresentaram altos níveis, o com mediana de CC igual a 18 pontos [a média de CC foi 20,5 pontos, (DP = 8,2), intervalo de 10 a 40 pontos] e de SEE a mediana foi de 30 pontos [a média igual a 29,7 pontos, (DP = 6,7), intervalo de 11 a 40 pontos] (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos familiares de pacientes no PEP e classificação segundo níveis de EE e seus componentes (n=65). Ribeirão Preto - SP, 2018

Variável	n (%)	Média (DP)	Mediana (Intervalo)	Estatística
Sexo				$\chi^2 = 33,9$; gl = 1; $p < 0,001$
Feminino	56 (86,2)			
Idade (anos)^a		44,6 (10,4)	46,6 (22,0–65,3)	
Escolaridade (anos)		8,8 (3,3)	9,0 (1–17)	
Situação conjugal				$\chi^2 = 3,5$; gl = 1; $p = 0,063$
Com companheiro	40 (61,5)			
Ocupação				$\chi^2 = 1,9$; gl = 1; $p = 0,172$
Trabalha	38 (58,5)			
Grau de parentesco				$\chi^2 = 105,2$; gl = 8; $p < 0,001$
Mães	32 (49,2)			

(continua)

(continuação)				
Variável	n (%)	Média (DP)	Mediana (Intervalo)	Estatística
Pais	5 (7,7)			
Esposo(a)	7 (10,8)			
Irmãos(ãs)	10 (15,4)			
Filhos(as)	4 (6,2)			
Outros	7 (10,7)			
Renda familiar (reais)		2.542,9 (1.613,6)	2.200,0 (0-8.000,0)	
Renda familiar per capita (reais)		738,1 (624,4)	600,0 (0-4.000,0)	
Horas de convivência com o paciente por dia		15,2 (7,5)	12,0 (5-24)	
Nível de EE				$\chi^2 = 9,6$; gl = 1; p = 0,002
Alta	45 (69,2)			
Escore CC		20,5 (8,2)	18 (10-40)	
Escore SEE		29,7 (6,7)	30 (11-40)	

(conclusão)

Critério Alpha = 0,05. DP: desvio padrão; χ^2 : Teste Qui-quadrado de Pearson; gl: grau de liberdade; EE: emoção expressa; CC: comentários críticos; SEE: superenvolvimento emocional.

^aVariável ausente para um familiar.

Fonte: Elaborada pela autora.

Em relação aos pacientes (Tabela 2), a maioria era do sexo masculino (70,8%), com mediana de idade igual a 23 anos [a média de idade foi de 27,6 anos, (DP = 12,0), intervalo de 15,6 e 62,9 anos], solteiros (86,2%), com mediana de anos de estudo igual a 10 [a média de escolaridade foi de 9,6 anos de estudo, (DP=2,8), intervalo de três a 17 anos de estudo], desempregados (78,5%) e brancos (61,5%).

No que se refere às variáveis clínicas, a maioria tinha como classificação diagnóstica a psicose não afetiva (73,8%), diagnosticados com esquizofrenia (36,9%), e outros diagnósticos (40%) que incluíam mania com sintomas psicóticos, transtorno delirante, transtorno psicótico breve, transtorno esquizoafetivo, psicose não-orgânica não especificada, transtorno esquizofreniforme e transtornos psicóticos relacionados ao uso de SPA. A mediana da DPNT foi de 8,7 semanas [a média da DPNT foi de 22,3 semanas, (DP = 37,7), intervalo de zero a 210,7 semanas] e a mediana de tempo de tratamento no serviço ambulatorial foi de 7,9 meses [a média do tempo de tratamento foi de 12,2 meses, (DP = 14,7), intervalo de zero a 65,4 meses). Dos 65 pacientes, 46,2% apresentaram EDM atual, 86,2% eram aderentes ao tratamento medicamentoso e a mediana do escore da MAT foi de 5,6 [a média foi de 5,4 pontos (DP = 0,6), intervalo de 2,9 a seis pontos]; a mediana do escore total da BPRS na

baseline foi de três pontos [a média da BPRS foi de 4,7 pontos (DP = 4,6), intervalo de zero a 17 pontos].

Quanto às recaídas psicóticas, 29,2% dos pacientes apresentaram recaídas psicóticas durante o seguimento de seis meses. A mediana de recaídas foi zero [a média de recaída foi de 0,4 (DP = 0,7), e o intervalo de zero a duas recaídas por paciente (Tabela 2).

**Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes no PEP (n=65).
Ribeirão Preto – SP, 2018**

Variável	n (%)	Média (DP)	Mediana (Intervalo)	Estatística
Sexo				$\chi^2 = 11,2$; gl = 1; p = 0,001
Masculino	46 (70,8)			
Idade (anos)		27,6 (12,0)	23 (15,6–62,9)	
Escolaridade (anos)		9,6 (2,8)	10 (3–17)	
Situação conjugal				$\chi^2 = 33,9$; gl = 1; p < 0,001
Sem companheiro	56 (86,2)			
Ocupação				$\chi^2 = 21,1$; gl = 1; p < 0,001
Não trabalha	51 (78,5)			
Cor/Etnia				$\chi^2 = 3,5$; gl = 1; p = 0,063
Branco	40 (61,5)			
DPNT (semanas)^a		22,3 (37,7)	8,7 (0-210,7)	
Tempo de tratamento		12,2 (14,7)	7,9 (0- 65,4)	
Classificação diagnóstica				$\chi^2 = 14,8$; gl = 1; p < 0,001
Psicose não afetiva	48 (73,8)			
Diagnóstico médico				$\chi^2 = 19,0$; gl = 3; p < 0,001
Esquizofrenia	24 (36,9)			
TAB	7 (10,8)			
Depressão com SP	8 (12,3)			
Outros diagnósticos	26 (40)			
Presença de depressão				$\chi^2 = 0,4$; gl = 1; p 0,535
Sem EDM atual	35 (53,8)			
Recaídas psicóticas				$\chi^2 = 11,2$; gl = 1; p = 0,001
Presença	19 (29,2)			
Número de recaídas psicóticas		0,4 (0,7)	0 (0-2)	
Escore MAT^b		5,4 (0,6)	5,6 (2,9-6,0)	
Escore BPRS		4,7 (4,6)	3 (0-17)	
Escore SDS^c		2,6 (2,9)	1 (0-9)	

Critério Alpha = 0,05. DP: desvio padrão; χ^2 : Teste Qui-quadrado de Pearson; gl: grau de liberdade; DPNT: duração da psicose não-tratada; TAB: Transtorno afetivo bipolar; SP: sintomas psicóticos, EDM: episódio depressivo maior; MAT: Medida de Adesão aos Tratamentos; BPRS: Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica; SDS: Escala de Severidade do Uso de *Cannabis*.

^aVariável ausente para dois pacientes.

^bVariável ausente para dois pacientes que não faziam uso de medicamentos no momento da coleta de dados.

^cVariável ausente para um paciente que não respondeu o instrumento SDS e para 37 pacientes que nunca utilizaram *cannabis* na vida.

Fonte: Elaborada pela autora.

4.2 Classificação dos pacientes no PEP segundo o uso de substâncias psicoativas por meio do ASSIST/OMS

Em relação ao uso de SPA, a mediana da severidade do uso de *cannabis* foi de um ponto [a média da SDS foi de 2,6 pontos, (DP=2,9), intervalo de zero a nove] (Tabela 2). A SPA mais utilizada pelos pacientes no PEP na vida foi o álcool (81,5%), seguido pelo tabaco (61,5%) e pela *cannabis* (43,1%) (Tabela 3)

Tabela 3 – Caracterização dos pacientes no PEP segundo uso de substâncias psicoativas na vida (n=65). Ribeirão Preto – SP, 2018

Uso de substância na vida	n (%)	Estatística
Tabaco		$\chi^2 = 3,5$; gl = 1; p = 0,063
Nunca usou	25 (38,5)	
Usou	40 (61,5)	
Álcool		$\chi^2 = 25,9$; gl = 1; p < 0,001
Nunca ingeriu	12 (18,5)	
Ingeriu	53 (81,5)	
Cannabis		$\chi^2 = 1,2$; gl = 1; p = 0,264
Nunca usou	37 (56,9)	
Usou	28 (43,1)	
Cocaína ou crack		$\chi^2 = 14,8$; gl = 1; p < 0,001
Nunca usou	48 (73,8)	
Usou	17 (26,2)	
Anfetamina ou êxtase		$\chi^2 = 46,5$; gl = 1; p < 0,001
Nunca	60 (92,3)	
Usou	5 (7,7)	
Inalantes		$\chi^2 = 14,8$; gl = 1; p < 0,001
Nunca usou	48 (73,8)	
Usou	17 (26,2)	
Hipnóticos ou sedativos		$\chi^2 = 36,9$; gl = 1; p < 0,001
Nunca usou	57 (87,7)	
Usou	8 (12,3)	
Alucinógenos		$\chi^2 = 36,9$; gl = 1; p < 0,001
Nunca	57 (87,7)	
Usou	8 (12,3)	
Opioides		
Nunca usou	65 (100)	
Usou		
Outras SPA		
Nunca usou	65 (100)	
Usou		
Uso de drogas por via injetável		
Nunca usou	65 (100)	
Usou		

Crítério Alpha = 0,05. DP: desvio padrão; χ^2 : Teste Qui-quadrado de Pearson; gl: grau de liberdade; SPA: substâncias psicoativas.

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto ao uso de SPA nos últimos três meses, o uso mais frequente foi de derivados do tabaco (40%), seguido de bebidas alcoólicas (32,3%) e de *cannabis* (20%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização dos pacientes no PEP segundo uso de substâncias psicoativas nos últimos três meses (n=65). Ribeirão Preto – SP, 2018

Padrão de uso	n (%)	Estatística
Tabaco		$\chi^2 = 77,4$; gl = 4; p < 0,001
Nunca	39 (60,0)	
1 ou 2 vezes	6 (9,2)	
Mensalmente	2 (3,1)	
Semanalmente	1 (1,5)	
Diariamente/quase todos os dias	17 (26,2)	
Álcool		$\chi^2 = 64,0$; gl = 3; p < 0,001
Nunca	44 (67,7)	
1 ou 2 vezes	8 (12,3)	
Mensalmente	4 (6,2)	
Semanalmente	9 (13,8)	
Diariamente/quase todos os dias		
Cannabis		$\chi^2 = 147,4$; gl = 4; p < 0,001
Nunca	52 (80,0)	
1 ou 2 vezes	4 (6,2)	
Mensalmente	1 (1,5)	
Semanalmente	2 (3,1)	
Diariamente/quase todos os dias	6 (9,2)	
Cocaína ou crack		$\chi^2 = 143,2$; gl = 3; p < 0,001
Nunca	58 (89,3)	
1 ou 2 vezes	3 (4,6)	
Mensalmente	3 (4,6)	
Semanalmente	0 (0)	
Diariamente/quase todos os dias	1 (1,5)	
Anfetamina ou êxtase		
Nunca	65 (100)	
1 ou 2 vezes		
Mensalmente		
Semanalmente		
Diariamente/quase todos os dias		
Inalantes		$\chi^2 = 118,3$; gl = 2; p < 0,001
Nunca	63 (97)	
1 ou 2 vezes	1 (1,5)	
Mensalmente	1 (1,5)	
Semanalmente		
Diariamente/quase todos os dias		
Hipnóticos ou sedativos		$\chi^2 = 118,3$; gl = 2; p < 0,001
Nunca	63 (97)	
1 ou 2 vezes	1 (1,5)	
Mensalmente	1 (1,5)	

(continua)

(continuação)		
Padrão de uso	n (%)	Estatística
Hipnóticos ou sedativos		
Semanalmente		
Diariamente/quase todos os dias		
Alucinógenos nos últimos três meses		$\chi^2 = 61,1$; gl = 1; p < 0,001
Nunca	64 (98,5)	
1 ou 2 vezes	1 (1,5)	
Mensalmente		
Semanalmente		
Diariamente/quase todos os dias		
Opioides		
Nunca	65 (100)	
1 ou 2 vezes		
Mensalmente		
Semanalmente		
Diariamente/quase todos os dias		
Outras SPA		
Nunca	65 (100)	
1 ou 2 vezes		
Mensalmente		
Semanalmente		
Diariamente/quase todos os dias		
(conclusão)		

Critério Alpha = 0,05. DP: desvio padrão; χ^2 : Teste Qui-quadrado de Pearson; gl: grau de liberdade; SPA: substâncias psicoativas.

Fonte: Elaborada pela autora.

Além disso, é importante destacar que 41,5% dos pacientes, pela classificação do ASSIST/OMS, foram indicados como necessitando de intervenção para o uso de tabaco, 33,8% necessitariam de intervenção para o uso de *cannabis* e 12,3% dos pacientes no PEP necessitariam de intervenção para o uso de cocaína ou de crack (Tabela 5).

Tabela 5 – Classificação dos pacientes no PEP segundo a necessidade de intervenção devido ao uso de substâncias psicoativas pelo ASSIST/OMS (n=65). Ribeirão Preto – SP, 2018

Substância psicoativa e intervenção	n (%)	Estatística
Tabaco		
Sem necessidade de intervenção	38 (58,5)	$\chi^2 = 23,7$; gl = 2; p < 0,001
Intervenção breve	21 (32,3)	
Intervenção intensiva	6 (9,2)	
Álcool		
Sem necessidade de intervenção	58 (89,3)	$\chi^2 = 92,0$; gl = 2; p < 0,001
Intervenção breve	6 (9,2)	
Intervenção intensiva	1 (1,5)	
Cannabis		
Sem necessidade de intervenção	43 (66,2)	$\chi^2 = 37,4$; gl = 2; p < 0,001

(continua)

(continuação)

Substância psicoativa e intervenção	n (%)	Estatística
Intervenção breve	19 (29,2)	
Intervenção intensiva	3 (4,6)	
Cocaína ou crack		
Sem necessidade de intervenção	57 (87,7)	$\chi^2 = 87,3$; gl = 2; p < 0,001
Intervenção breve	7 (10,8)	
Intervenção intensiva	1 (1,5)	
Anfetamina ou êxtase		
Sem necessidade de intervenção	63 (96,9)	$\chi^2 = 57,2$; gl = 1; p < 0,001
Intervenção breve	2 (3,1)	
Intervenção intensiva		
Inalantes		
Sem necessidade de intervenção	61 (93,8)	$\chi^2 = 50,0$; gl = 2; p < 0,001
Intervenção breve	4 (6,2)	
Intervenção intensiva		
Hipnóticos ou sedativos		
Sem necessidade de intervenção	63 (96,9)	$\chi^2 = 57,2$; gl = 1; p < 0,001
Intervenção breve	2 (3,1)	
Intervenção intensiva		
Alucinógenos		
Sem necessidade de intervenção	64 (98,5)	$\chi^2 = 61,1$; gl = 1; p < 0,001
Intervenção breve	1 (1,5)	
Intervenção intensiva		
Opioides		
Sem necessidade de intervenção	65 (100)	
Intervenção breve		
Intervenção intensiva		
Outras SPA		
Sem necessidade de intervenção	65 (100)	
Intervenção breve		
Intervenção intensiva		

(conclusão)

Critério Alpha = 0,05. ASSIST/WHO: Alcohol, Smoking and Substance Involvement - World Health Organization (WHO) Screening Test (Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias - Organização Mundial da Saúde (OMS); DP: desvio padrão; χ^2 : Teste Qui-quadrado de Pearson; gl: grau de liberdade; SPA: substâncias psicoativas.

Fonte: Elaborada pela autora.

Foram encontradas associações significativas entre os níveis de EE com o uso de *cannabis* e tabaco nos três últimos meses. Além disso, houve relação entre a presença de depressão e o uso de tabaco nos três últimos meses. Não foram encontradas relações significativas entre o uso de *cannabis* e tabaco nos últimos três meses e o sexo do paciente (Tabela 6).

Tabela 6 – Teste de associação entre sexo dos pacientes no PEP, EE, depressão e o uso de *cannabis* e tabaco nos três últimos meses (n=65). Ribeirão Preto – SP, 2018

	Uso de <i>cannabis</i> nos últimos três meses		p valor	Uso de tabaco nos três últimos meses		p valor
	Não (n = 52)	Sim (n = 13)		Não (n = 39)	Sim (n = 26)	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Sexo			0,087*			0,148
Feminino	18 (34,6)	1 (7,7)		14 (35,9)	5 (19,2)	
Masculino	34 (65,4)	12 (92,3)		25 (64,1)	21 (80,8)	
EE			0,051*			0,006
Alta	33 (63,5)	12 (92,3)		22 (56,4)	23 (88,5)	
Baixa	19 (36,5)	1 (7,7)		17 (43,6)	3 (11,5%)	
Depressão			0,534			0,042
Presente	23 (44,2)	7 (58,8)		14 (35,9)	16 (61,5)	
Ausente	29 (55,8,6)	6 (46,2)		25 (64,1)	10 (38,5)	

Critério Alpha = 0,05; *Teste exato de Fisher.

Fonte: Elaborada pela autora.

Foram encontradas relações entre os escores de SEE e o uso de tabaco e álcool nos três últimos meses. Ademais, houve relação entre os escores de CC e o uso de *cannabis*, tabaco e álcool nos três últimos meses por pacientes no PEP (Tabela 7).

Tabela 7 – Teste U de Mann Whitney para comparação de mediana entre os escores de SEE e CC dos familiares e o uso de *cannabis* e tabaco nos três últimos meses por pacientes no PEP (n=65). Ribeirão Preto – SP, 2018

Uso de SPA nos três últimos meses	Escore SEE (n = 65) Mediana (Intervalo)	p valor	Escore CC (n = 65) Mediana (Intervalo)	p valor
<i>Cannabis</i>		0,137		< 0,001
Não	29,5 (11-39)		17,0 (10-37)	
Sim	32,0 (21-40)		24,0 (11-40)	
Tabaco		0,014		< 0,001
Não	29,0 (11-38)		16,0 (10-28)	
Sim	32,5 (21-40)		27,5 (11-40)	

(continua)

(continuação)

Uso de SPA nos três últimos meses	Escore SEE (n = 65) Mediana (Intervalo)	p valor	Escore CC (n = 65) Mediana (Intervalo)	p valor
Álcool		0,045		0,001
Não	29,0 (11-38)		16,0 (10-36)	
Sim	33,0 (22-40)		28,0 (11-40)	
Cocaína		0,189		0,362
Não	29,5 (11-40)		17,5 (10-40)	
Sim	32,0 (22-39)		24 (11-32)	

(conclusão)

Crítério Alpha = 0,05; SPA: substâncias psicoativas; SEE: superenvolvimento emocional; CC: comentários críticos.

Fonte: Elaborada pela autora.

Não foram encontradas correlações entre os escores da MAT e a escolaridade do paciente. Também não foram encontradas relações, no teste U de Mann Whitney, entre os escores da MAT e o uso de *cannabis* e tabaco nos três últimos meses por pacientes no PEP.

4.3 Preditores de recaídas psicóticas entre pacientes no PEP

Dos 19 pacientes que recaíram, a maioria era do sexo masculino (73,4%), com mediana de idade igual a 21,6 anos [a média de idade foi 25,5 anos, (DP = 11,9), e intervalo de 15,9 a 56,6 anos] brancos (52,6%), não trabalhava (84,2%), com mediana de escolaridade igual a nove anos de estudo [a média de escolaridade foi de 8,7 anos de estudo, (DP = 2,7), intervalo de três a 13 anos de estudo] e não tinha companheiro (84,2%) (Tabela 8 e 9).

Em relação as variáveis clínicas dos pacientes que apresentaram recaídas, a maioria foi diagnosticado com esquizofrenia (52,6%), a mediana de DPNT foi igual a 12,9 semanas [a média da DPNT foi de 30,5 semanas, (DP = 51,7), intervalo de zero a 210,7 semanas] e com mediana de tempo de tratamento ambulatorial foi igual a 9,6 meses [a média tempo de tratamento ambulatorial foi de 10,7 meses, (DP = 11,0), intervalo de zero a 40,9 meses]. A mediana do escore da MAT foi de 5,6 pontos [a média do escore da MAT foi de 5,2 pontos (DP = 0,8), intervalo de 2,9 a seis pontos], o escore total da BPRS na *baseline* teve mediana de seis pontos [a média do escore da BPRS foi 6,8 (DP = 5,3), intervalo de zero a 17 pontos], a SDS teve mediana de três pontos [a média da SDS foi de 3,3 (DP = 2,6), intervalo de zero a sete] e 84,2% dos pacientes que recaíram apresentaram EDM. Além disso, quanto ao uso de SPA nos últimos três meses por pacientes que recaíram, 57,9% fizeram uso de tabaco, 42,1%

fizeram uso de álcool, 36,8% fizeram uso de *cannabis* e 26,3% fizeram uso de cocaína (Tabela 8 e 9).

No que se refere ao ambiente familiar, a maioria dos pacientes que recaíram convivia com familiares classificados com elevado nível de EE (94,7%) (Tabela 8). Em relação aos componentes da EE, a mediana de CC foi igual a 28,0 pontos [a média do escore de CC foi de 24,8 pontos, (DP = 7,8), intervalo de 10 a 37 pontos] e a mediana de SEE igual a 37,0 pontos [a média do escore de SEE foi de 34,0 pontos, (DP = 5,3), intervalo de 20 a 40 pontos] (Tabela 8 e 9).

Tabela 8 – Teste de associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes no PEP, presença de depressão, EE, uso de SPA nos três últimos meses, e a ocorrência de recaídas durante seis meses de seguimento (n=65). Ribeirão Preto – SP, 2018

	Recaídas psicóticas em seis meses		p valor
	Não (n = 46)	Sim (n = 19)	
	n (%)	n (%)	
Sexo			0,740*
Masculino	32 (69,6)	14 (73,4)	
Feminino	14 (30,4)	5 (26,3)	
Situação conjugal			0,714**
Sem companheiro	40 (87,0)	16 (84,2)	
Com companheiro	6 (13,0)	3 (15,8)	
Ocupação			0,741**
Não trabalha	35 (76,1)	16 (84,2)	
Trabalha	11 (23,9)	3 (15,8)	
Cor/Etnia			0,343*
Branco	30 (65,2)	10 (52,6)	
Não branco	16 (34,8)	9 (47,4)	
Classificação diagnóstica			0,758**
Psicose não afetiva	33 (71,7)	15 (78,9)	
Psicose afetiva	13 (28,3)	4 (21,1)	
Diagnóstico médico			0,048**
Esquizofrenia	14 (30,4)	10 (52,6)	
Transtorno afetivo bipolar	7 (15,2)	0 (0,0)	
Depressão com SP	4 (8,7)	4 (21,1)	
Outros diagnósticos	21 (45,7)	5 (26,3)	
Depressão			< 0,001*
Com EDM atual	14 (30,4)	16 (84,2)	
Sem EDM atual	32 (69,6)	3 (15,8)	

(continua)

(continuação)			
Recaídas psicóticas em seis meses			
		Não (n = 46)	Sim (n = 19)
		n (%)	n (%)
			p valor
EE			0,004*
Alta		27 (58,7)	18 (94,7)
Baixa		19 (41,3)	1 (5,3)
Tabaco nos últimos três meses			0,058*
Sim		15 (32,6)	11 (57,9)
Não		31 (67,4)	8 (42,1)
Álcool nos últimos três meses			0,278*
Sim		13 (28,3)	8 (42,1)
Não		33 (71,7)	11 (57,9)
Cannabis nos últimos três meses			0,042**
Sim		6 (13,0)	7 (36,8)
Não		40 (87,0)	12 (63,2)
Cocaína nos últimos três meses			0,019**
Sim		2 (4,3)	5 (26,3)
Não		44 (95,7)	14 (73,7)
(conclusão)			

Crítério Alpha = 0,05. * Teste Qui-quadrado de Pearson; **Teste Exato de Fisher; SP: sintomas psicóticos; EDM: Episódio Depressivo Maior; EE: Emoção Expressa.

Fonte: Elaborada pela autora.

Foram encontradas associações significativas entre o diagnóstico psiquiátrico, a presença de depressão, os níveis EE, e o uso de *cannabis* e cocaína nos três últimos meses com a ocorrência de recaídas psicóticas durante o *follow-up* de seis meses (Tabela 8).

Tabela 9 – Teste U de Mann Whitney para comparação de mediana entre as variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes no PEP, escores de SEE e CC dos familiares (n=65) e a ocorrência de recaídas durante seis meses de seguimento. Ribeirão Preto – SP, 2018

Recaídas psicóticas em seis meses			
		Não (n = 46)	Sim (n = 19)
		Mediana (Intervalo)	Mediana (Intervalo)
			p valor
Idade (anos)		24,3 (15,6-62,9)	21,6 (15,9-56,6)
Escolaridade (anos)		11,0 (3-17)	9,0 (3-13)
DPNT (semanas)		6,7 (0-121,7)	12,9 (0-210,7)
Tempo de tratamento (meses)		5,7 (0,5-65,4)	9,6 (0-40,9)
(continua)			

(continuação)

Recaídas psicóticas em seis meses			
	Não (n = 46)	Sim (n = 19)	
	Mediana (Intervalo)	Mediana (Intervalo)	p valor
Escore MAT	5,6 (4-6)	5,4 (2,9-6,0)	0,108
Escore BPRS – <i>baseline</i>	2,5 (0-15)	6,0 (0-17)	0,043
Escore SDS	0,0 (0-9)	3,0 (0-7)	0,167
Escore CC	17,0 (10-40)	28,0 (10-37)	0,005
Escore SEE	27,0 (11-39)	37,0 (20-40)	0,000

(conclusão)

Critério Alpha = 0,05. DPNT: duração da psicose não-tratada; MAT: Medida de Adesão aos Tratamentos; BPRS: Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica; SDS: Escala de Severidade do Uso de *Cannabis*; CC: comentários críticos; SEE: superenvolvimento emocional.

Fonte: Elaborada pela autora.

Houve relação significativa entre a ocorrência de recaídas em pacientes no PEP e o escore total da BPRS na *baseline* e dos CC e SEE (Tabela 9).

Na Tabela 10 estão apresentados os modelos de regressão logística binária dos preditores para recaídas entre pacientes no PEP.

Tabela 10 – Modelo de regressão logística binária da associação entre escolaridade do paciente, SEE, CC, escore da MAT, depressão, uso de *cannabis* e a ocorrência de recaídas entre pacientes no PEP (n=65). Ribeirão Preto – SP, 2018

Modelo Logístico	Sem recaída Não (n = 46)	Com recaída Sim (n = 19)	OR não ajustado (IC 95%)	p-valor	OR ajustada (IC 95%)	p-valor
Combinação com SEE						
Depressão [n (%)]	14 (30,4)	16 (84,2)	0,082 (0,021 ; 0,327)	< 0,001	0,095 (0,022 ; 0,416)	0,002
Escolaridade do paciente, anos [mediana (intervalo)]	11,0 (3-17)	9,0 (3-13)	0,834 (0,678 ; 1,027)	0,088	-	-
Escore MAT [mediana (intervalo)]	5,6 (4-6)	5,4 (2,9-6)	0,461 (0,193 ; 1,102)	0,082	-	-
Escore SEE [mediana (intervalo)]	27,0 (11-39)	37,0 (20-40)	1,205 (1,073 ; 1,354)	0,002	1,196 (1,049 ; 1,364)	0,007
<i>Cannabis</i> nos últimos três meses [n (%)]	6 (13,0)	7 (36,8)	0,257 (0,072 ; 0,913)	0,036	-	-
Combinação com CC						
Depressão [n (%)]	14 (30,4)	16 (84,2)	0,082 (0,021 ; 0,327)	< 0,001	0,72 (0,016 ; 0,318)	0,001
Escolaridade do paciente, anos			0,834 (0,678 ; 1,027)	0,088	-	-
Escore MAT			0,461 (0,193 ; 1,102)	0,082	-	-
Escore CC [mediana (intervalo)]	17,0 (10-40)	28,0 (10-37)	1,098 (1,024 ; 1,178)	0,009	-	-
<i>Cannabis</i> nos últimos três meses	6 (13,0)	7 (36,8)	0,257 (0,072 ; 0,913)	0,036	0,200 (0,042 ; 0,967)	0,045

Critério Alpha = 0,05. IC: intervalo de confiança; SEE: superenvolvimento emocional; MAT: medida de adesão aos tratamentos; CC: comentários críticos.

Fonte: Elaborada pela autora.

Em relação ao desfecho do estudo, no primeiro modelo de regressão logística binária o SEE e a depressão foram relacionados com a ocorrência de recaídas psicóticas em pacientes no PEP, a cada aumento de uma unidade no escore de SEE houve aumento no risco da ocorrência de recaídas em cerca de uma vez (OR = 1,196, IC 95% 1,049 - 1,364, $p = 0,007$) e pacientes no PEP sem depressão apresentaram proteção para a ocorrência de recaídas, quando comparados àqueles com depressão (OR = 0,095, IC 95% 0,022 - 0,416, $p = 0,002$).

No segundo modelo de regressão logística binária, duas características foram relacionadas as recaídas psicóticas - a depressão (OR = 0,72, IC 95% 0,016 - 0,318, $p = 0,001$) e o uso de *cannabis* nos três últimos meses (OR = 0,200, IC 95% 0,042 - 0,967, $p = 0,045$). Desse modo, pacientes no PEP sem depressão apresentaram proteção para a ocorrência de recaídas, quando comparados àqueles com depressão; e pacientes no PEP que não fizeram uso de *cannabis* nos últimos três meses apresentaram proteção para a ocorrência de recaídas, quando comparados àqueles que utilizaram essas SPA.

Quando inserido no modelo de regressão logística binária a variável relacionada ao uso de tabaco nos três últimos meses, a escolaridade de paciente, o escore da MAT e os CC não apresentaram relação significativa com a variável desfecho. Cabe ressaltar que os CC quando inseridos no modelo de regressão logística binária apresentaram uma tendência (OR = 1,075, IC 95% = 0,997-1,160, $p = 0,059$).

5 Discussão

O presente estudo de coorte prospectivo buscou avaliar os fatores relacionados às recaídas de pacientes no PEP. Os achados mostraram que 29,2% dos pacientes no PEP apresentaram recidiva de sintomas psicóticos durante o período de seguimento de seis meses e que fatores como o ambiente familiar com elevados níveis de SEE, a depressão e o uso de *cannabis* nos três últimos meses por pacientes na fase inicial da psicose foram relacionados à ocorrência de recaídas. Por outro lado, não encontramos relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes, a adesão ao tratamento medicamentoso, os níveis de CC, o uso de outras SPA e a severidade do uso de *cannabis* com a variável desfecho.

Em relação às variáveis sociodemográficas dos pacientes no PEP, destaca-se que os pacientes eram predominantemente jovens, do sexo masculino, com baixa escolaridade - correspondente ao ensino fundamental completo, solteiros, desempregados e com renda per capita abaixo de um salário mínimo. Estudo multicêntrico internacional realizado com 2774 pacientes no PEP oriundos da Inglaterra, França, Itália, Holanda, Espanha e no Brasil - município de Ribeirão Preto, encontrou que 56,9% dos pacientes no PEP eram homens, variando entre 48,8% em Oviedo, Espanha e 77,8% em Cuenca, Espanha. Ainda a mediana de idade dos pacientes no PEP no primeiro contato ao serviço de saúde foi de 30,5 anos (JONGSMA et al., 2018). Ao considerar que o PEP geralmente ocorre em indivíduos jovens, em sua fase mais produtiva, faz-se necessário investir na diminuição do atraso para a busca de tratamento adequado e garantir o diagnóstico precoce nesta clientela, melhorando o prognóstico do paciente e diminuindo eventuais prejuízos no curso de suas vidas.

O mesmo estudo multicêntrico que incluiu Ribeirão Preto – São Paulo, Brasil, encontrou que a mediana de DPNT foi de oito semanas (JONGSMA et al., 2018), resultado similar ao encontrado no presente estudo que apresentou uma mediana de DPNT de 8,7 semanas e a média de 22,3 semanas, correspondendo a aproximadamente a 61 e 156 dias, respectivamente. Nesta direção, a OMS recomenda que o tratamento adequado para os transtornos psicóticos deve iniciar dentro de três meses após o aparecimento dos sintomas do indivíduo, ou seja, em um período inferior a 90 dias (BERTOLOTE; MCGORRY, 2005). Desse modo, é essencial a implementação de estratégias para a detecção precoce dos sintomas psicóticos para a garantia de acesso dos pacientes do PEP aos serviços de saúde mental. Ações voltadas para redução da DPNT devem ser direcionadas principalmente para aumentar o conhecimento da população geral sobre o PEP. Assim, a realização campanhas educativas para divulgação e conscientização sobre a etiologia do transtorno, os seus sinais de alerta, e

com o objetivo de reduzir o estigma e preconceito podem ser úteis para o sucesso da busca de tratamento adequado (BOURGOU et al., 2012; CONNOR et al., 2016; DEL-VECCHIO et al., 2015; LLOYD-EVANS et al., 2011; O'DONOGHUE et al., 2016).

No que se refere às recaídas, os resultados desse estudo mostraram que 29,2% dos pacientes no PEP apresentaram recidiva de sintomas psicóticos durante o período de seguimento de seis meses. Esses achados são semelhantes à investigação de metanálise, com 29 estudos realizados até 2010, na qual foram encontradas altas taxas de recaídas na psicose precoce (ÁLVAREZ-JIMENEZ et al., 2012), e também, identificou um risco cumulativo de recidiva de 28-54% de um a três anos de *follow-up* para recaídas, identificadas pela exacerbação de sintomas psicóticos, e uma taxa de 26-83% de um a sete anos e meio de acompanhamento para recaídas classificadas por meio da rehospitalização (ÁLVAREZ-JIMENEZ et al., 2012). Outro estudo conduzido em Barcelona, Espanha, com 140 pacientes no PEP encontrou que as taxas de recaídas foram 5% em dois meses, 26% em seis meses, 31% em 12 meses e 43% em 24 meses de seguimento prospectivo (BERGÉ et al., 2016). Ao analisar que as taxas de recaídas são elevadas entre os pacientes no PEP e que a sua ocorrência pode tornar a recuperação do paciente mais difícil, o conhecimento sobre os fatores relacionados às recaídas no PEP é importante para o planejamento e implementação de ações eficazes para a prevenção de resultados indesejáveis.

Neste sentido, a variável relacionada a depressão foi investigada como preditor para a ocorrência de recaídas, sendo que 46,2% dos pacientes no PEP participantes do estudo apresentaram EDM atual. Os resultados da análise de regressão logística binária mostraram que o EDM foi relacionado com a ocorrência de recaídas entre pacientes no PEP. Neste estudo, pacientes PEP sem depressão apresentaram proteção para a ocorrência de recaídas, quando comparados àqueles com depressão. Estudos realizados com pacientes com transtornos psicóticos diagnosticados com EDM revelaram risco maior para suicídio e autoagressão deliberada, bem como pior qualidade de vida, o que representa maior chance de ocorrência de um prognóstico desfavorável (CHALLIS et al., 2013; MCGINTY; HAQUE; UPTHEGROVE, 2018; RENWICK et al., 2012). Além disso, a presença de depressão nos transtornos psicóticos também está relacionada às recaídas e hospitalizações (CONLEY et al., 2007; GEDDES et al., 1994). Estudo prospectivo realizado em Londres com 51 pacientes no primeiro episódio da esquizofrenia encontrou que a presença de sentimentos subjetivos de depressão durante a primeira admissão foi associada à ocorrência de recaídas, mensuradas pela readmissão hospitalar precoce (GEDDES et al., 1994). Outro estudo prospectivo com seguimento de três anos conduzido nos Estados Unidos da América com pacientes com

esquizofrenia também encontrou que os indivíduos classificados como “deprimidos” foram mais propensos a apresentarem recaídas e a utilizar os serviços de saúde mental, como serviços de emergência e consulta com psiquiatras. Ademais, os pacientes com sintomas depressivos também foram considerados como uma preocupação para a comunidade (violento, apresentar necessidade de ser preso e comportamento suicida), bem como apresentaram maiores problemas com uso de SPA, pior qualidade e satisfação com vida, pior funcionamento global, pior saúde física e mental, menores taxas de adesão ao tratamento medicamentoso e pior relação familiar (CONLEY et al., 2007).

Desse modo, estratégias podem ser destinadas para a promoção da saúde mental dessa clientela, visando a prevenção e diminuição dos sintomas depressivos. Estudo aponta que a depressão pode ser prevenida por meio da identificação precoce de pacientes com alto risco para o desenvolvimento desse transtorno, oferta de psicoterapia, avaliação de fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos – como as mudanças geradas pelo adoecimento e transições no ciclo da vida; e implementação de ações visando o aumento da resiliência e autoeficácia do paciente (MUÑOZ; BEARDSLEE; LEYKIN, 2012). Além disso, para aqueles que apresentam EDM no PEP é fundamental a garantia do tratamento farmacológico adequado para a redução da sintomatologia depressiva em conjunto as intervenções psicossociais.

Outro fator investigado como preditor de recaídas no PEP foi a EE e seus componentes. Em relação à EE, 69,2% familiares apresentaram alta EE. A média dos escores de CC foi de 20,5, representando ausência de elevados níveis de crítica, e escores médios de SEE de 29,7, apontando alto nível de SEE nessa população. Esse achado corrobora outros estudos realizados no contexto brasileiro, apontando maior SEE em nossa cultura (MARTINS; LEMOS; BEBBINGTON, 1992; ZANETTI et al., 2018a; ZANETTI et al., 2018b). Esse resultado pode ser explicado pelo fato do Brasil ser um país em desenvolvimento e, desse modo, as expectativas em relação ao futuro e produtividade do paciente podem ser menores, quando comparados aos países industrializados/desenvolvidos, o que pode propiciar menor nível de crítica em detrimento ao SEE (MARTINS; LEMOS; BEBBINGTON, 1992). Além disso, nosso país apresenta uma população mista, com diferentes origens, principalmente portuguesas, italianas, alemãs e africanas e que por isso a instituição familiar tem bastante relevância na nossa sociedade (MARTINS; LEMOS; BEBBINGTON, 1992), o que pode propiciar maior calorosidade entre os membros da família e atitudes de SEE. Desse modo, os achados desse estudo reforçam a relevância da cultura no ambiente familiar dos pacientes no PEP.

No presente estudo os resultados revelaram que quanto maior o escore de SEE há um aumento 1,196 vezes no risco de recaídas. Esse achado foi semelhante ao de outros estudos que também encontraram associação entre as recaídas e o SEE, entretanto, estudo de revisão aponta que ainda há inconsistências acerca dessa relação entre diferentes culturas, sendo que algumas investigações não encontraram relação entre os níveis de SEE e a ocorrência de recaídas (SINGH; HARLEY; SUHAIL, 2013). Por outro lado, estudo realizado em Londres com pacientes com esquizofrenia encontrou que os pacientes que residiam com familiares com alta SEE tiveram maiores taxas de recaída durante o seguimento de um ano (BROWN et al., 1962). Outro estudo realizado com 24 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia encontrou relação entre o SEE e a ocorrência de recaídas nessa população durante o *follow-up* de 12 meses (MOLINE et al., 1985). Nessa perspectiva, evidências de estudo de revisão apontaram que as atitudes de SEE podem ter como efeito o desestímulo de habilidades, autonomia e autoconfiança do paciente e, dessa forma, a superproteção pode resultar, a longo prazo, em uma maior dificuldade para a recuperação do indivíduo acometido e uma maior dependência deste pelo seu familiar cuidador (AMARESHA; VENKATASUBRAMANIAN, 2012).

Quanto aos níveis de CC, em nosso estudo a sua relação com a ocorrência de recaídas não foi estabelecida, o que difere dos achados de outros estudos (ÁLVAREZ-JIMENEZ et al., 2012; KOUTRA et al., 2015; SADIQ et al., 2017). Cabe ressaltar, que a população analisada apresentou baixos escores para CC quando comparados aos de SEE, o que poderia explicar a ausência dessa relação. Estudo conduzido na Grécia com 50 indivíduos no PEP e 50 indivíduos com transtorno psicótico crônico e seus familiares encontrou que a crítica em relação aos pacientes foi associada a maior risco de recaídas nessa clientela (KOUTRA et al., 2015). A partir de compilação de outro estudo de metanálise foi sugerido que o nível elevado de CC dos familiares aumentou em 2,3 vezes o risco de recaídas em pacientes no PEP (ÁLVAREZ-JIMENEZ et al., 2012). Estudo conduzido no Paquistão com 53 pacientes com esquizofrenia e seus 101 familiares também encontrou relação entre os níveis de CC e o curso do transtorno psicótico, os resultados apontaram que o aumento de uma unidade na pontuação de CC foi associado a um aumento de 1,29 vezes o risco de recaída na esquizofrenia (SADIQ et al., 2017).

Contudo, apesar do nosso estudo não ter encontrado uma relação direta entre os níveis de CC e a ocorrência de recaídas, apesar de mostrar uma tendência (OR = 1,075, IC 95% = 0,997-1,160, $p = 0,059$) no modelo de regressão logística binária, o teste de comparação de mediana encontrou relação entre os níveis de CC e o uso de *cannabis*, bem como tabaco, nos

últimos três meses. Desse modo, ao considerarmos que pacientes no PEP que não fizeram uso de *cannabis* nos últimos três meses apresentaram proteção para a ocorrência de recaída, quando comparados àqueles que utilizaram essas SPA, é possível inferir que o nível elevado de CC pode repercutir em aumento do uso de *cannabis* entre pacientes no PEP, como estratégia de enfrentamento para lidar com as críticas, o que pode resultar em recaídas nessa população. Estudo longitudinal conduzido com 63 familiares de pacientes no PEP encontrou que os CC na *baseline*, avaliado pelo *Family Questionnaire*, previu significativamente o uso indevido de *cannabis*, avaliado pelo ASSIST/OMS durante o *follow-up* de sete meses (GONZÁLEZ-BLANCH et al., 2015). Ressalta-se que, em nosso estudo 43,1% dos pacientes fizeram uso de *cannabis* na vida, sendo que 20% utilizaram essa SPA nos últimos três meses. O SEE apresentou relação com o uso de tabaco nos últimos três meses, mas não apresentou relação com o uso de *cannabis* por pacientes no PEP.

Ao considerar o impacto do ambiente familiar no curso do PEP, as intervenções para a prevenção de recaídas devem ter como foco a diminuição dos níveis dos componentes negativos da EE, tais como os CC e SEE. Intervenções familiares, principalmente com enfoque na psicoeducação, podem ser eficazes para a diminuição dos níveis de EE (CECHNICKI et al., 2013; ÖKSÜZ et al., 2017; YESUFU-UDECHUKU et al., 2015). Estudo de revisão aponta que a psicoeducação pode prevenir novas recaídas e tem impacto na redução do sofrimento dos familiares, por meio da melhoria nas relações e na comunicação entre os membros da família (AMARESHA; VENKATASUBRAMANIAN, 2012). Essas intervenções também podem ser direcionadas para ampliar o conhecimento dos pacientes e seus familiares sobre a doença e sobre o manejo de situações de crise, informar sobre os fatores de risco para recidiva de sintomas psicóticos, reduzir a sobrecarga familiar, auxiliar no enfrentamento das mudanças decorrentes do transtorno, promover habilidades de resolução de problemas, ofertar apoio emocional e oferecer espaço para expressão de sentimentos do paciente e sua família (AMARESHA; VENKATASUBRAMANIAN, 2012; CARDOSO; GALERA, 2011; CHERRY et al., 2017; ÖKSÜZ et al., 2017). Ademais, também se faz necessário o estímulo dos aspectos positivos da EE, relacionados às observações positivas - elogio, apreciação, apoio ou aprovação; e a calorosidade - simpatia, preocupação, empatia, gentileza ou interesse; no ambiente familiar (AMARESHA; VENKATASUBRAMANIAN, 2012; BUTLER et al., 2018). Estudo conduzido com 65 pacientes no PEP e seus familiares encontrou menores taxas de recaídas entre os participantes que tinham cuidadores com maiores níveis de calorosidade (LEE; BARROWCLOUGH; LOBBAN, et al., 2014). Assim, ampliar o conhecimento sobre os aspectos positivos do ambiente familiar como potenciais

fatores de proteção para o curso desfavorável desse grave transtorno mental pode ser útil para o fortalecimento e a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância da família no tratamento das condições psiquiátricas.

Outro fator modificável no curso dos transtornos psicóticos está relacionado ao uso de *cannabis*, entretanto é escassa a produção científica sobre intervenções psicossociais para a redução do seu consumo entre os pacientes no PEP. Nessa direção, estudo realizado no Canadá encontrou que apenas 12% dos serviços de intervenção precoce para pacientes com psicose ofereciam serviços formais que visavam a redução do consumo de *cannabis*, e 63% desses serviços ofereciam ações informais para o uso de diversas SPA, não exclusivamente para a *cannabis* (AYDIN, TIBBO, URSULIAK, 2016). Adicionalmente, esse estudo encontrou que as estratégias ofertadas pelos serviços para a redução do uso de *cannabis* por pacientes na fase inicial da psicose estavam alicerçadas principalmente na psicoeducação, entrevista motivacional individual, distribuição de folhetos informativos, e a terapia cognitivo-comportamental (AYDIN, TIBBO, URSULIAK, 2016). Cabe ressaltar que os principais profissionais envolvidos nos programas formais direcionados para o uso de SPA foram conselheiros (50%), assistentes sociais (40%), enfermeiros (40%), terapeutas ocupacionais (10%), psicólogos (10%) e psiquiatras (10%) (AYDIN, TIBBO, URSULIAK, 2016). Desse modo, destaca-se a importância dos enfermeiros nas ações de prevenção e redução do uso de SPA, incluindo a *cannabis*, por pacientes no PEP e a necessidade da ampliação dessas intervenções para a promoção de saúde dessa clientela.

Outras estratégias essenciais para a melhoria do cuidado de pacientes no PEP está baseada na capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde e educadores para a abordagem do uso de SPA no que se refere ao rastreio, monitoramento e redução de danos, levando em consideração os aspectos biológicos, sociais e culturais envolvidos no consumo de SPA. Ademais, o fortalecimento dos vínculos sociais do paciente no PEP, a garantia do acesso aos dispositivos comunitários para lazer, esporte, cultura e educação, bem como as práticas integrativas e complementares em saúde podem ser efetivas para a redução do uso de SPA nessa população.

Nesse estudo, as variáveis relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso e os dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes no PEP não apresentaram associação significativa com a variável dependente, a ocorrência de recaídas. Estudo conduzido no Paquistão com pacientes com esquizofrenia também não encontrou relação entre essas variáveis com a ocorrência de recaídas (SADIQ et al., 2017). Outro estudo de metanálise também não encontrou associações entre variáveis sociodemográficas (idade de início do

PEP, sexo, nível educacional, status marital e ocupação) e variáveis clínicas (diagnóstico e DPNT) e recaídas no PEP, embora tenha sido encontrada associação entre uso SPA, não adesão ao tratamento medicamentoso, nível elevado de CC, e ajustamento pré-mórbido pobre, com a ocorrência de recaídas (ÁLVAREZ-JIMENEZ et al., 2012). Entretanto, apesar de não serem encontradas associações significativas entre essas variáveis e a presença de recaídas, não podemos descartar o papel dessas variáveis como possíveis mediadores de outros desfechos relacionados ao curso dos transtornos psicóticos. Nesse sentido, estudo realizado em Barcelona, Espanha, com 140 pacientes no PEP encontrou que ser do sexo masculino e maior gravidade dos sintomas negativos na *baseline* foram preditores de pior funcionamento em dois anos de seguimento (BERGÉ et al., 2016).

Cabe ressaltar que 86,2% dos pacientes no PEP do nosso estudo foram classificados como aderentes ao tratamento medicamentoso prescrito. Desse modo, é importante destacar que a adesão ao tratamento também inclui outros comportamentos relacionados à saúde (SABATÉ, 2003). Assim, é fundamental ampliar os critérios para avaliação da adesão ao tratamento, considerando não apenas o uso adequado dos medicamentos, mas também a presença dos pacientes às consultas agendadas no serviço de saúde mental, a modificação de comportamentos de risco para a ocorrência de recaídas psicóticas e também o engajamento do paciente e seus familiares no tratamento e em outras atividades com objetivo de favorecer um melhor prognóstico do paciente e promover sua qualidade de vida e sua família (SABATÉ, 2003).

5.1 Limitações do estudo

A presente investigação apresentou como principais limitações a utilização de uma população específica, dificultando a generalização dos achados; o tamanho da coorte, considerada pequena, devido à baixa participação de pacientes no PEP e seus familiares e os critérios de elegibilidade adotados no estudo; e a definição da recaída utilizada, com enfoque apenas nos sintomas positivos. Nessa direção, os sintomas psicóticos podem propiciar maiores taxas de hospitalização, porém é importante destacar que os sintomas cognitivos e negativos também têm um impacto significativo na qualidade de vida do paciente no PEP e, desse modo, devem ser considerados em futuras investigações sobre essa temática (TAYLOR; BARNES; YOUNG, 2018). Por outro lado, esse estudo considerou a recaída como a exacerbação dos sintomas psicóticos, e não apenas a rehospitalização, abrangendo também os pacientes no PEP que têm sua recaída manejada no ambiente domiciliar com o apoio da família. Esta foi a primeira investigação sobre os fatores relacionados às recaídas de pacientes

no PEP no contexto brasileiro e fornece novos *insights* sobre a temática. Novos estudos longitudinais devem ser realizados, com amostras maiores, buscando ampliar a compreensão sobre o ambiente familiar, principalmente com enfoque para os aspectos positivos da EE, ainda pouco explorados (BUTLER et al., 2018), e sua relação com as recaídas nos transtornos psicóticos, bem como explorar intervenções efetivas para a redução das taxas de recaídas nessa população.

6 Conclusão

Nesse estudo foram identificados alguns fatores que podem estar relacionados às recaídas entre pacientes no PEP. Os achados sugerem que ambiente familiar com elevados níveis de SEE, a EDM e o uso de *cannabis* nos três últimos meses por pacientes na fase inicial da psicose foram relacionados à ocorrência de recaídas.

Futuras investigações devem ser conduzidas para ampliar o conhecimento sobre as variáveis relacionadas às recaídas no PEP em diferentes contextos, para que seja possível a comparação dos dados, bem como para aumentar as evidências sobre estratégias eficazes para a prevenção de recaídas entre os pacientes no PEP com vistas à promoção de saúde mental e a melhoria da qualidade de vida dessa clientela e de seus familiares.

Referências

ABDEL-BAKI, A.; OUELLET-PLAMONDON, C.; MALLA, A. Pharmacotherapy challenges in patients with first-episode psychosis. **Journal of Affective Disorders**, v. 138 Supl: S3-14, 2012. doi: 10.1016/j.jad.2012.02.029.

ÁLVAREZ-JIMENEZ, M. et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **Schizophrenia Research**, London, v. 139, n.1-3, p. 116-128, 2012. doi: 10.1016/j.schres.2012.05.007.

AMARESHA, A. C.; VENKATASUBRAMANIAN, G. Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview. **Indian Journal of Psychological Medicine**. v. 34, n. 1, p. 12–20, 2012. <http://doi.org/10.4103/0253-7176.96149>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA]. **Diretrizes para o tratamento de transtornos Psiquiátricos compêndio 2006**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION [ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA]. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 106-115, 2000. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>.

ARCHIE, S. et al. Reflections of young people who have had a first episode of psychosis: what attracted them to use alcohol and illicit drugs? **Early Intervention in Psychiatry**, Melbourne, v. 7, n. 2, p.193-199, 2013. doi: 10.1111/j.1751-7893.2012.00355.x.

ARTHUR, D. The validity and reliability of the measurement of the concept ‘expressed emotion’ in the family members and nurses of Hong Kong patients with schizophrenia. **International Journal of Mental Health Nursing**, Richmond, v. 11, n. 3, p. 192-198, 2002. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00247.x>

ARRASATE, M. et al. Prognostic Value of Affective Symptoms in First-Admission Psychotic Patients. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 17, n. 7, p.1039, 2016. doi: 10.3390/ijms17071039

AYDIN, C.; TIBBO, P. G.; URSULIAK, Z. Psychosocial Interventions in Reducing Cannabis Use in Early Phase Psychosis: A Canadian Survey of Treatments Offered. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 61, n. 6, p. 367-372, 2016. <https://doi.org/10.1177/0706743716639931>

BACHMANN, S. et al. Expressed Emotion in relatives of first-episode and chronic patients with schizophrenia and major depressive disorder – a comparison. **Psychiatry Research**, Shannon, v. 112, n. 3, p. 239-250, 2002. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(02\)00226-3](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(02)00226-3)

- BARRETT, E. A. et al. Suicidality before and in the early phases of first episode psychosis. **Schizophrenia Research**, London, v. 119, n. 3, p. 11-17, 2010. doi: 10.1016/j.schres.2010.03.022.
- BEBBINGTON, P. E. et al. Remission and relapse in psychosis: operational definitions based on case-note data. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 36, p. 1551–1562, 2006. doi:10.1017/S0033291706008579
- BECH, P. et al. Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. v.87, p.3-36, 1993. Supplement 372. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb05583.x>
- BERGÉ, D. et al. Predictors of Relapse and Functioning in First-Episode Psychosis: A Two-Year Follow-Up Study. **Psychiatric Services**. v. 67, n. 2, p. 227-233, 2016. doi: 10.1176/appi.ps.201400316.
- BERTOLETE, J.; MCGORRY, P. Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. **The British Journal of Psychiatry**, Cambridge, v. 187, n. S48, p. s11 6-s11 9, 2005. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.48.s116>
- BOURGOU, S. et al. Opinion des mères tunisiennes concernant le premier épisode psychotique de leur enfant. **L'Encéphale**, v. 38 n. 6, p. 473–479, 2012. doi: 10.1016/j.encep.2012.01.012
- BREITBORDE, N. J.; SRIHARI, V. H.; WOODS, S. W. Review of the operational definition for first-episode psychosis. **Early Intervention in Psychiatry**, Melbourne, v.3, n. 4, p. 259-65, 2009. doi: 10.1111/j.1751-7893.2009.00148.x.
- BROUSSARD, B. et al. Demographic, Socio-Environmental, and Substance-Related Predictors of Duration of Untreated Psychosis (DUP). **Schizophrenia Research**, London, v. 148(0): 93–98, 2013. doi: 10.1016/j.schres.2013.05.011
- BROWN, G. W. et al. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Illness. **British Journal of Preventive & Social Medicine**, v. 16, n. 2, p. 55–68, 1962. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1058855/>
- BUTLER, R. et al. Are family warmth and positive remarks related to outcomes in psychosis? A systematic review. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 20, p. 1-16, 2018. doi: 10.1017/S0033291718003768.
- BUTZLAFF, R. L.; HOOLEY, J. M. Expressed emotion and psychiatric relapse. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 55, n. 6, p. 547-552, 1998. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.55.6.547>
- CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, 687–691, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300020>.
- CARREIRO, S. V., MARTINS, R.; Caracterização dos Primeiros Surtos Psicóticos e Reavaliação após oito anos. **Revista Psilogos**, Amadora, v. 4, n. 2, 2008.

- CARVALHO, A. R. S. et al. Adaptação e validação de uma medida de adesão à terapia de anticoagulação oral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, 2010.
- CECHNICKI, A. et al. The predictive validity of expressed emotion (EE) in schizophrenia. A 20-year prospective study. **Journal of Psychiatric Research**, v. 47, n. 2, p. 208-214, 2013. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.10.004.
- CHALLIS, S. et al. Systematic meta-analysis of the risk factors for deliberate self-harm before and after treatment for first-episode psychosis. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 127(6):442-54, 2013. doi: 10.1111/acps.12074.
- CHERRY, M. G. et al. Guilt, shame and expressed emotion in carers of people with long-term mental health difficulties: A systematic review. **Psychiatry Research**, v. 249, p. 139-151, 2017. doi: 10.1016/j.psychres.2016.12.056.
- CLAXTON, M.; ONWUMERE, J.; FORNELLS-AMBROJO, M. Do Family Interventions Improve Outcomes in Early Psychosis? A Systematic Review and Meta-Analysis. **Frontiers in Psychology**. v. 8, 2017. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00371.
- COENTRE, R.; LEVY, P.; FIGUEIRA, M. L. Intervenção Precoce na Psicose: Primeiro Episódio Psicótico e Período Crítico [Early intervention in psychosis: first-episode psychosis and critical period]. **Acta Médica Portuguesa**, v. 24, n. 1, p. 117-126, 2011.
- COLIZZI, M. et al. Substance use, medication adherence and outcome one year following a first episode of psychosis. **Schizophrenia Research**, London, v. 170 n. 2-3, p. 311-317, 2016. doi: 10.1016/j.schres.2015.11.016.
- CONLEY, R. R. et al. The Burden of Depressive Symptoms in the Long-Term Treatment of Patients With Schizophrenia. **Schizophrenia Research**, London, v. 90, n. 1-3, p. 186–197, 2007. doi: 10.1016/j.schres.2006.09.027
- CONNOR, C. et al. Seeking help for first-episode psychosis: a family narrative. **Early Intervention in Psychiatry**, Melbourne, v. 10, n. 4, p. 334-45, 2016. doi: 10.1111/eip.12177.
- COTTON, S. M. et al. Coping strategies in carers of young people with a first episode of psychosis. **Schizophrenia Research**, London, v. 146(1-3), p. 118-24, 2013. doi: 10.1016/j.schres.2013.02.008.
- COTTON, S. M. et al. Depressive symptoms in first episode schizophrenia spectrum disorder. **Schizophrenia Research**, London, v. 134(1), p. 20-6, 2012. doi: 10.1016/j.schres.2011.08.018.
- CRIPPA, J. A. de S. et al. Roteiro de entrevista estruturada para a escala breve de avaliação psiquiátrica (SIG-BPRS). In: **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos, 2000.
- de LEON, J.; DIAZ, F. J. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. **Schizophrenia Research**, London, v. 76, p. 135-57, 2005.

- DEL-BEN, C. M. et al. Diagnóstico diferencial de primeiro episódio psicótico: importância da abordagem otimizada nas emergências psiquiátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, 2010.
- DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 2, n. 2, p. 81-100, 2001. <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862001000200006&lng=pt&nrm=iso>.
- DEL-VECCHIO, V. et al. The role of relatives in pathways to care of patients with a first episode of psychosis. **International Journal of Social Psychiatry**, London, v. 61, n. 7, p. 631–637, 2015. doi: 10.1177/0020764014568129
- DI FORTI, M.; et al. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. **The Lancet Psychiatry**, v. 6, n. 5, p. 427-436, 2019. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30048-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30048-3)
- DIXON, L. B.; HOLOSHITZ, Y.; NOSSEL, I. Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. **World Psychiatry**, v. 15 n. 1, p. 13-20, 2016. doi: 10.1002/wps.20306.
- ENDERAMI, A.; MONESI, F. S.; ZARGHAMI, M. One-Year Follow-Up of Patients with a Diagnosis of First Episode Psychosis. **Materia Sociomedica**, v. 29, n. 1, p. 21-25, 2017. doi: 10.5455/msm.2017.29.21-25.
- FARIA, H. T. G. **Fatores associados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa** (Dissertação de Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008. 146 p.
- FERRI, C. P. et al. Validity and reliability of the Severity of Dependence Scale (SDS) in a Brazilian sample of drug users. **Drug and Alcohol Review**, v. 19, n. 4, p. 451-455, 2000. doi: 10.1080/713659418
- FLAUM, M. A.; ANDREASEN, N. C.; ARNDT, S. The Iowa prospective longitudinal study of recent-onset psychoses. **Schizophrenia Bulletin**, Oxford, v. 18, n. 3, p. 481-90, 1992. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/18.3.481>
- FOGLIA, E. et al. Cannabis use and adherence to antipsychotic medication: a systematic review and meta-analysis. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 9, p. 1-15, 2017. doi: 10.1017/S0033291717000046.
- GAEBEL, W.; ZIELASEK, J. Focus on psychosis. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 17, n. 1, p. 9–18, 2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4421906/>
- GEDDES J. et al. Prediction of outcome following a first episode schizophrenia: a follow-up study of Northwick Park first episode study subjects. **The British Journal of Psychiatry**, Cambridge, v. 165, p. 664-668, 1994.

- GONZÁLEZ-BLANCH, C. et al. Longitudinal relationship between expressed emotion and cannabis misuse in young people with first-episode psychosis. **European Psychiatry**, v. 30, p. 20–25, 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.07.002>
- GOSSOP, M. et al. The Severity of Dependence scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. **Addiction**, v. 90, p. 607-614, 1995. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1995.9056072.x>
- GOUVEA, E. S. et al. Primeiro episódio psicótico: atendimento de emergência. **Revista Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, n. 6, p. 16- 18, 2014.
- HADDEN, K. L. et al. Impact of comorbid cannabis use on outcome in first episode psychosis. **Early Intervention in Psychiatry**, Melbourne, v. 12, n. 5, p. 848-855, 2016. doi:10.1111/eip.12377.
- HAHN, B. The Potential of Cannabidiol Treatment for Cannabis Users With Recent-Onset Psychosis. **Schizophrenia Bulletin**, Oxford, v. 44, n. 1, p. 46-53, 2018. doi: 10.1093/schbul/sbx105.
- HASTRUP, L. H. et al. Determinants of duration of untreated psychosis among first-episode psychosis patients in Denmark: A nationwide register-based study. **Schizophrenia Research**, London, S0920-9964(17)30301-8, 2017. doi: 10.1016/j.schres.2017.05.026.
- HEIKKILA, J. et al. Expressed emotion is not associated with disorder severity in first episode mental disorder. **Psychiatry Research**, Shannon, v. 111, p. 155–165, 2002.
- HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, p.199-206, 2004. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000200039>
- HICKLING, L. M. et al. Tobacco smoking and its association with cognition in first episode psychosis patients. **Schizophrenia Research**, London, v. 192:269-273, 2018. doi: 10.1016/j.schres.2017.04.018.
- HIDES, L. et al. The reliability and validity of the Severity of Dependence Scale for detecting cannabis dependence in psychosis. **Addiction**, v. 102(1), p. 35–40, 2007. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01669.x
- HUI, C. L. et al. A 3-year retrospective cohort study of predictors of relapse in first-episode psychosis in Hong Kong. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 47, n. 8, p. 746–753, 2013. doi: 10.1177/0004867413487229
- HUGTENBURG, J. G.; TIMMERS, L.; ELDERS, P. J. M.; VERVLOET, M.; van DIJK, L. Definitions, variants, and causes of nonadherence with medication: a challenge for tailored interventions. **Patient Preference and Adherence**, v. 7; p. 675–682, 2013. doi: 10.2147/PPA.S29549.
- HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

- IVANOVIC, M.; VULETIC, Z.; BEBBINGTON, P. Expressed emotion in the families of patients with schizophrenia and its influence on the course of illness. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. v. 29, p. 61–65, 1994.
- JONGSMA, H. E. et al. Treated Incidence of Psychotic Disorders in the Multinational EU-GEI Study. **JAMA Psychiatry**. v. 75, n. 1, p. 36-46, 2018. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.3554.
- KANE, J. M.; KISHIMOTO, T.; CORRELL, C. U. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. **World Psychiatry**. v. 12, n. 3, p. 216-26, 2013. doi: 10.1002/wps.20060.
- KARSON, C. et al. Long-term outcomes of antipsychotic treatment in patients with first-episode schizophrenia: a systematic review. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**. v. 12, p. 57–67, 2016. doi: 10.2147/NDT.S96392
- KOUTRA, K. et al. Family functioning in families of first-episode psychosis patients as compared to chronic mentally ill patients and healthy controls. **Psychiatry Research**, Shannon, v. 30; 219, n. 3, p. 486-96, 2014. doi: 10.1016/j.psychres.2014.06.045
- KOUTRA, K. et al. Impaired family functioning in psychosis and its relevance to relapse: a two-year follow-up study. **Comprehensive Psychiatry** v. 62 p. 1–12, 2015. doi: 10.1016/j.comppsy.2015.06.00
- LECLERC, E. et al. Determinants of adherence to treatment in first-episode psychosis: a comprehensive review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 168-176, 2015. doi: 10.1590/1516-4446-2014-1539
- LEE, G.; BARROWCLOUGH, C.; LOBBAN, F. Positive affect in the family environment protects against relapse in first-episode psychosis. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 49, n. 3, p. 367–376, 2014. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0768-x>
- LEFF, J.; BROWN, G. Family and social factors in the course of schizophrenia. **The British Journal of Psychiatry**, Cambridge, v.130, p.417-418, 1977. <https://doi.org/10.1192/bjp.130.4.417>
- LLOYD-EVANS, B. et al. Initiatives to shorten duration of untreated psychosis: Systematic review. **The British Journal of Psychiatry**, Cambridge, v. 198, n. 4, p. 256–63, 2011. doi: 10.1192/bjp.bp.109.075622.
- LOUZÃ NETO, M. R. Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 45-46, 2000. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500015&lng=en&nrm=iso>.
- MARTINS, C.; LEMOS, A. I.; BEBBINGTON, P. E. A Portuguese/Brazilian study of Expressed Emotion. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 27, p. 22-27, 1992. <https://doi.org/10.1007/BF00788952>
- MCGINTY, J.; HAQUE, M. S.; UPTHEGROVE, R. Depression during first episode psychosis and subsequent suicide risk: A systematic review and meta-analysis of

longitudinal studies. **Schizophrenia Research**, London, v. 195, p. 58–66, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.09.040>

MENEGHELLI, A. et al. Expressed emotion in first-episode schizophrenia and in ultra high-risk patients: Results from the Programma2000 (Milan, Italy). **Psychiatry Research**, Shannon, v. 189, p. 331-338, 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.03.021>

MENEZES, P. R. et al. Incidence of first-contact psychosis in São Paulo, Brazil. **The British Journal of Psychiatry**, Cambridge, v. 191(51) p. s102-s106, 2007. doi: 10.1192/bjp.191.51.s102

MOLINE, R. A. et al. Family expressed emotion and relapse in schizophrenia in 24 urban American patients. **The American Journal of Psychiatry**, v. 142, n. 9, p. 1078-1081, 1985. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.142.9.1078>

MONTGOMERY, D. C.; PECK, E. A.; VINING, G. G. Introduction to Linear Regression Analysis, **Technometrics**, 2001. <https://doi.org/10.1198/tech.2007.s499>

MORISKY, D.E., GREEN L. W.; LEVINE, M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**. 1986; 24:67-74. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3945130>

MUÑOZ, R. F.; BEARDSLEE, W. R.; LEYKIN, Y. Major depression can be prevented. **American Psychologist**, v. 67, n. 4, p. 285-95, 2012. doi: 10.1037/a0027666.

O'DONOGHUE, B. et al. Neighbourhood characteristics and the incidence of first-episode psychosis and duration of untreated psychosis. **Psychological Medicine**, v. 46 n. 7, p. 1367–78, 2016. doi: 10.1017/S003329171500286X.

OKASHA, T. et al. Duration of untreated psychosis in an Egyptian sample: Sociodemographic and clinical variables. **International Journal of Social Psychiatry**, London, v. 62, n. 7, p. 661-671, 2016. doi: 10.1177/0020764016670429

ÖKSÜZ, E. et al. The Effects of Psychoeducation on the Expressed Emotion and Family Functioning of the Family Members in First-Episode Schizophrenia. **Community Mental Health Journal**. v. 53, n. 4, p. 464–473, 2017. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0086-y>

OLIVARES, J. M. et al. Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: a systematic literature review. **Annals of General Psychiatry**. [Internet].; v. 12(1):32, 2013. doi: 10.1186/1744-859X-12-32

OLUWOYE, O. et al. Impact of tobacco, alcohol and cannabis use on treatment outcomes among patients experiencing first episode psychosis: Data from the national RAISE-ETP study. **Early Intervention in Psychiatry**, Melbourne, v. 13, n.1, 142-146, 2019. doi: 10.1111/eip.12542.

PATEL, R. et al. Association of cannabis use with hospital admission and antipsychotic treatment failure in first episode psychosis: an observational study. **BMJ Open**, 2016; 6:e009888. doi:10.1136/bmjopen-2015-009888.

- PERIS, T. S.; MIKLOWITZ, D. J. Parental Expressed Emotion and Youth Psychopathology: New Directions for an Old Construct. **Child Psychiatry & Human Development**, v. 46(6), p. 863-73, 2015. doi: 10.1007/s10578-014-0526-7.
- PERKINS, D. O. et al. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. **American Journal of Psychiatry**, v. 162, n. 10, p. 1785-804, 2005. doi: 10.1176/appi.ajp.162.10.1785
- PFEIFFER, E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. **Journal of the American Geriatrics Society**. v. 23, n. 10, p. 433-41, 1975. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x>
- PHAROAH, F. et al. Family intervention for schizophrenia. **Cochrane Database Syst Rev**. 8;(12):CD000088, 2010. doi: 10.1002/14651858.CD000088.pub2
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.
- RAUNE, D.; KUIPERS, E.; BEBBINGTON, P. Expressed emotion at first episode psychosis: investigating a carer appraisal model. **The British Journal of Psychiatry**, Cambridge, v. 184, p. 321-326, 2004. doi: 10.1192/bjp.184.4.321
- ROBINSON, J. et al. Suicide attempt in first-episode psychosis: a 7.4-year follow-up study. **Schizophrenia Research**, London, v. 116(1):1-8, 2010. doi: 10.1016/j.schres.2009.10.009.
- RENWICK, L. et al. Depression and quality of life in first-episode psychosis. **Comprehensive Psychiatry**, v. 53, n. 5, p. 451-5, 2012. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.07.003.
- SABATÉ, E. What is adherence? In: Sabaté E, editor. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 17-19.
- SADATH, A. et al. Do stress and support matter for caring? The role of perceived stress and social support on expressed emotion of carers of persons with first episode psychosis. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 25, p. 163-168, 2017. doi: 10.1016/j.ajp.2016.10.023.
- SADIQ, S. et al. Expressed emotion and the course of schizophrenia in Pakistan. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 52, n. 5, p. 587-593, 2017. doi: 10.1007/s00127-017-1357-1.
- SAN, L. et al. Factors associated with relapse in patients with schizophrenia. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, v. 17, n 1, p. 2-9, 2013. doi: 10.3109/13651501.2012.687452.
- SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 31, 2011. <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/1643/1567.pdf>

- SCHOELER, T. et al. Poor medication adherence and risk of relapse associated with continued cannabis use in patients with first-episode psychosis: a prospective analysis. **Lancet Psychiatry**. V. 4, n. 8, p. 627-633, 2017. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30233-X.
- SCHOELER, T. et al. Effects of continuation, frequency, and type of cannabis use on relapse in the first 2 years after onset of psychosis: an observational study. **Lancet Psychiatry**. v. 3, p. 947-53, 2016. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30188-2
- SEDDON, J. L. et al. Cannabis Use Is Associated With Increased Psychotic Symptoms and Poorer Psychosocial Functioning in First-Episode Psychosis: A Report From the UK National EDEN Study. **Schizophrenia Bulletin**, Oxford, v. 42, n. 3, p. 619-25, 2016. doi: 10.1093/schbul/sbv154.
- SHRIVASTAVA, A. et al. Cannabis and psychosis: Neurobiology. **Indian Journal of Psychiatry**, v. 56(1): 8-16, 2014. doi: 10.4103/0019-5545.124708
- SILVA, E. K. B.; ROSA, L. C. S. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, 2014. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802014000200252&lng=en&nrm=iso
- SINGH, S. P.; HARLEY, K.; SUHAIL, K. Cultural Specificity of Emotional Overinvolvement: A Systematic Review. **Schizophrenia Bulletin**, Oxford, v. 39, n. 2, p. 449-463, 2013. doi: 10.1093/schbul/sbr170
- SINGH, S. P. et al. Determining the chronology and components of psychosis onset: The Nottingham Onset Schedule (NOS). **Schizophrenia Research**, London, v. 80, n. 1, p. 117-30, 2005. doi: 10.1016/j.schres.2005.04.018
- SOUAIBY, L.; GAILLARD, R.; KREBS, M. O. Duration of untreated psychosis: A state-of-the-art review and critical analysis [Article in French]. **L'Encéphale**. v. 42, n. 4, p. 361-366, 2016. doi: 10.1016/j.encep.2015.09.007.
- TAYLOR, D. M.; BARNES, T. R. E.; YOUNG, A. H. **The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry**, 13ed. Hoboken, NJ:Wiley-Blackwell, 2018.
- UPTHEGROVE, R. et al. The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 122, n. 3, p. 211-8, 2010. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01506.x.
- VENTRIGLIO, A. et al. Suicide in the Early Stage of Schizophrenia. **Frontiers in Psychiatry**, v. 27, n. 7, p. 116, 2016. doi: 10.3389/fpsyt.2016.00116.
- WADE, D. et al. Course of substance misuse and daily tobacco use in first-episode psychosis. **Schizophrenia Research**. London, v. 81(2-3), p. 145-50, 2006a. doi: 10.1016/j.schres.2005.09.010
- WADE, D. et al., Substance misuse in first-episode psychosis:15-month prospective follow-up study. **The British Journal of Psychiatry**, Cambridge, v. 189, n. 3, p. 229-234, 2006b. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.017236>

- WANNMACHER, L. Antipsicóticos atípicos: mais eficazes, mais seguros? Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados. **Organização Pan-Americana da Saúde [periódico na internet]**, v. 1, n. 12, 2004. http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=47-antipsicoticos-atipicos-mais-eficazes-mais-seguros-v-1-n-12-2004-7&category_slug=uso-razional-medicamentos-685&Itemid=965
- WEIBELL, M. A. et al. The Effect of Substance Use on 10-Year Outcome in First-Episode Psychosis. **Schizophrenia Bulletin**, Oxford, v. 43, n. 4; 2017, p. 843-851, 2017. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw179>
- WIEDEMANN, G. et al. The family questionnaire: development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. **Psychiatry Research**, Shannon, v. 109, p. 265-279, 2002. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(02\)00023-9](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(02)00023-9)
- WILKINSON, S. T.; RADHAKRISHNAN, R.; D'SOUZA, D. C. Impact of Cannabis Use on the Development of Psychotic Disorders. **Current Addiction Reports**, v. 1(2), p. 115–128, 2014. <https://doi.org/10.1007/s40429-014-0018-7>.
- WILKINSON, S. T. et al. Marijuana Legalization: Impact on Physicians and Public Health. **Annual Review of Medicine**, v. 67, p. 453-66, 2016. doi: 10.1146/annurev-med-050214-013454.
- WILLETTS, L. E.; LEFF, J. Expressed emotion and schizophrenia: the efficacy of a staff-training programme. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 26, p.1125-1133, 1997. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.00738.x>
- WINTON-BROWN, T. T. et al. Five-fold increased risk of relapse following breaks in antipsychotic treatment of first episode psychosis. **Schizophrenia Research**, London, v. 179, p. 50–56, 2017. doi: 10.1016/j.schres.2016.09.029
- WISDOM, J. P.; MANUEL, J. I. Prevalence of Substance Use in People With First-Episode Psychosis. **Journal of Dual Diagnosis**, v. 7(1-2), p. 39-49, 2011. doi: 10.1080/15504263.2011.569876
- WORLD HEALTH ORGANIZATION ASSIST WORKING GROUP [ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE]. The alcohol, Smoking and substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. **Addiction**, v. 97, p. 1183-1194, 2002. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x>
- YESUFU-UDECHUKU, A. et al. Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. **The British Journal of Psychiatry**, Cambridge, v. 206, n. 4, p. 268-274, 2015. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147561>
- ZABALA, A. et al. Cognitive performance and cigarette smoking in first-episode psychosis. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 259, n. 2, p. 65-71, 2009. doi: 10.1007/s00406-008-0835-6. Epub 2008 Jun 26.
- ZANETTI, A. C. G.; GIACON, B. C. C.; GALERA, S. A. F. Adaptação cultural do family questionnaire para avaliação da emoção expressada. **Revista Enfermagem**

UERJ, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 90-97, 2012. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a16.pdf>

ZANETTI, A. C. G. et al. Cultural adaptation and psychometric properties of the family questionnaire in a Brazilian sample of relatives of schizophrenia outpatients. **Journal of Clinical Nursing**, v. 22, n. 11-12, p. 1521-1530, 2013. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04351.x

ZANETTI, A. C. G. et al. Predictive Validity of the Brazilian Portuguese Version of the Family Questionnaire for Relapse in Patients With Schizophrenia. **Journal of Nursing Measurement**. v. 25, n. 3, p. 559-572, 2017. doi: 10.1891/1061-3749.25.3.559.

ZANETTI, A. C. G. et al. Expressed emotion and socio-demographic and clinical factors in families of Brazilian patients with schizophrenia. **International Journal of Social Psychiatry**, London, v. 65, n. 1, p. 56-63, 2018a. doi: 10.1177/0020764018815207.

ZANETTI, A. C. G. et al. Expressed emotion and family burden in relatives of patients in first-episode psychosis. **Archives of Psychiatric Nursing**. v. 32, n. 3, p. 390-395, 2018b. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.12.003>

ZUARDI, A.W. et al. Estudo da estrutura fatorial, fidedignidade e validade da tradução e adaptação para o português da escala de avaliação psiquiátrica breve (BPRS) modificada. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 63-68, 1994.

APÊNDICE A – Formulário: dados sócio-demográficos e clínicos

ENTREVISTA: Dados sócio-demográficos e clínicos		
Nº do Prontuário:		
Data entrevista: ____/____/____	1. Local: 1 () Serviço de saúde 2 () Residência do paciente	2. Data de nascimento familiar: ____/____/____
3. Sexo do familiar: 1. () Feminino 2. () Masculino	4. Escolaridade do familiar ____ anos de estudo	5. Situação conjugal do familiar: 1. () Nunca se casou/amasiou 2. () Separado (a) 3. () Casado/ amasiado (a) 4. () Viúvo (a)
6. Ocupação: _____ 1. () Aposentado (a) 2. () Afastado (a) 3. () Recebe benefício 4. () Trabalha 5. () Estudante 6. () Não trabalha e não recebe benefício	7. Renda familiar (em reais): _____	8. Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda familiar? _____ 9. Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar? _____
10. Vínculo com o paciente no PEP: 1 () Mãe 2 () Pai 3 () Irmão (a) 4 () Esposo (a) 5 () Filho (a) 6 () Outro (.....)	11. Tempo de convivência com o paciente: _____ (horas/dia)	12. Sexo do paciente: 1. () Feminino 2. () Masculino
13. Data de nascimento do paciente: ____/____/____	14. Escolaridade do paciente: ____ anos de estudo	15. Cor/Etnia do paciente: 1. () Branco(a) 2. () Pardo (a) 3. () Preto(a) 4. () Amarelo (a) 5. () Indígena
16. Ocupação do paciente: _____ 1. () Aposentado (a) 2. () Afastado (a) 3. () Recebe benefício 4. () Trabalha 5. () Estudante 6. () Não trabalha e não recebe benefício	17. Situação conjugal (paciente): 1. () Nunca se casou/amasiou 2. () Separado (a) 3. () Casado/ amasiado (a) 4. () Viúvo (a)	18. Início dos sintomas: ____/____/____ 19. Data do diagnóstico de PEP (primeiro contato com o serviço de saúde): ____/____/____ 20. DUP em semanas: _____
21. Data de início no APEP: ____/____/____	22. Diagnóstico médico referido pelo paciente e confirmado no prontuário: _____ _____ _____ _____ _____	23. Medicamentos em uso e dose: _____ _____ _____ _____ _____

APÊNDICE B – Roteiro para avaliação de recaídas

ENTREVISTA: Roteiro para avaliação de recaídas.		
Nº do Prontuário:		
Data de início de seguimento: ____/____/____	Data entrevista: ____/____/____	Local: 1. () Serviço de saúde 2. () Residência do paciente
Houve recaída: () SIM () NÃO	Local de atendimento no manejo da recaída: _____	Medicamentos antipsicóticos em uso /dosagem:

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Paciente)

WHO Collaborating Centre for
Nursing Research Development

UNIVERSITY OF SÃO PAULO AT RIBEIRÃO PRETO
COLLEGE OF NURSING

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Phone: 55 16 3602.3393 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Paciente

Meu nome é Amanda Heloisa Santana da Silva, sou enfermeira e aluna de pós-graduação, nível mestrado, vinculada ao Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, enfermeira e professora da EERP/USP.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “Recaídas de pacientes no primeiro episódio psicótico e fatores relacionados” que tem como objetivo avaliar a ocorrência de recaídas de pacientes no primeiro episódio psicótico e os fatores relacionados. Para isso, precisaremos nos encontrar mensalmente, durante o período de seis meses, para conversarmos no local e horário que for melhor para você, por exemplo, no ambulatório, ou na sua casa. Em qualquer um dos locais escolhidos, cuidaremos para que você possa falar em um lugar tranquilo e reservado para nossa conversa.

Caso aceite participar da pesquisa, neste primeiro encontro será necessário que você responda a um formulário que contém questões sobre seus dados sociodemográficos, como sua idade, situação conjugal, escolaridade, ocupação atual, renda familiar; e dados clínicos, como quando apresentou seu primeiro episódio de psicose, diagnóstico, medicamentos em uso, uso de álcool e outras drogas, e também, sobre o seu compromisso com o tratamento. Além disso, durante o período de seis meses, será necessária a realização de encontros mensais para acompanhamento da sua condição de saúde e aplicação de instrumentos que avaliam a ocorrência de recaídas. O tempo estimado de cada encontro é de mais ou menos 40 minutos. Também, serão obtidas informações sobre sua condição de saúde no seu prontuário do ambulatório. Todas as informações que nos disser serão mantidas sob nossa guarda e responsabilidade e também serão utilizadas somente para essa pesquisa. Assim, será garantido sigilo assegurando a sua privacidade quanto aos dados confidenciais

envolvidos na pesquisa e a garantia que será preservado o anonimato, isto é seu nome não constará nos instrumentos.

Esse estudo não trará benefícios diretos a você, porém como benefício indireto poderá fornecer dados importantes para melhorar o cuidado de enfermagem aos pacientes e familiares que lidam com parentes no primeiro episódio psicótico e desse modo, melhorar o tratamento. O risco da sua participação nessa pesquisa é a possibilidade de constrangimento e desconforto relacionados aos itens dos instrumentos. Para minimizar isso você poderá interromper a entrevista se houver algum incômodo e nós estaremos à disposição para conversar sobre qualquer assunto que causar constrangimentos ou desconfortos. Você não precisa responder perguntas que não queira. A sua participação na pesquisa é de caráter voluntário, ou seja, você pode decidir se quer ou não participar do estudo. Você pode também decidir parar de participar a qualquer momento, basta informar a pesquisadora. A decisão de não participar da pesquisa não afeta o seu tratamento no ambulatório. Você não terá gastos e não receberá dinheiro para participar da pesquisa. Você tem direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa, por parte da pesquisadora, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Se você concordar em participar, por favor, assine duas vias desse documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter a oportunidade de tirar suas dúvidas comigo. Você receberá uma via original assinada desse Termo assinada pelas pesquisadoras. Se tiver alguma dúvida, poderá nos perguntar ou entrar em contato conosco por meio do endereço ou telefone abaixo.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este CEP pelo telefone (16) 3315-9197, ou pelo endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto, SP, CEP: 14040-902. Horário de atendimento: de segunda à sexta-feira, em dias úteis, no horário das 10:00 às 12:00 e das 14:00 às 16:00. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3315-3408 ou nos procurar na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto, SP, CEP: 14040-902.

Agradecemos a sua colaboração.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__

Pesquisadoras responsáveis:

Amanda Heloisa Santana da Silva

E-mail: amanda.heloisa.silva@usp.br

Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

E-mail: carolzan@eerp.usp.br

Larissa Amorim de Freitas

E-mail: larissa.amorim.freitas@usp.br

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, que decidi por livre e espontânea vontade.

Eu, _____ aceito fazer parte desta pesquisa, contribuindo com a minha participação em um encontro inicial, para responder aos instrumentos, e em encontros mensais, durante o período de seis meses, para a avaliação de recaídas. Durante minha participação, sei que vou falar sobre meus dados sociodemográficos e clínicos, bem como sobre o compromisso com o meu tratamento. Estou ciente de que quando eu não quiser mais participar, eu posso desistir sem qualquer consequência para mim. Sei, também, que ao final desta pesquisa, o meu nome será mantido em segredo. Recebi uma via original deste documento, assinada pela pesquisadora responsável e sua orientadora, e tive a oportunidade de discuti-lo com, pelo menos, uma delas.

Nome do participante_____
Assinatura do participante_____
Data_____
Nome da pesquisadora_____
Assinatura da pesquisadora_____
Data

Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti
Pesquisadora Responsável/Orientadora

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Familiar)

WHO Collaborating Centre for
Nursing Research Development

UNIVERSITY OF SÃO PAULO AT RIBEIRÃO PRETO
COLLEGE OF NURSING

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Phone: 55 16 3602.3393 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Familiar

Meu nome é Amanda Heloisa Santana da Silva, sou enfermeira e aluna de pós-graduação, nível mestrado, vinculada ao Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, enfermeira e professora da EERP/USP.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “Recaídas de pacientes no primeiro episódio psicótico e fatores relacionados” que tem como objetivo avaliar a ocorrência de recaídas de pacientes no primeiro episódio psicótico e os fatores relacionados. Para isso, precisaremos nos encontrar mensalmente, durante o período de seis meses, para conversarmos no local e horário que for melhor para você, por exemplo, no ambulatório, ou na sua casa. Em qualquer um dos locais escolhidos, cuidaremos para que você possa falar em um lugar tranquilo e reservado para nossa conversa.

Caso aceite participar da pesquisa, neste primeiro encontro será necessário que você responda a um formulário que contém questões sobre seus dados sociodemográficos, como sua idade, situação conjugal, escolaridade, ocupação atual, renda familiar, e também, um instrumento sobre o seu ambiente familiar. Além disso, durante o período de seis meses, será necessária a realização de encontros mensais para acompanhamento da condição de saúde do seu familiar e avaliação a ocorrência de recaídas. O tempo estimado de cada encontro é de mais ou menos 40 minutos. Toda informação que você der será mantida em segredo, exceto quanto se tratar de assunto que o código profissional, de ética ou legal requer que seja comunicado. Por exemplo, se o paciente estiver envolvido em algum tipo de risco para ele, para algum membro da família, ou terceiros eu tenho a obrigação de falar com algum profissional do serviço sobre isto. Todas as informações que nos disser serão mantidas sob nossa guarda e responsabilidade e também serão utilizadas somente para essa pesquisa. Assim, será

garantido sigilo assegurando a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa e a garantia que será preservado o anonimato, isto é seu nome não constará nos instrumentos.

Esse estudo não trará benefícios diretos a você, porém como benefício indireto poderá fornecer dados importantes para melhorar o cuidado de enfermagem aos pacientes e familiares que lidam com parentes no primeiro episódio psicótico e desse modo, melhorar o tratamento. O risco da sua participação nessa pesquisa é a possibilidade de constrangimento e desconforto relacionados aos itens dos instrumentos. Para minimizar isso você poderá interromper a entrevista se houver algum incômodo e nós estaremos à disposição para conversar sobre qualquer assunto que causar constrangimentos ou desconfortos. Você não precisa responder perguntas que não queira. A sua participação na pesquisa é de caráter voluntário, ou seja, você pode decidir se quer ou não participar do estudo. Você pode também decidir parar de participar a qualquer momento, basta informar a pesquisadora. A decisão de não participar da pesquisa não afeta o tratamento de seu familiar no ambulatório. Você não terá gastos e não receberá dinheiro para participar da pesquisa. Você tem direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa, por parte da pesquisadora, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Se você concordar em participar, por favor, assine duas vias desse documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter a oportunidade de tirar suas dúvidas comigo. Você receberá uma via original assinada desse Termo assinada pelas pesquisadoras. Se tiver alguma dúvida, poderá nos perguntar ou entrar em contato conosco por meio do endereço ou telefone abaixo.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este CEP pelo telefone (16) 3315-9197, ou pelo endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto, SP, CEP: 14040-902. Horário de atendimento: de segunda à sexta-feira, em dias úteis, no horário das 10:00 às 12:00 e das 14:00 às 16:00. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3315-3408 ou nos procurar na Escola de

Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto, SP, CEP: 14040-902.

Agradecemos a sua colaboração.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201 ____

Pesquisadoras responsáveis:

Amanda Heloisa Santana da Silva

E-mail: amanda.heloisa.silva@usp.br

Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

E-mail: carolzan@erp.usp.br

Larissa Amorim de Freitas

E-mail: larissa.amorim.freitas@usp.br

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, que decidi por livre e espontânea vontade.

Eu, _____ aceito fazer parte desta pesquisa, contribuindo com a minha participação em um encontro inicial, para responder aos instrumentos, e em encontros mensais, durante o período de seis meses, para a avaliação de recaídas do meu familiar. Durante minha participação, sei que vou falar sobre meus dados sociodemográficos e meu ambiente familiar. Estou ciente de que quando eu não quiser mais participar, eu posso desistir sem qualquer consequência para mim. Sei, também, que ao final desta pesquisa, o meu nome será mantido em segredo. Recebi uma via original deste documento, assinada pela pesquisadora responsável e sua orientadora, e tive a oportunidade de discuti-lo com, pelo menos, uma delas.

Nome do participante

Assinatura do participante

Data

Nome da pesquisadora

Assinatura da pesquisadora

Data

Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti
Pesquisadora Responsável/Orientadora

APÊNDICE E – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Paciente Adolescente)

WHO Collaborating Centre for
Nursing Research Development

UNIVERSITY OF SÃO PAULO AT RIBEIRÃO PRETO
COLLEGE OF NURSING

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Phone: 55 16 3602.3393 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

TERMO DE ASSENTIMENTO - Paciente adolescente

Meu nome é Amanda Heloisa Santana da Silva, sou enfermeira e aluna de pós-graduação, nível mestrado, vinculada ao Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, enfermeira e professora da EERP/USP.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “Recaídas de pacientes no primeiro episódio psicótico e fatores relacionados” que tem como objetivo avaliar a ocorrência de recaídas de pacientes no primeiro episódio psicótico e os fatores relacionados. Para isso, precisaremos nos encontrar mensalmente, durante o período de seis meses, para conversarmos no local e horário que for melhor para você, por exemplo, no ambulatório, ou na sua casa. Em qualquer um dos locais escolhidos, cuidaremos para que você possa falar em um lugar tranquilo e reservado para nossa conversa.

Caso aceite participar da pesquisa, neste primeiro encontro será necessário que você responda a um formulário que contém questões sobre seus dados sociodemográficos, como sua idade e escolaridade; e dados clínicos, como quando apresentou seu primeiro episódio de psicose, diagnóstico, medicamentos em uso, uso de álcool e outras drogas, e também, sobre o seu compromisso com o tratamento. Além disso, durante o período de seis meses, será necessária a realização de encontros mensais para a aplicação de instrumentos que avaliam a ocorrência de recaídas psiquiátricas. O tempo estimado de cada encontro é de mais ou menos 40 minutos. Também, serão obtidas informações sobre sua condição de saúde no seu prontuário do ambulatório. Todas as informações que nos disser serão mantidas sob nossa guarda e responsabilidade e também serão utilizadas somente para essa pesquisa. Assim, será garantido sigilo assegurando a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa e a garantia que será preservado o anonimato, isto é seu nome não constará nos instrumentos.

Esse estudo não trará benefícios diretos a você, porém como benefício indireto poderá fornecer dados importantes para melhorar o cuidado de enfermagem aos pacientes e familiares que lidam com parentes no primeiro episódio psicótico e desse modo, melhorar o tratamento. O risco da sua participação nessa pesquisa é a possibilidade de constrangimento e desconforto relacionados aos itens dos instrumentos. Para minimizar isso você poderá interromper a entrevista se houver algum incômodo e nós estaremos à disposição para conversar sobre qualquer assunto que causar constrangimentos ou desconfortos. Você não precisa responder perguntas que não queira. A sua participação na pesquisa é de caráter voluntário, ou seja, você pode decidir se quer ou não participar do estudo. Você pode também decidir parar de participar a qualquer momento, basta informar a pesquisadora. A decisão de não participar da pesquisa não afeta o seu tratamento no ambulatório. Você não terá gastos e não receberá dinheiro para participar da pesquisa. Você tem direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa, por parte da pesquisadora, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Se você concordar em participar, por favor, assine duas vias desse documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter a oportunidade de tirar suas dúvidas comigo. Você receberá uma via original assinada desse Termo assinada pelas pesquisadoras. Nos casos de dúvidas você deverá falar com seu responsável, para que ele procure as pesquisadoras, a fim de resolver seu problema.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este CEP pelo telefone (16) 3315-9197, ou pelo endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto, SP, CEP: 14040-902. Horário de atendimento: de segunda à sexta-feira, em dias úteis, no horário das 10:00 às 12:00 e das 14:00 às 16:00. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3315-3408 ou nos procurar na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto, SP, CEP: 14040-902.

Agradecemos a sua colaboração.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201____

Pesquisadoras responsáveis:

Amanda Heloisa Santana da Silva

E-mail: amanda.heloisa.silva@usp.br

Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

E-mail: carolzan@eerp.usp.br

Larissa Amorim de Freitas

E-mail: larissa.amorim.freitas@usp.br

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, que decidi por livre e espontânea vontade.

Eu, _____ aceito fazer parte desta pesquisa, contribuindo com a minha participação em um encontro inicial, para responder aos instrumentos, e em encontros mensais, durante o período de seis meses, para a avaliação de recaídas. Durante minha participação, sei que vou falar sobre meus dados sociodemográficos e clínicos, bem como sobre o compromisso com o meu tratamento. Estou ciente de que quando eu não quiser mais participar, eu posso desistir sem qualquer consequência para mim. Sei, também, que ao final desta pesquisa, o meu nome será mantido em segredo. Recebi uma via original deste documento, assinada pela pesquisadora responsável e sua orientadora, e tive a oportunidade de discuti-lo com, pelo menos, uma delas.

Nome do adolescente

Assinatura do adolescente

Data

Nome da pesquisadora

Assinatura da pesquisadora

Data

Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

Pesquisadora Responsável/Orientadora

APÊNDICE F – Termo de Responsabilidade Legal

WHO Collaborating Centre for
Nursing Research Development

UNIVERSITY OF SÃO PAULO AT RIBEIRÃO PRETO
COLLEGE OF NURSING

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Phone: 55 16 3602.3393 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Responsável legal

Meu nome é Amanda Heloisa Santana da Silva, sou enfermeira e aluna de pós-graduação, nível mestrado, vinculada ao Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, enfermeira e professora da EERP/USP.

Gostaríamos de pedir a sua autorização para que o adolescente sob sua responsabilidade possa participar da pesquisa intitulada “Recaídas de pacientes no primeiro episódio psicótico e fatores relacionados” que tem como objetivo avaliar a ocorrência de recaídas de pacientes no primeiro episódio psicótico e os fatores relacionados. Para isso, precisaremos encontrar com você e com o adolescente mensalmente, durante o período de seis meses, para conversarmos no local e horário que for melhor para você, por exemplo, no ambulatório, ou na sua casa. Em qualquer um dos locais escolhidos, cuidaremos para que você possa falar em um lugar tranquilo e reservado para nossa conversa.

Neste primeiro encontro, nós precisamos que o adolescente responda a um formulário que contém questões sobre os dados sociodemográficos como sua idade e escolaridade; e dados clínicos, como quando apresentou seu primeiro episódio de psicose, diagnóstico, medicamentos em uso, uso de álcool e outras drogas e também, sobre o seu compromisso com o tratamento. Além disso, durante o período de seis meses, será necessária a realização de encontros mensais para o acompanhamento da condição de saúde do adolescente e aplicação de instrumentos que avaliam a ocorrência de recaídas psiquiátricas. O tempo estimado de cada encontro é de mais ou menos 40 minutos. Também, serão obtidas informações sobre a condição de saúde do adolescente no prontuário do ambulatório. Todas as informações que ele nos disser serão mantidas sob nossa guarda e responsabilidade e também serão utilizadas somente para essa pesquisa. Assim, será garantido sigilo assegurando a privacidade dele quanto aos dados

confidenciais envolvidos na pesquisa e a garantia que será preservado o anonimato, isto é o nome dele não constará nos instrumentos.

Esse estudo não trará benefícios diretos a ele, porém como benefício indireto poderá fornecer dados importantes para melhorar o cuidado de enfermagem aos pacientes e familiares que lidam com parentes no primeiro episódio psicótico e desse modo, melhorar o tratamento. O risco da participação nessa pesquisa é a possibilidade de constrangimento e desconforto relacionados aos itens dos instrumentos. Para minimizar isso ele poderá interromper a entrevista se houver algum incômodo e nós estaremos à disposição para conversar sobre qualquer assunto que causar constrangimentos ou desconfortos. O adolescente não precisa responder perguntas que não queira. A participação na pesquisa é de caráter voluntário, ou seja, ele pode decidir se quer ou não participar do estudo. Ele pode também decidir parar de participar a qualquer momento, basta informar a pesquisadora. A decisão de não participar da pesquisa não afeta o seu tratamento no ambulatório. Vocês não terão gastos e não receberão dinheiro para participar da pesquisa. O adolescente tem direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa, por parte da pesquisadora, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Se você concordar que o menor sob sua responsabilidade participe, por favor, assine duas vias desse documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter a oportunidade de tirar suas dúvidas comigo. Você receberá uma via original assinada desse Termo assinada pelas pesquisadoras. Se tiver alguma dúvida, poderá nos perguntar ou entrar em contato conosco por meio do endereço ou telefone abaixo.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este CEP pelo telefone (16) 3315-9197, ou pelo endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto, SP, CEP: 14040-902. Horário de atendimento: de segunda à sexta-feira, em dias úteis, no horário das 10:00 às 12:00 e das 14:00 às 16:00. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3315-3408 ou nos procurar na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto, SP, CEP: 14040-902.

Agradecemos a sua colaboração.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201 ____

Pesquisadoras responsáveis:

Amanda Heloisa Santana da Silva

E-mail: amanda.heloisa.silva@usp.br

Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

E-mail: carolzan@eerp.usp.br

Larissa Amorim de Freitas

E-mail: larissa.amorim.freitas@usp.br

Após ter conhecimento sobre como o adolescente sob minha responsabilidade poderá colaborar com esta pesquisa, concordo com a sua participação, que decidi por livre e espontânea vontade.

Eu, _____ aceito que o adolescente sob minha responsabilidade faça parte desta pesquisa, contribuindo com sua participação em um encontro inicial, para responder aos instrumentos, e em encontros mensais, durante o período de seis meses, para a avaliação de recaídas. Durante sua participação, sei que será conversado sobre os dados sociodemográficos e clínicos do adolescente, bem como sobre o seu compromisso com o tratamento. Estou ciente de que quando não quisermos mais participar, eu posso desistir sem qualquer consequência para o adolescente. Sei, também, que ao final desta pesquisa, o seu nome será mantido em segredo. Recebi uma via original deste documento, assinada pela pesquisadora responsável e sua orientadora, e tive a oportunidade de discuti-lo com, pelo menos, uma delas.

_____ Nome do responsável legal	_____ Assinatura do responsável legal	_____ Data
_____ Nome da pesquisadora	_____ Assinatura da pesquisadora	_____ Data

Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti
Pesquisadora Responsável/Orientadora

ANEXO A – QUESTIONÁRIO FAMILIAR (FQ)

Seu nome: _____ Idade: _____

Nome do(a) paciente: _____ Data: _____

A seguir está listada uma sequência de formas de comportamento, reações e pensamentos que podem surgir no convívio com o/a paciente.

Assinale em cada afirmação a frequência de sua reação em relação ao paciente. Não há respostas certas ou erradas. Assinale a primeira resposta que vier à sua cabeça. Preencha todos os itens e em cada afirmação assinale somente uma resposta.

		Muito raramente	Raramente	Quase Sempre	Sempre
1.	Por causa dele (a) eu não presto atenção o suficiente em mim mesmo(a)	☐	☐	☐	☐
2.	Eu tenho que pedir várias vezes para ele (a) fazer as coisas	☐	☐	☐	☐
3.	Eu penso no que poderá acontecer com ele (a)	☐	☐	☐	☐
4.	Ele (a) me deixa irritado (a)	☐	☐	☐	☐
5.	Eu penso muito sobre o que causou a doença dele (a)	☐	☐	☐	☐
6.	Eu preciso me esforçar para não criticá-lo (a)	☐	☐	☐	☐
7.	Eu não consigo dormir por causa dele (a)	☐	☐	☐	☐
8.	É difícil chegar a um acordo com ele (a)	☐	☐	☐	☐
9.	Quando algo nele (a) me irrita ou me deixa preocupado (a) eu guardo para mim	☐	☐	☐	☐
10.	Ele(a) não demonstra gratidão pelo que eu faço por ele (a)	☐	☐	☐	☐
11.	Por ele (a) coloco minhas necessidades em segundo plano	☐	☐	☐	☐
12.	Ele (a) me deixa nervoso (a)	☐	☐	☐	☐
13.	Eu me preocupo muito com ele (a)	☐	☐	☐	☐
14.	Algumas coisas ele (a) faz somente por desaforo	☐	☐	☐	☐
15.	Eu penso que eu mesmo (a) posso ficar doente	☐	☐	☐	☐
16.	Eu me irrita quando ele (a) pede coisas toda hora	☐	☐	☐	☐
17.	Ele (a) é muito importante na minha vida	☐	☐	☐	☐
18.	Eu preciso exigir a ele (a) que se comporte de outra maneira	☐	☐	☐	☐
19.	Deixo de fazer coisas importantes para ajudá-lo (a)	☐	☐	☐	☐
20.	Ele (a) me aborrece	☐	☐	☐	☐

Fonte: Versão em Português Final adaptada por Zanetti (2010) do instrumento FQ de Wiedemann et al. (2002)

ANEXO B – Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

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

<i>Sempre</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Com frequência</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

<i>Sempre</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Com frequência</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>

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

<i>Sempre</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Com frequência</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>

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

<i>Sempre</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Com frequência</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>

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

<i>Sempre</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Com frequência</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>

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

<i>Sempre</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Com frequência</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>

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

<i>Sempre</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Com frequência</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>

ANEXO C – Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

1 - Preocupações somáticas

Este item compreende a hipocondria. Os graus 1 e 2 da escala referem-se à hipocondria não delirante e os graus 3 e 4, a hipocondria delirante.

0. Atenção normal com a saúde física.
1. Grau mínimo ou duvidoso de preocupação excessiva com a saúde física.
2. O paciente expressa idéias de ter uma doença orgânica (por ex. câncer ou doença cardíaca), mas sem interpretações delirantes.
3. As queixas são bizarras (por ex. estar apodrecendo por dentro), mas pode-se conseguir que o paciente, por breves períodos, admita que esse não é o seu caso.
4. Está convencido, por ex., de que seus órgãos estão podres ou desaparecendo, ou de que vermes estão devorando seu cérebro. Nem por breves períodos se pode fazê-lo admitir que esse não é o seu caso.

2 - Ansiedade psíquica (nos últimos 3 dias)

Este item compreende tensão (central), irritabilidade, preocupação, insegurança, medo e apreensão, que se aproximam ao pavor subjugante. Frequentemente pode ser difícil distinguir entre a vivência da ansiedade do paciente (os fenômenos de ansiedade “psíquica” ou “central”) e as manifestações fisiológicas de ansiedade (periférica) que podem ser observadas, como tremor das mãos e sudorese. Muito importante, nesse item, é o relato do paciente de preocupação, insegurança, vivências de pavor, ou seja, de ansiedade psíquica “central”.

0. O paciente não se encontra nem mais nem menos inseguro ou irritável do que o habitual.
1. É duvidoso se o paciente está mais inseguro ou irritável do que o habitual.
2. A paciente expressa mais claramente estar em um estado de ansiedade, apreensão e irritabilidade, que pode achar difícil de controlar. Isso ocorre sem influir no dia-a-dia do paciente, porque a preocupação ainda diz respeito a questões pouco importantes.
3. A ansiedade ou insegurança é, às vezes, mais difícil de controlar porque a preocupação diz respeito a perdas ou danos importantes, que podem ocorrer no futuro. Por exemplo, a ansiedade pode ser vivenciada como pânico, ou seja, como pavor subjugante. Ocasionalmente essa ansiedade já interferiu no dia-a-dia do paciente.
4. A sensação de pavor está tão frequentemente presente que interfere acentuadamente no dia-a-dia do paciente.

3 - Retraimento emocional

Este item compreende a vivência introspectiva de contato emocional com o paciente **durante a entrevista**. Ele se contrapõe ao item 16 (afeto embotado ou inapropriado), que compreende o grau emocional com outras pessoas, avaliado, retrospectivamente durante os três dias precedentes.

0. Contato emocional normal.
1. Alguma (ou duvidosa) distância emocional.
2. Reações emocionais reduzidas, como, por exemplo, contato visual duvidoso.
3. Reações emocionais mais limitadas, como, por ex, contato visual ocasionalmente inadequado.
4. Quando o contato emocional está fortemente reduzido ou quase ausente, como por exemplo, quando evita contato visual.

4 - Desorganização conceitual (incoerência).

Este item compreende os distúrbios do processo de pensamento (forma), desde certa imprecisão na expressão verbal até produções verbais completamente desorganizadas.

0. Ausência de desorganização conceitual.

1. O pensamento é caracterizado por uma certa imprecisão, mas a fala não é gramaticalmente inusual.
2. Distúrbio moderado do pensamento. As palavras podem estar ligadas por meio de uma forma gramaticalmente inusual e particular (*pars pro toto*) e a informação parece “vazia”.
3. Acentuada desorganização conceitual. Ocasionalmente, torna-se difícil entender o paciente, podendo surgir neologismos ou bloqueio.
4. Desorganização conceitual extremamente grave. Apenas fragmentos da fala são compreensíveis.

5 - Autodepreciação e sentimentos de culpa.

Este item compreende a diminuição da autoestima, com sentimentos de culpa.

0. Ausência de autodepreciação e sentimento de culpa.
1. É duvidoso se sentimentos de culpa estão presentes, pois o paciente está apenas preocupado com o fato de que ele, durante a doença atual, seja um peso para a família ou os colegas, devido a sua reduzida capacidade de trabalho.
2. Autodepreciação ou sentimentos de culpa estão mais claramente presentes, pois o paciente está preocupado com incidentes do passado, anteriores ao episódio atual. Por exemplo, o paciente acusa-se de pequenas omissões ou falhas, de não ter cumprido com seu dever ou de haver prejudicado outras pessoas.
3. O paciente experimenta sentimentos de culpa mais graves. Ele pode afirmar que sente que seu sofrimento atual é algum tipo de punição. Assinale três, desde que o paciente possa perceber intelectualmente que sua opinião é infundada.
4. Os sentimentos de culpa são firmemente mantidos e resistem a qualquer argumentação, de modo que se convertam em ideias paranoides.

6 - Ansiedade somática (durante a entrevista).

Este item compreende os concomitantes fisiológicos da ansiedade que se manifestam durante a entrevista. Todos os estados subjetivos de ansiedade devem ser assinalados no item 2, e não aqui.

0. Quando o paciente não está nem mais nem menos propenso que o habitual a experimentar concomitantes somáticos de estados de ansiedade.
1. Quando o paciente ocasionalmente apresenta leves manifestações, como sintomas abdominais, sudorese ou tremores. Entretanto, a descrição desses sintomas é vaga e questionável.
2. Quando o paciente ocasionalmente apresenta sintomas abdominais, sudorese, tremores, etc. Os sinais e sintomas são claramente descritos, porém não são acentuados nem incapacitantes.
3. Os concomitantes emocionais dos estados subjetivos de ansiedade são acentuados e, às vezes, muito preocupantes.
4. Os concomitantes fisiológicos dos estados subjetivos de ansiedade são numerosos, persistentes e frequentemente incapacitantes.

7 - Distúrbios motores específicos

Este item compreende os graus variáveis de comportamento motor bizarro, que vai desde certa excentricidade na postura até a agitação catatônica severa.

0. Ausente.
1. Leve ou de presença duvidosa durante a entrevista.
2. Moderada. Presente durante a maior parte da entrevista.
3. Severa. Anormalidades motoras contínuas, podem ser interrompidas.
4. Extremamente severa. Anormalidades motoras persistentes e incontroláveis. Entrevista difícil.

8 - Autoestima exagerada

Este item compreende graus variáveis de exagero da autoestima, variando desde uma acentuada autoconfiança ou presunção, até os delírios de grandeza grotescos.

0. Autoestima normal.
1. Autoestima aumentada levemente ou de maneira duvidosa, como por ex.: ocasionalmente superestima suas próprias capacidades habituais.
2. Auto-estima moderadamente aumentada. Por exemplo, superestima mais constantemente suas próprias capacidades habituais ou insinua possuir capacidades incomuns.
3. Idéias acentuadamente irrealis, como por ex., de que tem habilidades, poderes ou conhecimentos (científicos, religiosos, etc.) extraordinários, mas pode, por breves períodos ser corrigido.
4. Idéias de grandeza que não podem ser corrigidas.

9 - Humor deprimido

Este item compreende tanto a comunicação verbal como a não verbal de tristeza, depressão, desânimo, desamparo, desesperança.

0. Humor neutro.
1. O paciente indica vagamente que está mais desanimado e deprimido que o habitual.
2. Quando o paciente está mais claramente preocupado com vivências desagradáveis, embora ainda não esteja se sentindo desamparado ou desesperado.
3. O paciente exibe sinais não verbais claros de depressão e/ou, as vezes, sente-se dominado pelo desamparo ou desesperança.
4. As observações do paciente sobre desânimo e desamparo, ou as suas manifestações não verbais dominam a entrevista, não sendo possível afastá-lo dessa temática.

10 - Hostilidade

Este item compreende o relato verbal do paciente de sentimentos ou ações hostis em relação a outras pessoas fora da entrevista. Trata-se de um julgamento retrospectivo dos **três dias precedentes**. Diferenciar do item 14 (falta de cooperação), que corresponde ao contato formal durante a entrevista.

0. Ausência de sinais de impaciência, irritabilidade ou hostilidade.
1. Esteve um pouco impaciente ou irritável, mas o controle foi mantido.
2. Esteve moderadamente impaciente ou irritável, mas tolerou as provocações.
3. Esteve verbalmente hostil, faz ameaças e quase chegou a ser fisicamente destrutivo, mas ainda pôde ser acalmado.
4. Extremamente hostil, com violência física manifesta. Fisicamente destrutivo.

11 - Desconfiança

Este item compreende a desconfiança, a suspeita ou as interpretações distorcidas, variando desde uma acentuada falta de confiança nos outros até os delírios de perseguição floridos.

0. Ausente.
1. Vagas ideias de referência. Tende a suspeitar que as outras pessoas estão falando ou rindo de si. Sente que “alguma coisa está ocorrendo”. Responde ao reassuramento; portanto, fica duvidoso se existem ideias de referência ou delírios.
2. Idéias de referência com delírios vagos, não sistematizados, de perseguição. “Alguém pode ter más intenções”. Isso é insinuado pela televisão ou pelos jornais. Ainda se trata de uma vivência do tipo “como se”.
3. Delírios com alguma sistematização. reassuramento difícil.
4. Delírios paranoides sistematizados, floridos, de perseguição. Correção impossível.

12 - Alucinações

Este item compreende as percepções sensoriais sem os estímulos externos correspondentes. As vivências alucinatórias devem ter ocorrido nos últimos **três dias** e, com exceção das alucinações hipnagógicas, não devem ter ocorrido durante os estados de turvação da consciência (*delirium*).

0. Ausente.

1. Em grau leve ou de presença duvidosa. Vivências alucinatórias hipinagógicas ou vivências alucinatórias elementares isoladas (ouvir sons, ver luzes).
2. Alucinações ocasionais, mas plenamente desenvolvidas (ouvir vozes, ver formas), que não afetam o comportamento.
3. Alucinações ocasionais que influenciam o comportamento.
4. Mais ou menos constantemente absorto(concentrado) em vivências alucinatórias.

13 - Retraimento psicomotor

Este item compreende a redução do nível de atividade psicomotora, que inclui a velocidade de associações e a capacidade para verbalizar os pensamentos. Os sintomas do retardo motor dizem respeito à postura, aos gestos e à expressão facial.

0. Atividade verbal normal, atividade motora normal, com expressão facial adequada.
1. Velocidade de conversação duvidosa ou levemente reduzida e expressão facial duvidosa ou levemente diminuída.
2. Velocidade de conversação claramente reduzida, com pausas; gestos reduzidos e movimentação lenta.
3. A entrevista é claramente prolongada devido às longas latências e respostas curtas; todos os movimentos estão muito lentos.
4. A entrevista não pode ser completada; o retardo se aproxima de (e inclui) estupor (paralisia).

14 - Falta de cooperação

Este item compreende a atitude e as respostas do paciente ao entrevistador e a situação da entrevista. Difere do item 10 (hostilidade) porque este compreende a falta de cooperação com outras pessoas durante os três dias precedentes à entrevista.

0. Atitude cooperativa natural.
1. Excessivamente formal e reservado na situação da entrevista. Responde um pouco resumidamente.
2. Resistência moderada. Responde evasivamente ou opõe-se a determinadas perguntas. Atitude acentuadamente hostil para com o entrevistador.
3. Resistência pronunciada. Responde inapropriadamente ou recusa-se a responder. Atitude abertamente hostil. Entrevista completa não é possível.
4. Entrevista impossível. O paciente recusa-se a permanecer na situação de entrevista.

15 - Conteúdo do pensamento incomum (conteúdo)

Este item diz respeito ao conteúdo da verbalização do paciente e não da organização da linguagem, que é assinalada no item quatro. O item refere-se às qualidades incomuns até os vários os vários níveis de ideias delirantes. Observe que os delírios de grandeza são assinalados no item 8 (autoestima exagerada), que os “delírios de culpa” são assinalados no item 5 e que os delírios de perseguição são assinalados no item 11 (desconfiança). Os delírios que apresentam interesse especial aqui são os delírios de controle, influência ou despersonalização, ciúme mórbido, delírios sexuais, delírios religiosos ou expansivos. Assinale apenas o grau de raridade do conteúdo expresso no pensamento, a importância que apresenta para o paciente ou a influência que exerce sobre o seu comportamento.

0. Ausente.
1. Grau leve ou presença duvidosa (por ex. ideias supervalorizadas).
2. Grau moderado (por ex. ideias com alguma qualidade delirante, mas ainda se constituindo em uma vivência do tipo “como se”).
3. Os delírios delimitam a maior parte do conteúdo do pensamento e ocasionalmente influenciam o comportamento.
4. Delírios subjugantes (dominantes) delimitam o conteúdo do pensamento e comportamento.

16 - Afeto embotado ou inapropriado

Este item compreende a diminuição da capacidade ou da motivação para sentir ou expressar as emoções normais, como tristeza, alegria, raiva. As emoções, manifestadas verbalmente e não verbalmente, são perceptivelmente inapropriadas à situação ou ao conteúdo do pensamento. Esse item compreende, assim, o retraimento emocional relativo às outras pessoas, durante os últimos **três dias** precedentes. Discriminar do item 3 (retraimento emocional), que diz respeito a vivência introspectiva do contato emocional durante a entrevista.

0. Reações e envolvimento apropriados.
1. Reações emocionais escassas ou questionavelmente inapropriadas. Por ex., menos desejo ou capacidade de estar em companhia de pessoas que conhece há mais ou menos tempo.
2. Afeto perceptivelmente embotado. Não apresenta necessidade ou capacidade de estabelecer contato mais íntimo com pessoas não pertencentes ao seu círculo familiar (companheiros de trabalho, outros pacientes, equipe terapêutica).
3. Emocionalmente indiferente e apático, mesmo em relação aos amigos íntimos e a família.
4. Emocionalmente ausente, ou então os afetos manifestados são grosseiramente inapropriados, sem qualquer motivação para o contato humano.

17 - Agitação psicomotora

Este item compreende o aumento no nível da atividade psicomotora.

0. Atividade motora normal. Expressão facial adequada e atividade verbal normal.
1. Atividade motora duvidosa ou levemente aumentada; por ex., expressão facial vívida ou certa loquacidade (falador).
2. Atividade motora moderadamente aumentada; por ex., gestos vívidos, grande loquacidade ou fala em voz alta e rapidamente.
3. Atividade motora claramente excessiva, movimentando-se durante a maior parte do tempo. Levanta-se uma ou várias vezes durante a entrevista. Fuga de ideias. Dificuldade para compreendê-lo.
4. Constante e incansavelmente ativo. Fala desintegrada. Comunicação significativa impossível.

18 - Desorientação e confusão

Este item compreende os graus de turvação da consciência, com redução ou perda de orientação no tempo e/ou quanto a dados pessoais.

0. O paciente está completamente orientado no tempo, no espaço e quanto aos dados pessoais.
1. O paciente ocasionalmente tem algumas dificuldades, mas pode corrigir espontaneamente sua afirmação sobre a orientação no tempo, e/ou no espaço, e/ou quanto aos dados pessoais.
2. O paciente apresenta falhas que não são corrigidas espontaneamente. Por ex., não sabe o dia da semana ou do mês, embora saiba o mês e o ano corretamente, e/ou tem dificuldades espaciais, embora esteja orientado na enfermaria (ou em sua casa), e/ou tem dificuldades para recordar nomes, embora saiba seu próprio nome.
3. O paciente está acentuadamente desorientado. Por exemplo, não sabe o mês e o ano corretamente, embora ainda se localize quanto a períodos significativos do ano (carnaval, festas juninas, natal), e/ou tem dificuldades para localizar o banheiro ou a sua cama sem auxílio, e/ou lembra seu próprio nome apenas por meio de alguma ajuda.
4. Está completamente desorientado no tempo e/ou no espaço, e/ou quanto aos dados pessoais.

ANEXO D – Entrevista Clínica Estruturada para Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica

Structured Interview Guide for the Brief Psychiatric Rating Scale – SIG (BPRS) – baseado em Rhoades e Overall (1988): adaptado por Crippa et al.

Observação: O entrevistador deve julgar as condições do paciente no momento da entrevista. Os itens 2 (ansiedade psíquica), 10 (hostilidade), 11 (desconfiança), 12 (alucinações), 15 (conteúdo do incomum do pensamento) e 16 (afeto embotado ou inapropriado) devem ser avaliados tomando-se por base as condições do paciente nos últimos três dias.

Contato inicial

ITEM DA BPRS	PERGUNTAS-GUIA
	Entrevista inicial
Orientação	Qual o seu nome completo? E sua idade? Onde você mora? Com quem você mora? Está trabalhando atualmente? (Já trabalhou anteriormente, em quê?)
Preocupação Somática	Como costuma estar sua saúde física (do corpo)? Como esteve sua saúde física no último ano? Você está preocupado com algum problema de saúde agora?
Orientação	Quanto tempo faz que você está aqui? Conte-me por que motivo você veio se tratar no ambulatório. Quando isso começou? O que aconteceu depois? Você pode me dizer que dia é hoje (dia da semana, mês, ano)?
Reentrevista	
Contato inicial	Como tem passado desde a nossa última conversa? O que o tem incomodado mais nos últimos dias? (Além disso, o que mais incomoda você?)
Orientação	Você pode me dizer que dia é hoje? (semana, mês, ano). Você pode me dizer o que tinha ontem no jantar?
Preocupação somática	Você está preocupado com algum problema de saúde agora?

Entrevista da BPRS	PERGUNTAS-GUIA
Orientação	Você tem conseguido se concentrar? Como está sua memória?
Ansiedade psíquica	Você está preocupado com alguma coisa? Você tem se sentido tenso ou ansioso a maior parte do tempo? (Quando se sente assim, você consegue saber o porquê? De que forma as suas ansiedades ou preocupações afetam o seu dia-a-dia? Existe algo que ajuda a melhorar esta preocupação?)

Sentimentos de culpa	Nos últimos dias, você tem se sentido um peso para a sua família ou colegas? Você tem se sentido culpado por alguma coisa feita no passado? Você acha que o que você está passando agora é um tipo de castigo? (Por que você acha isso?)
Humor deprimido	Como tem estado seu humor (alegre, triste, irritável)? Você acredita que pode melhorar? (Como esse sentimento tem afetado o seu dia-a-dia?)
Desconfiança*	Você tem tido a impressão de que as outras pessoas estão falando ou rindo de você? (De que forma você percebe isso?). Você tem achado que tem alguém com más intenções contra você ou se esforçando para lhe causar problemas? (Quem? Por quê? Como você sabe disso?)
Autoestima exagerada* (hostilidade)	Nos últimos dias, você tem se sentido com algum talento ou habilidade que a maioria das pessoas não tem? (Como você sabe disso?) Você acha que as pessoas têm tido inveja de você? Você tem acreditado que tenha alguma coisa importante para fazer no mundo? Nos últimos dias, você tem estado impaciente ou irritável com as outras pessoas? (Conseguiu manter o controle? Tolerou as provocações? Chegou a agredir alguém ou a quebrar objetos?)
Conteúdo Incomum do Pensamento* (preocupação somática)	Você tem acreditado que alguém ou alguma coisa fora de você esteja controlando seus pensamentos ou suas ações contra sua vontade? Você tem a impressão de que o rádio ou a televisão mandem mensagens para você? Você sente que alguma coisa incomum esteja acontecendo ou está para acontecer? Você sente que tem alguma coisa incomum acontecendo no seu corpo ou na cabeça?
Alucinações*	Você tem tido experiências incomuns, que a maioria das pessoas não tem? Você tem escutado coisas que as outras pessoas não podem ouvir? (Você estava acordado neste momento? O que você ouvia [barulhos, cochichos, vozes conversando com você ou conversando entre si]? Com que frequência? Interferem no seu dia-a-dia?) Você tem visto coisas que as outras pessoas não podem ver? (Você estava acordado neste momento? O que você via [luzes, formas, imagens]? Com que frequência? Interferem no seu dia-a-dia?)

* Item principal, pode avaliar outros

Encerramento

Estas eram as perguntas que eu precisava fazer. Tem alguma coisa que o senhor(a) acha importante dizer, que eu não perguntei, ou alguma coisa que gostaria de perguntar?

Observação

- Agitação psicomotora
- Retraimento psicomotor
- Falta de cooperação (durante a entrevista)
- Retraimento emocional (durante a entrevista)
- Desorganização conceitual
- Ansiedade somática (durante a entrevista)
- Distúrbios motores específicos

ANEXO E – *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)*, versão brasileira 5.0.0.

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?		→ NÃO	SIM	

A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

a	O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm$ 5% ao longo do mês, isto é, $\pm$ 3,5 Kg, para uma pessoa de 65 Kg)	NÃO	SIM	3
COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO				
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	9

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

NÃO	SIM *
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL	

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?	→
NÃO	SIM	10
b	Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse ?	NÃO	SIM	11

A5b É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE	

* SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A6d, A6e) NA PÁGINA 5

Anexo F – Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST/OMS)

Nome: _____ Registro _____

Entrevistador: _____ DATA: ____/____/____

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue:
Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc))	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. outras – especificar:

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> , você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de <i>((primeira droga, depois a segunda droga, etc...))</i> e não conseguiu?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

- **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)</i> ?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
------------	--------------------------	----------------------------------

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável

Uma vez por semana ou menos Ou menos de três dias seguidos	Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"
Mais do que uma vez por semana Ou mais do que três dias seguidos	Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME <u>SOMENTE</u> das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).

Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.

Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.

Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

ANEXO G – Escala de severidade da dependência de drogas (SDS)

Itens	0. Nunca ou quase nunca	1. Às vezes	2. Frequentemente	3. Sempre ou quase sempre
1. Você acha que o seu uso de (maconha) está fora de controle?				
2. Se faltar maconha, isso lhe deixa ansioso ou preocupado?				
3. Você se preocupa com o seu uso de maconha?				
4. Você gostaria de parar de usar maconha?				
5. Quão difícil você acha ficar sem maconha?	0. Não é difícil	1. Difícil	2. muito difícil	3. impossível

ANEXO H – Autorização

AUTORIZAÇÃO

Estou ciente da realização do projeto de pesquisa "Recaídas psiquiátricas de pacientes no primeiro episódio psicótico e fatores relacionados" das pesquisadoras Amanda Heloisa Santana da Silva e Ana Carolina Guidorizzi Zanetti nas dependências do Ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto como instituição coparticipante. Este projeto tem como objetivo avaliar a ocorrência de recaídas de pacientes no primeiro episódio psicótico e os fatores relacionados.

Ribeirão Preto, 09 de março de 2017

Profa. Associada Cristina Marta Del-Ben
Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento
da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Responsável pelo Ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico

Prof. Dr. João Pereira Leite
Chefe do Depto de Neurociências
e Ciências do Comportamento

ANEXO I – Comitê de Ética e Pesquisa da EERP/USP

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 135/2017, de 12.06.2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 228ª Reunião Ordinária, realizada em 07 de junho de 2017.

Protocolo CAAE: 68718617.5.0000.5393

Projeto: Recaídas de pacientes no primeiro episódio psicótico e fatores relacionados

Pesquisadores: Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

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. Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP