

KARINA DE BARROS PELLEGRINELLI

**Impacto da psicoeducação na recuperação
sintomática e funcional dos pacientes bipolares**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de mestre em Ciências

Área de concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Alberto Moreno

São Paulo

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Pellegrinelli, Karina de Barros

Impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional dos pacientes bipolares / Karina de Barros Pellegrinelli. -- São Paulo, 2010.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Psiquiatria.

Área de concentração: Psiquiatria.

Orientador: Ricardo Alberto Moreno.

Descritores: 1.Transtorno bipolar 2.Educação de pacientes como assunto
3.Psicoterapia 4.Qualidade de vida

USP/FM/SBD-502/10

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais, José Cleto Pellegrinelli e Inês de Paiva Barros Pellegrinelli, à minha irmã, Betina de Barros Pellegrinelli, ao meu esposo, Sérgio Delfim Marinho Guedes, e à minha filha, Giulia Pellegrinelli Guedes, pela cumplicidade, compreensão, amor, força e disponibilidade. Dedico também a cada um dos pacientes que participaram e contribuíram para o desenvolvimento deste estudo.

AGRADECIMENTOS

À psicóloga Mireia Roso, pela oportunidade do mestrado, por ter acreditado em mim e no meu trabalho e pelo exemplo de profissional que me deu em pequenas e grandes atitudes, sempre pronta para uma orientação ou esclarecer uma dúvida.

Ao Prof. Dr. Ricardo Alberto Moreno, por aceitar me orientar e pela oportunidade de crescimento e amadurecimento profissional e pessoal que me proporcionou.

Ao Dr. Luis Felipe de Oliveira Costa, pela parceria em montar as sessões dos grupos psicoeducacionais e pela disponibilidade em ajudar e trocar informações, o que tornou o trabalho mais rico e interessante.

À equipe de avaliadoras: Dra. Rosilda Antônio, psicóloga Mireia Roso, psicóloga Denise Petresco e psicóloga Daniele Moreira, que trabalharam com carinho, responsabilidade e dedicação.

À Daniele Moreira, por aceitar o convite de conduzir um grupo de psicoeducação e um placebo, e fazê-lo com tanto empenho e dedicação.

À estagiária Dayana Carvalho, pelo comprometimento, trabalho e dedicação à pesquisa.

À psicóloga e coordenadora da psicoterapia do GRUDA, Danielle Bio, por sua disponibilidade em ajudar, discutir e esclarecer diferentes assuntos da pesquisa.

Ao Dr. Frederico Navas Demétrio, pelas importantes conversas no corredor do ambulatório.

Ao Dr. Odeilton Tadeu Soares, pela disponibilidade, orientação e cumplicidade.

Ao Dr. André Cavalcanti, pelo encaminhamento e troca de informações dos pacientes.

Às secretárias do GRUDA, Eliane e Nayara, pelo apoio prestado.

À Prof. Dra. Marina Bandeira, do Laboratório de Saúde Mental da Universidade Federal de São João del-Rei, pela importante parceria.

Aos estagiários da Universidade Federal de São João del-Rei, Mário C. R. Andrade, Samir Mussi, Maíra D. de Azevedo, Kênia I. L. Silva, Lara Mascarenhas e, principalmente, Mirelle L. M. Carim, pelo interesse e dedicação a pesquisa.

Aos Drs. Rogério Muniz e Reinaldo Moreno e, principalmente, ao Dr. Henrique Alvarenga da Silva, pelo encaminhamento dos pacientes em São João del-Rei.

À FAPESP, pelo auxílio pesquisa concedido para realização desta pesquisa.

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso e Valéria Vilhena. 2ª ed. São Paulo:Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *Listo f Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas

Lista de Tabelas

Lista de Gráficos

Resumo

Summary

1	INTRODUÇÃO	1
2	JUSTIFICATIVAS PARA O ESTUDO.....	18
3	OBJETIVOS	20
	3.1 Objetivo Primário	21
	3.2 Objetivos Secundários	21
4	HIPÓTESE	22
5	MÉTODOS	24
	5.1 Critérios de inclusão.....	25
	5.2 Critérios de exclusão.....	25
	5.3 Sujeitos	26
	5.3.1 Grupo Experimental.....	26
	5.3.2 Grupo Controle	26
	5.4 Cálculo da amostra	27
	5.5 Instrumentos de avaliação	27
	5.6 Procedimentos	29
	5.6.1 Grupo experimental	32
	5.6.2 Grupo Controle	41
	5.7 Fluxograma	42
6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	43
7	RESULTADOS	46
8	DISCUSSÃO	67

9	CONCLUSÃO.....	73
10	ANEXOS	75
	Anexo A - Aprovação do Comitê de Ética	76
	Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	77
	Anexo C - Caderno de Escalas	80
	Anexo D - Folhas de Respostas	102
	Anexo E - Descrição das Técnicas de Relaxamento.....	104
	Anexo F - Apostila dos Psicoeducacionais.....	115
11	REFERÊNCIAS	147

LISTA DE ABREVIATURAS

AGF	Avaliação Global do Funcionamento
ANOVA	Análise de Variância
CAPS	Ambulatório do Centro de Atenção Psicossocial
CGI 1,2 e 3	<i>Clinical Global Impressions</i> itens 1, 2 e 3.
DSM-IV TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition</i>
EAS	Escala de Adequação Social
GC	Grupo Controle
GE	Grupo Experimental
GRUDA	Grupo de Estudo de Doenças Afetivas
HDRS	<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>
HC-FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IPQ	Instituto de Psiquiatria
PE	Psicoeducação
SCID	<i>Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TA, TB, TC, TD e TE	Tempo A (antes do tratamento), Tempo B (metade do tratamento), Tempo C (final do tratamento), Tempo D (6 meses de seguimento) e Tempo E (12 meses de seguimento).
TB	Transtorno Afetivo Bipolar
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TF	Terapia Focada na Família

TIRS	Terapia Interpessoal e do Ritmo Social
WHOQOL-bref	Escala de Qualidade de Vida – versão abreviada
YMRS	<i>Young Mania Rating Scale</i>

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resumo dos estudos de Perry e Van Gent.....	8
Tabela 2 - Revisão dos estudos controlados com PE.....	12
Tabela 3 - Variáveis sociodemográficas e marcadores de gravidade da doença	48
Tabela 4 - Medicação utilizada na admissão para o estudo	49
Tabela 5 - Estatística descritiva do domínio 1 da WHOQO	53
Tabela 6 - Estatística descritiva do domínio 2 da WHOQOL	53
Tabela 7 - Estatística descritiva do domínio 3 da WHOQOL	54
Tabela 8 - Estatística descritiva do domínio 4 da WHOQOL	54
Tabela 9 - Estatística descritiva do Total da WHOQOL	55
Tabela 10 - CGI 1 no Tempo A	57
Tabela 11 - CGI 1 no Tempo B	57
Tabela 12 - CGI 1 no Tempo C	58
Tabela 13 - CGI 1 no Tempo D	58
Tabela 14 - CGI 1 no Tempo E	59
Tabela 15 - CGI2 no tempo C	60
Tabela 16 - CGI 2 Tempo E	60
Tabela 17 - CGI 3 no tempo C	61
Tabela 18 - CGI 3 no Tempo E	61
Tabela 19 - AGF no Tempo A	62
Tabela 20 - AGF no Tempo B	62
Tabela 21 - AGF no Tempo C	63
Tabela 22 - AGF no Tempo D	63
Tabela 23 - AGF no Tempo E	64
Tabela 24 - <i>Dropout</i> de todo o estudo	65
Tabela 25 - Relação dos <i>dropouts</i> e suporte social e familiar.	71

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - As médias da HDRS ao longo do tempo.....	51
Gráfico 2 - As médias da YMRS ao longo do tempo.....	51
Gráfico 3 - Médias da SAS ao longo do tempo.....	52
Gráfico 4 - Escores da WHOQOL-bref, domínio 4 ao longo do tempo	56
Gráfico 5 - Curva de sobrevivência dos <i>dropouts</i>	66

RESUMO

Pellegrinelli KB. *Impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional dos pacientes bipolares* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010. 152p.

Introdução: Os objetivos do tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar (TB) foram além da recuperação sintomática, incluindo também a recuperação funcional, foco das abordagens psicossociais como a psicoeducação. **Objetivo:** Verificar o impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional dos pacientes bipolares. **Métodos:** Trata-se de um estudo randomizado controlado com 51 pacientes portadores de TB tipo I ou II, de acordo com os critérios do DSM-IV TR; em remissão, com pontuação ≤ 7 na escala HDRS – 17 itens e ≤ 6 na escala YMRS; em acompanhamento ambulatorial no GRUDA do IPq HC FMUSP, ou em acompanhamento psiquiátrico particular ou ainda no CAPS Del Rei – MG. A distribuição dos sujeitos nos grupos foi feita por meio de randomização estratificada, em que os sujeitos, primeiramente, foram divididos em blocos estratificados de acordo com gênero, faixa etária, número de episódios anteriores da doença, escolaridade e estado civil. Posteriormente, dentro de cada bloco, os sujeitos foram distribuídos nos grupos aleatoriamente, por meio do lançamento da moeda ao ar repetidas vezes, em que GE foi cara e GC coroa. Assim, foram formados dois grupos homogêneos, evitando-se tendências e favorecimentos. O grupo experimental foi composto de 29 pacientes que receberam, além do tratamento farmacológico, a intervenção psicoeducacional. O grupo controle foi composto de 22 pacientes que receberam, além do tratamento farmacológico, encontros “placebo”. Entende-se “placebo” por intervenção em relaxamento. Ambos os grupos tiveram 16 encontros, duas vezes por semana, com 90 minutos de duração. Os instrumentos de avaliação foram aplicados no início (TA), no meio (TB) e no fim do tratamento (TC), e no seguimento de seis (TD) e 12 meses (TE). As escalas utilizadas para avaliar a recuperação sintomática foram: HDRS para a depressão, e YMRS, para a mania. As escalas para avaliar a recuperação funcional foram: WHOQOL-Bref e Escala de Adequação Social-EAS. A melhora clínica global foi avaliada pela CGI. **Resultados:** HDRS aumentou de forma significativa ao longo do tempo ($p=0,002$), não houve diferença entre os grupos ($p=0,890$) e como a interação não foi significativa ($p=0,373$), o aumento foi equivalente entre os grupos; YMRS não alterou de forma significativa ao longo do tempo ($p=0,359$) e também não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,294$), as médias iniciaram baixas e mantiveram-se baixas; WHOQOL-Bref no domínio 4, houve uma tendência de diminuição das médias ao longo do tempo em ambos os grupos ($p=0,059$), apesar de não ter havido diferença significativa entre os grupos ($p=0,175$), parece haver uma tendência ($p=0,084$) do GE diminuir mais do que o GC; e EAS aumentou de forma significativa ao longo do tempo ($p=0,044$), não houve diferença entre os grupos ($p=0,167$) e, como a

interação não foi significativa ($p=0,410$), o aumento foi equivalente nos dois grupos. CGI após o término do tratamento: 92,5% da PE e 78,2% do GC apresentaram melhora clínica global; após um ano, foram: 87,5% da PE e 75,1% do GC. **Conclusão:** Os resultados mostraram que a PE tendeu a impactar positivamente no bem estar do indivíduo em seu meio ambiente; promoveu uma melhora clínica global maior em todos os tempos avaliados com relação ao controle e essa melhora foi mantida em um ano; PE e controle mantiveram a recuperação sintomática maníaca. Apesar disso, a PE não protegeu de recaídas depressivas e de piora da adequação social. Portanto, a PE mostrou-se eficaz no bem-estar do paciente em seu meio ambiente, na melhora clínica global e na proteção de recaídas maníacas.

Descritores: 1.Bipolar 2.Psicoeducação 3.Recuperação sintomática
4.Recuperação funcional 5.Abordagem psicossocial

SUMMARY

Pellegrinelli KB. *Impact of Psychoeducation in Symptomatic and Functional Recovery in Bipolar Patients* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2010. 152p.

Introduction: The goals of treatment of bipolar affective disorder (BD) expanded beyond symptomatic recovery, also including functional recovery, the focus of psychosocial approaches as psychoeducation. **Objective:** To investigate the impact of psychoeducation (PE) in the symptomatic and functional recovery in bipolar patients. **Methods:** This is a randomized controlled trial with 51 patients with BD type I or II, according to the DSM-IV TR; in remission (score ≤ 7 on the HDRS - 17 items and ≤ 6 on the YMRS); in outpatient in the GRUDA IPq HC FMUSP, or in psychiatric care in private or CAPS Del Rei - MG. The distribution of subjects in the groups was made by stratified randomization, the subjects first were divided into blocks stratified by gender, age, number of previous episodes of illness, education and marital status. Subsequently, within each block, subjects were randomly divided into two groups, through the launch of the coin again and again, in which experimental group (EG) was expensive and control group (CG) crown. Thus were formed two homogeneous groups, avoiding trends and favors. The EG consisted of 29 patients who received, in addition to pharmacological treatment, the psychoeducational intervention. The CG consisted of 22 patients who received, in addition to pharmacological treatment, meetings "placebo". Both groups had 16 meetings, twice a week with 90 minutes. The assessment instruments were applied at the beginning (TA), in the middle (TB) and at the end of treatment (TC), and following six (TD) and 12 months (TE). The scales used to assess symptomatic recovery were: HDRS for depression, and YMRS for mania. Scales to assess functional recovery were WHOQOL-Bref and the Social Adjustment Scale-EAS. Clinical improvement was assessed by the CGI. **Results:** HDRS increased significantly over time ($p = 0.002$), no difference between groups ($p = 0.890$) and the interaction was not significant ($p = 0.373$), the increase was equivalent between groups; YMRS not change significantly over time ($p = 0.359$) and there was no significant difference between groups ($p = 0.294$), the averages started lower and remained low; WHOQOL-Bref in 4, there was a trend decrease in mean over time in both groups ($p = 0.059$), although there was no significant difference between groups ($p = 0.175$), there seems to be a trend ($p = 0.084$) lower in the EG than the CG, and EAS has increased significantly over time ($p = 0.044$), no difference between groups ($p = 0.167$), and the interaction was not significant ($p = 0.410$), the increase was equivalent in both groups. CGI after the end of treatment: 92.5% for PE and 78.2% of the control group showed clinical improvement overall, after one year were 87.5% for PE and 75.1% of GC. **Conclusion:** The results showed that the PE has tended to impact positively on the welfare of individuals in their environment, promoted a greater overall clinical improvement at all

times evaluated than control and this improvement was maintained at one year. EG and CG maintained recovery symptomatic manic. Nevertheless, the PE did not protect depressive relapses and worsening of social adequacy. Therefore, the PE was effective in well-being of the patient in his environment, the global clinical improvement and protection of manic relapses.

Descriptors: 1.Bipolar 2.Psychoeducation 3.Symptomatic recovery
4.Functional recovery 5.Psychosocial approach

1 INTRODUÇÃO

Uma importante mudança de paradigma no tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar (TB) começou há poucos anos quando ficou evidente o impacto da doença na qualidade de vida e no funcionamento social, ocupacional e cognitivo dos seus portadores. Esse fato ampliou o objetivo do tratamento para além da recuperação sintomática, prioridade da farmacoterapia, valorizando também a recuperação funcional, prioridade das abordagens psicossociais. Pesquisas bem estruturadas têm sido promovidas mostrando a eficácia de intervenções psicossociais e educativas que tem esse objetivo (Colom e Vieta, 2004b).

Quando se fala na eficácia das intervenções psicológicas no tratamento do TB, a literatura mostra que estas não são eficazes nas fases agudas de mania, hipomania ou mista, mas são eficazes tanto na fase depressiva quanto no tratamento de manutenção, especialmente na melhora do funcionamento social, interpessoal e ocupacional (Colom e Vieta, 2004a). A revisão recente feita por Miklowitz (2008) investigou quais intervenções de psicoterapia são mais eficazes para diferentes pacientes em diferentes fases e chegou a resultados interessantes. A TCC e a PE de grupo mostraram mais eficácia quando iniciadas no período de recuperação. A TF e a TCC seriam mais eficazes na depressão do que na mania. Dados importantes foram encontrados na PE individual e *systematic care*, que seriam mais eficazes na mania do que na depressão. A TF e a TIRS mostraram-se mais

eficazes na prevenção de recorrência após episódio agudo. Os tratamentos que enfatizam adesão à medicação e reconhecimento precoce dos sintomas têm efeitos mais fortes na mania. Os tratamentos cognitivo e interpessoal, assim como estratégias de *coping*, têm efeitos mais fortes na depressão. Concluiu-se que a psicoterapia, como adjuvante, melhora o desfecho sintomático e funcional do TB durante um período de dois anos. De qualquer forma, a disfunção cognitiva na mania e na depressão pode ser um sério problema para o engajamento do paciente no tratamento psicológico e na obtenção de bons resultados e por isso deve ser levada em consideração na hora da escolha da intervenção mais adequada para cada caso (Colom e Vieta, 2004a).

A utilidade da intervenção psicológica para melhorar os resultados do tratamento é agora inquestionável, especialmente para os pacientes que têm atingido certo grau de remissão de sintomas agudos. A tendência das diretrizes de tratamento é promover o uso regular de intervenções psicológicas pelos clínicos. Essa abordagem integrativa de tratamento, incluindo a intervenção psiquiátrica e psicológica especializadas, pode tornar-se um pré-requisito ao invés de apenas uma opção (Colom e Vieta, 2004a; Miklowitz, 2008). A revisão recente de Fountoulakis e Vieta (2008) levantou os tratamentos mais eficazes no TB e a melhor intervenção psicossocial (de 1ª linha) baseada em evidências: a PE de grupo e focada na família.

A PE tem respostas semelhantes às demais intervenções psicológicas testadas (TF, TCC e TIRS), mas tem as seguintes vantagens

com relação às outras: abrange um número maior de beneficiados, tem baixo custo, é de fácil aplicação (Roso et al., 2005), além disso, não existem restrições quanto à sua utilização junto com outra intervenção psicológica desde que sejam compatíveis.

A PE é um componente essencial do tratamento combinado do TB, como é demonstrado pelo fato de que toda a intervenção psicológica testada com sucesso (Perry et al., 1999, Colom e Vieta, 2004a) contém elementos psicoeducativos clássicos, tais como: melhorar o discernimento (*insight*) sobre a doença, lidar com a estigmatização, melhorar a adesão ao tratamento, ensinar o paciente e a família a identificarem os sinais prodrômicos precoces, promover hábitos saudáveis e a regularidade no estilo de vida e evitar o abuso de substâncias (Colom e Vieta, 2004b). Além disso, a psicoeducação é um instrumento potente para ajudar os pacientes a gerenciar o desespero, o medo e a baixa autoestima (Colom e Vieta, 2004b).

Intervenções psicoeducacionais são informações prestadas ao paciente, à família, aos amigos e aos demais conhecidos sobre o TB e seu tratamento. Visam instrumentalizar o paciente para compreender e lidar com a doença e suas consequências e, assim, permitir que colabore com o médico em prol do tratamento. Além disso, elas devem fornecer respaldo com relação ao impacto psicológico que, por ventura, essas informações possam causar (Colom e Vieta, 2006).

Qualidade de vida

Refere-se ao bem-estar individual em cada um dos domínios: ocupacional, emocional, social e funcionamento físico. A melhora na qualidade de vida indica a melhora funcional do paciente após uma determinada intervenção. Os pesquisadores têm se preocupado cada vez mais em avaliar a melhora funcional, além da sintomática, como medida de eficácia de diferentes intervenções (Michalak et al., 2005).

A definição de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde foi feita levando-se em consideração que esta fosse válida em qualquer lugar do mundo: "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1994). Além disso, o reconhecimento da sua multidimensionalidade refletiu-se na estrutura do instrumento (WHOQOL-100), que consta de 100 questões autopreenchíveis e permite uma avaliação individual baseada em seis domínios:

1. físico,
2. psicológico,
3. nível de independência,
4. relações sociais,
5. meio ambiente e
6. espiritualidade / religião / crenças pessoais.

Os itens avaliam o grau de satisfação do sujeito com relação à própria qualidade de vida, referente aos domínios citados, relativos às duas semanas anteriores à pesquisa. A coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil foi responsável pela tradução para a língua portuguesa e sua validação na versão abreviada – WHOQOL – ABREVIADO com 26 questões autopreenchíveis e quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Fleck et al., 1999).

Adequação social

É um dos fatores englobados no conceito de qualidade de vida, em que o desempenho do indivíduo é considerado adequado também quando está de acordo com os padrões de seu grupo de referência social, educacional, etário e cultural. Entre os instrumentos que avaliam ajuste social, destaca-se a Social Adjustment Scale – Self Report – SAS-SR. Essa escala consta de 42 questões autopreenchíveis e permite uma avaliação individual de sete áreas específicas:

1. trabalho,
2. vida social e lazer,
3. relação com a família,
4. relação marital,
5. relação com os filhos,
6. vida doméstica e
7. situação financeira.

Os itens avaliam aspectos do desempenho, a qualidade das relações interpessoais e os sentimentos e satisfações pessoais com relação às duas semanas anteriores à pesquisa. Foi traduzida para a língua portuguesa e validada pela Escala de Adequação Social – EAS (Freitas et al., 2002).

Revisão da literatura

Introduzidas por Miklowitz et al. (1996), as intervenções psicoeducacionais têm demonstrado bons resultados quando associadas à farmacoterapia como forma de aumentar a adesão ao tratamento, prevenir recaídas e auxiliar o paciente a lidar com os sintomas e prejuízos psicossociais causados pelo transtorno (González-Pinto et al., 2004; Colom et al., 2003a; Fristad et al., 2003; Miklowitz et al., 2003; Zaretsky, 2003).

Um estudo feito por Perry et al. em 1999 com 69 pacientes bipolares I e II, que tinham experimentado recaída nos 12 meses que antecederam o estudo, foram randomicamente distribuídos para receber tratamento clínico apenas e tratamento clínico mais 12 sessões individuais de PE. Os resultados após 14 meses de seguimento foram: o tempo para recaída maníaca aumentou e o número de episódios maníacos diminuiu nos pacientes que participaram da PE; e o número de recaídas depressivas foram iguais (tanto para PE quanto para controle) (Miklowitz, 2008). Já o estudo conduzido por Van Gent em 2000, na Holanda, com 41 pacientes

bipolares, observou que cinco sessões altamente estruturadas de PE com informação escrita aumentou a adesão dos pacientes ao tratamento com relação ao controle. Já o tempo de internação foi menor em ambos os grupos (Tabela 1) (Roso e Moreno,2008).

Tabela1 - Resumo dos estudos de Perry e Van Gent

Estudos	N	Duração da PE	Tipo de controle	Seguimento	Resultados
Perry et al. (1999) Reino Unido	69 Bipolares I e II	12 sessões Individuais	Rotina de cuidados	14 meses	↑tempo para recaída M ↓nº ep. M =recaídas D
Van Gent (2000) Holanda	41 Bipolares	5 sessões ↑estruturadas Com informações escritas	10 sessões em grupo sem informação escrita	3 anos	↑Adesão ↓Internação em ambos os grupos

O grupo catalão de Colom e Vieta realizou uma sequência de estudos interessantes (Tabela 2). O primeiro, feito em 2003 (Colom et al., 2003a), com 120 bipolares I e II estáveis, que foram randomicamente distribuídos entre Grupo de PE (GE) e Controle (GC- tratamento farmacológico mais encontros sem PE). Após o seguimento de dois anos, os resultados foram: aumento do tempo para recorrência de qualquer episódio do humor (maníaco, hipomaníaco, depressivo ou misto); diminuição do número de recaídas, do número de recorrência por paciente

e do número e tempo de internação por paciente dos que fizeram PE com relação ao controle; o tempo de internação entre os grupos foi igual; e a eficácia da PE foi além de um mero papel de apoio do grupo. Essa variável pode interferir seriamente nos resultados finais e foi controlada pelos procedimentos do GC. Isso mostra a importância de uma intervenção psicológica estruturada para pacientes bipolares (Colom et al., 2003a). No estudo publicado pelo mesmo grupo em 2009, foram colhidos dados desse mesmo estudo de 2003, após o seguimento de cinco anos, e os benefícios da PE foram mantidos: o número de recorrência foi menor, os dias de episódio também foram menores, assim como a média dos dias de internação por paciente (Colom et al., 2009b).

No segundo estudo (Colom et al., 2003b), foi feita uma subanálise do primeiro (Colom et al., 2003a), em que 50 pacientes bipolares do tipo I e com altíssima adesão à medicação foram avaliados. O objetivo desse segundo estudo foi verificar os benefícios adicionais da PE, já que a adesão à medicação era alta. Os resultados confirmaram que os efeitos benéficos da PE vão além de melhorar a adesão (Colom et al., 2003b; Roso e Moreno, 2008); também, aumentou-se o tempo para recorrência de qualquer episódio do humor e diminuiu-se o número de recaídas maníacas e depressivas.

O terceiro estudo dessa sequência (Colom et al., 2004c) foi também uma subanálise do primeiro (Colom et al., 2003a), realizada com 37 pacientes bipolares dos tipos I e II, eutímicos e com comorbidade com qualquer transtorno de personalidade (DSM-IV). O intuito foi avaliar se essa

população também se beneficiaria com a PE. Os resultados foram animadores: após dois anos de seguimento, 100% do GC tiveram recorrência contra 67% do GE, o tempo para recaída foi maior, a média do número total de recaídas maníacas e depressivas foi menor e o número de dias de internação foi menor no GE. O número de internações foi igual. Apesar de concluir que a PE pode ser útil para pacientes com comorbidade de eixo II e reforçar a necessidade de novos estudos com essa população (Colom et al., 2004c), desde então, esse estudo não foi replicado. É importante lembrar que se trata de pacientes que tendem à severidade e, portanto, com pior prognóstico.

Na mesma sequência, em 2009, o mesmo grupo publicou outra subanálise do primeiro estudo (Colom et al., 2003a), dessa vez com 20 pacientes bipolares tipo II. Os resultados após cinco anos de seguimento foram: 100% do GC tiveram recorrência contra 62,5% do GE, a média do número de episódios do humor foi menor, o número de dias em episódios foi menor e as médias de funcionamento foram melhores para o GE. Tanto o número de internações quanto o número de dias de internação foram iguais no GE e no GC. Apesar da amostra pequena e da necessidade de novos estudos com essa população, a PE parece ter eficácia para pacientes bipolares tipo II (Colom et al., 2009a).

Em 2007, um estudo de Miklowitz et al. com 293 bipolares I e II, em episódio agudo de depressão (esse é o diferencial deste estudo), apresentou os seguintes resultados após três meses de seguimento: a duração da crise depressiva foi menor no GE com 30 sessões e tanto o

funcionamento global quanto o interpessoal e a satisfação de vida foram melhores no GE. O tempo maior de tratamento psicoeducativo talvez aumente a generalização e a duração das mudanças comportamentais quando comparado a um programa de PE de curta duração (GC foi de três sessões). Esse estudo enfatizou os benefícios da PE nos pacientes bipolares em fase depressiva (Tabela 2).

No ano de 2009, um estudo piloto australiano (D'Souza et al., 2009) reuniu 58 pacientes bipolares um mês após a recaída. Eles foram distribuídos randomicamente entre PE (com companhia de um familiar ou amigo próximo) mais tratamento medicamentoso e apenas tratamento medicamentoso. Após 60 semanas, os resultados foram: diminuição do número e do tempo para recaída, diminuição dos sintomas de mania e melhora da adesão à medicação (Tabela 2).

Tabela 2 - Revisão dos estudos controlados com PE

Estudo/País	N	Condição para inclusão	Instrumentos	Randomizado	Duração da PE	Tipo de controle	Seguimento	Resultados
Colom et al. (2003a) Espanha	120 Bipolar I e II	Eutímicos (Por pelo menos 6 meses)	SCIDII YMRS HDRS Holmes and Rahe inventory for stressfull life events Registro: nº internações, razão, nº dias. Adesão: Entrevista com paciente, parente próximo ou cônjuge e concentração do estabilizador do humor no sangue	Sim	21 semanas	Tratamento farmacológico + Grupos não PE	2 anos	↑ tempo para recorrência D, M, H e EM. ↓ nº recaídas. ↓ nº recorr./pac. ↓ nº e tempo de intern./pac *após 6 meses de Seguimento, a média acumulada foi <. = tempo de intern. entre os grupos.
Colom et al. (2003b) Espanha	50 Bipolar I	↑ adesão ao trat. farm.	<i>Idem</i>	Sim	21 semanas	<i>Idem</i>	2 anos	↑ tempo para recorrência D, M, H e EM. ↓ nº recaídas M e D.

Continua...

Conclusão Tabela 2

Estudo/País	N	Condição para inclusão	Instrumentos	Randomizado	Duração da PE	Tipo de controle	Seguimento	Resultados
Colom et al. (2004c) Espanha	37	Bipolar I e II Eutímicos Qualquer Tr Personalidade (DSM-IV)	<i>Idem</i>	Sim	21 semanas	<i>Idem</i>	2 anos	100% GC recorr. 67% GE recorr. ↑ tempo para recaída ↓ média nº total recaídas, M e D. = nº internações. ↓ nº dias de int.
Colom et al. (2009a) Espanha	20	Bipolar II Eutímicos	Registro dias em episódios. Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)	Sim	21 semanas	<i>Idem</i>	5 anos	100% GC recorr. 62,5% GE recorr. ↓ média do nº de episódios do humor ↓ dias em episódios ↑ médias de funcionamento = nº internações = nº dias de int.
Colom et al. (2009b) Espanha	120	Bipolar I e II Eutímico	<i>Idem</i> (Colom et al. 2003a)	Sim	21 sessões PE dur. 6 meses	<i>Idem</i> (Colom et al. 2003a)	5 anos	↓ recorrências ↓ dias em episódios ↓ média de dias de internação/pac.
D'Souza et al. (2009) Austrália	58	Recentemente remitido (1 mês após recaída)	YMRS MADRS ARS (Adhence Scale)	Sim	12 sessões PE com companheiro (a)	TAU (treatment as usual)	60 semanas (1 ano e 4 meses)	↓ recaída ↑ tempo para recaída ↓ sintomas M ↑ adesão
STEP-BD Miklowitz et al. (2007) Estados Unidos	293	Bipolar I e II Em episódio agudo de D.	MADRS LIFE RIFT	Sim	30 sessões dur. 9 meses: TIRS TFF TCC	3 sessões de PE	3 meses	↓ duração da crise depressiva ↑ funcionamento global, interpessoal e satisfação de vida

O estudo de Michalak et al., em 2005, avaliou o impacto da psicoeducação na qualidade de vida dos pacientes bipolares que mantinham prejuízo na qualidade de vida mesmo quando clinicamente eutímicos. O estudo mostrou que o grupo psicoeducacional apresentou melhora significativa na qualidade de vida em comparação com o grupo que não recebeu a psicoeducação.

Dois estudos esclareceram a diferença entre melhora sintomática e recuperação funcional. Zaretsky (2003) e Keck et al. (1998) acompanharam, durante um ano, 134 pacientes bipolares tratados com estabilizadores de humor após episódio agudo de mania ou estado misto. Após um ano, 38% dos pacientes preencheram critério para recuperação sindrômica (ausência de qualquer critério do DSM-III por quatro semanas), mas somente 24% preencheram critério para recuperação sintomática ($YMRS \leq 5$ e $HDRS \leq 8$) ou funcional (habilidade de retomar o estado pré-mórbido de funcionamento). Tohen et al. (2003) acompanharam 166 pacientes com TB por quatro anos após a primeira internação por mania ou estado misto. Após dois anos, 98% tiveram recuperação sindrômica; 72%, sintomática; e apenas 43%, funcional (estado pré-mórbido de funcionamento ocupacional e residencial). No seguimento de quatro anos, houve diminuição das melhoras sindrômica (2%) e sintomática (28%) e a melhora funcional se manteve em 43%, mostrando ser uma recuperação mais consistente. Um estudo naturalístico anterior (Goldberg et al., 1995) já havia demonstrado que apenas 41% dos pacientes bipolares tiveram bom resultado global num seguimento de 4,5 anos. Os custos sociais e econômicos para pacientes e

sociedade foram profundos: 1/3 dos pacientes mostraram-se incapacitados para o trabalho seis meses após um episódio de mania e apenas 1/5 dos pacientes retornaram ao trabalho em seu nível de habilidade anterior. Além disso, foram significativos os altos índices de separação, deterioração das relações e das carreiras (Zaretsky, 2003). Não podemos negligenciar que mais de 50% dos pacientes bipolares I não se recuperam de um episódio agudo de mania após um ano e que apenas 25% atingem uma recuperação funcional completa (Miklowitz, 2008).

Uma recuperação funcional tão pobre explica o *ranking* recente do TB como a sexta condição de maior incapacitação global no *World Health Organization Global Burden of Disease* (Zaretsky, 2003). Fatores psicossociais, tais como personalidade, estilo cognitivo, presença de emoção expressa na família, eventos vitais estressantes e suporte emocional, parecem contribuir em 25 a 30% das alterações no curso da doença, influenciando a recuperação social e funcional desses pacientes e comprometendo sua qualidade de vida (Callahan e Bauer, 1999; Miklowitz, 2008).

Mesmo quando o paciente bipolar adere à medicação e a prevenção da recaída é feita, sintomas subsindrômicos e residuais, bem como a comorbidade com transtornos de personalidade, continuam a externar o grande peso na disfunção psicossocial, incluindo problemas com relações interpessoais, instabilidade ocupacional, estresse familiar, estigma e baixa autoestima (Zaretsky, 2003). Muitos pacientes bipolares têm sintomas subsindrômicos interepisódicos, associados a um alto risco de recaída e profunda disfunção psicossocial. Intervenções psicossociais têm impacto particular nos sintomas e

problemas prováveis de serem decisivos na redução da morbidade como os fatores psicossociais citados. O tratamento desses sintomas residuais objetiva atingir melhor recuperação funcional além do controle de sintomas e recaídas (Zaretsky, 2003; Bauer et al., 2001; Watson e Young, 2001; Zarate et al., 2000; Ferrier et al., 1999; Zubieta et al., 2001). As abordagens psicossociais, como a PE, têm impacto positivo nos sintomas e na qualidade de vida, como mostraram os estudos apresentados anteriormente (Colom et al., 2003a, 2003b, 2004, 2008 e 2009; Miklowitz et al., 2007; D'Souza et al., 2009; Michalak et al., 2005; Zatesky, 2003).

Os problemas metodológicos de pesquisas com intervenções psicossociais para bipolares são muitos: apenas 10% de 24 artigos foram randomizados (Zaretsky, 2003); a maioria dos estudos tem amostras pequenas e falha em especificar a medicação utilizada ou os níveis de aderência, bem como as medidas utilizadas para avaliar os resultados são inadequadas (Huxley et al., 2000). Há uma necessidade de estudos de larga escala com poder suficiente para testar a efetividade da abordagem psicoeducacional. Isso requer estudo randomizado controlado, usando uma metodologia diretamente relevante para sintomas bipolares (Jones, 2004). Assim, promover estudos no sentido de reduzir o impacto dessa doença incapacitante no funcionamento e no aproveitamento da vida tornou-se um alvo inevitável (Michalak et al., 2005).

Como clínicos, é nosso dever oferecer o melhor tratamento disponível para nossos pacientes. Por isso, todo esforço deve ser feito para implementar técnicas baseadas em evidências na nossa prática clínica

(Colom e Vieta, 2004). A proposta deste trabalho é testar a efetividade da abordagem psicoeducacional nos aspectos da recuperação sintomática e funcional no TB, por meio de um estudo randomizado, controlado, com metodologia específica para sintomas bipolares e medidas adequadas para avaliar os resultados.

2 JUSTIFICATIVAS PARA O ESTUDO

- a) Há necessidade de estudos randomizados, controlados, com metodologia específica para sintomas bipolares e medidas adequadas para avaliar os resultados, possibilitando, assim, uma análise mais coerente e consistente dos dados.

- b) Contribuir para o tratamento do transtorno bipolar, para que possamos oferecer aos pacientes o melhor tratamento disponível.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Primário

Verificar o impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional.

3.2 Objetivos Secundários

Verificar se há relação entre a recuperação sintomática e funcional e verificar o impacto da psicoeducação na adesão ao tratamento, no número de internações, no tempo para recaída e número de recaídas, assim como sua duração e intensidade.

4 HIPÓTESE

A psicoeducação tem um impacto positivo maior na recuperação sintomática e funcional dos pacientes bipolares ao longo do tempo com relação a um grupo sem psicoeducação.

5 MÉTODOS

5.1 Critérios de inclusão

- Homens e mulheres.
- Registro de episódios anteriores (mania, depressão e misto).
- Idade entre 18 e 65 anos.
- Diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar I ou II segundo DSM-IV (APA- 2003).
- Eufímico (pontuação ≤ 7 na escala de avaliação de depressão de Hamilton (HDRS - 17 itens) e pontuação ≤ 6 na escala de avaliação de mania de Young (YMRS).
- Termo de consentimento esclarecido e assinado.

5.2 Critérios de exclusão

- Transtorno de personalidade (de acordo com a avaliação médica).
- Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (de acordo com a Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV, SCID-I/P).
Qualquer outro problema que impossibilite o mínimo de compreensão

para o desenvolvimento do trabalho (de acordo com a avaliação médica), por exemplo:

- Transtornos mentais orgânicos ou surdez (de acordo com a avaliação médica).
- Retardo mental (IQ<70).
- Dependência ativa de substâncias psicoativas.
- Paciente que não aceita tratamento psicoeducativo ou que não concorda com procedimentos propostos.
- Pacientes que estejam registrados em qualquer estudo farmacológico.

5.3 Sujeitos

5.3.1 Grupo Experimental: 29 pacientes diagnosticados com TAB I ou II, em acompanhamento ambulatorial no GRUDA do IPq HC FMUSP, ou em acompanhamento psiquiátrico particular, ou ainda no CAPS Del Rei – MG, receberam, além do tratamento farmacológico, a psicoeducação.

5.3.2 Grupo Controle: 22 pacientes diagnosticados com TB I ou II, em acompanhamento ambulatorial no GRUDA do IPq HC FMUSP, ou em acompanhamento psiquiátrico particular, ou ainda no CAPS Del Rei – MG, receberam, além do tratamento farmacológico, encontros placebo. Entende-se placebo por intervenção em relaxamento.

5.4 Cálculo da amostra

Considerando que a técnica de relaxamento (utilizada nos encontros placebo) apresenta melhora sintomática em 50% dos pacientes e supondo que a psicoeducação apresenta melhora 20% maior do que essa (isto é, melhora em 70% dos pacientes), o tamanho da amostra necessário para garantir um poder de 80% ($1-\beta = 0,80$) e um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$) deve ser de pelo menos 93 indivíduos em cada grupo.

De maneira semelhante, para um estudo planejado com 27 pacientes em cada grupo, sendo que se espera observar uma melhora sintomática igual a 50% no grupo com técnica relaxamento e 85% no grupo com psicoeducação (35% maior) e considerando $\alpha = 0,05$, o poder do teste será de 80%. Essa foi a opção feita para este estudo por ter um poder razoável e uma amostra possível de ser obtido na prática.

5.5 Instrumentos de avaliação

- **Anamnese:** O diagnóstico foi realizado por psiquiatras e psicólogos treinados do GRUDA do IPq HC FMUSP, por meio da Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV – Edição para Pacientes – Versão 2.0 – SCID-I/P (Del-Bem et al., 2001; First et al., 1997).
- **Dados do prontuário e entrevista com o médico:** como auxiliar nas informações necessárias ao estudo. Por exemplo: número de episódios

anteriores ao início do estudo, número e duração de internações e número de dias de internação.

- **Escalas:**

1. Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão – HDRS (HAMILTON, 1960; WILLIAMS, 1988) – versão adaptada Blacker, 2000 (Gorenstein et al., 2000).
2. Escala de Young para Avaliação da Mania – YMRS (YOUNG, 1978; Vilela, 2000; Gorenstein et al., 2000).
3. Escala de Adequação Social – EAS – Social Adjustment Scale – Self Report (Weissman e Bothwell, 1976) – tradução coordenada por C. Gorenstein (Gorenstein et al., 1999).
4. Escala de Avaliação de Qualidade de Vida – World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref (WHOQOL – abreviado). Versão em português. Organização Mundial de Saúde. Divisão de Saúde Mental. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenação do Grupo WHOQOL no Brasil, 1998.
5. Escala de Avaliação Global do Funcionamento – AGF (DSM-IV, 1994).
6. Clinical Global Impressions Scale – CGI (Guy, 1976).

O tempo para primeiro episódio, o número de episódios e a intensidade de cada um foram registradas por meio das avaliações (critério para episódio depressivo: HAM-17 \geq 17; critério para episódio maníaco: YMRS \geq 20; para episódio hipomaníaco: YMRS \geq 12; para episódio misto: YMRS \geq 20 e HAM-17 \geq 12). A adesão ao tratamento foi medida por meio de

entrevista com o paciente, investigando se este toma a medicação prescrita, o grau de envolvimento e o interesse do paciente com o tratamento e sua frequência às consultas (vide Anexos D e E).

5.6 Procedimentos

Os 51 sujeitos foram procedentes de três origens diferentes: 38 (74,5%) ambulatoriais do GRUDA do Ipq HC FMUSP, oito (15,6%) consultórios psiquiátricos particulares em São João del-Rei – Minas Gerais – e cinco (9,9%) CAPS Del Rei – MG. Primeiramente, iniciei o processo de triagem pessoalmente no ambulatório do GRUDA, por meio do encaminhamento médico. Posteriormente, fiz um levantamento de todos os pacientes bipolares por meio do sistema de prontuários eletrônicos do IPq Hospital das Clínicas SIGH. Esses pacientes foram triados por mim ou pelas auxiliares de pesquisa do GRUDA (Dayana Carvalho e Daniele Moreira) treinadas por mim. Em São João del-Rei, fiz uma parceria com o Laboratório de Saúde Mental – Lapsam – da Universidade Federal de São João del-Rei, que, além de disponibilizar o espaço para a realização dos grupos, disponibilizou oito estagiários selecionados por mim, dos quais quatro foram treinados por mim para aplicação das escalas e os outros quatro para auxiliar na realização dos grupos. O CAPS Del Rei também disponibilizou os prontuários de seus pacientes para que eu pudesse entrar em contato com os pacientes que preenchessem os critérios para participarem do estudo. Fiz

contato com todos os psiquiatras da cidade (eram oito), divulgando a pesquisa e solicitando encaminhamento dos pacientes. Destes, três encaminharam seus pacientes (Drs. Henrique Alvarenga da Silva, Reinaldo Moreno e Rogério Muniz). A divulgação foi feita por mim também na mídia local (rádio, TV e jornal).

Nesse primeiro contato com o paciente (pré-triagem), conforme mostra o Anexo C – Caderno de Registro dos Pacientes, é feita uma seleção por meio dos passos da visita -2, quando é explicado do que se trata a pesquisa. Se houver acordo, o termo de consentimento é assinado (uma cópia é fornecida ao sujeito) e seus dados são preenchidos. O próximo passo é a realização da entrevista clínica estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica – feita por um psiquiatra ou psicólogo treinado, com a finalidade de confirmar o diagnóstico e verificar a adequação com os critérios de inclusão e exclusão. Uma semana antes de iniciar os grupos, é feita a primeira avaliação, com nossa equipe de avaliadoras cegas e treinadas, com todas as escalas previstas (Anexo D). Caso não haja estabilidade do humor ($HAM-17 \leq 7$ e $YMRS \leq 6$), é feita a exclusão do sujeito da pesquisa (conforme critério de inclusão), isso acontece tanto nessa avaliação que antecede o grupo como na do meio do grupo (oitava sessão). Nas avaliações posteriores, os dados são simplesmente registrados. Todas as folhas de respostas (Anexo E) são anexadas ao Caderno de Registro dos Pacientes logo após sua execução. Após a passagem pela triagem, esperei ter um número de pelo menos dez sujeitos para fazer a distribuição destes nos grupos.

Levei em consideração um conceito simples de randomização: “atribuição de um modo aleatório, de um doente a um grupo. O exemplo perfeito para este método é o da moeda: para um ensaio clínico randomizado com dois tratamentos, A e B, poder-se-ia lançar uma moeda ao ar repetidas vezes, onde A seria cara e B seria coroa” (Hulley et al., 1998). E de randomização estratificada que se faz necessária por ser preferível que os grupos de tratamento sejam similares: “dividir a amostra em estratos, de acordo com as variáveis de interesse. Dentro destes estratos são escolhidos aleatoriamente os indivíduos” (Hulley et al., 1998). Ciente de que a randomização é o método mais cientificamente rigoroso para validação de hipóteses e é considerado padrão ouro para avaliação da efetividade das intervenções, formei estratos (homogêneos entre si e diferentes entre os outros estratos) por meio do pareamento dos sujeitos de acordo com sexo, faixa etária, número de episódios anteriores da doença, escolaridade e estado civil, nessa ordem de prioridade. Dentro de cada estrato, fiz um sorteio (cara e coroa) para definir o grupo do sujeito e evitar tendências ou favorecimentos, formando, assim, dois grupos (experimental e controle) homogêneos.

Em São Paulo, foram feitos cinco grupos (cada grupo foi composto de dois grupos que aconteceram paralelamente: experimental e controle) com os pacientes ambulatoriais do GRUDA, dos quais um foi conduzido integralmente por mim e pelo Dr. Luis de O. Costa, psiquiatra que, em parceria comigo, montou os *slides* com as sessões psicoeducacionais utilizadas nesta pesquisa. Os *slides* foram revisados pelo Prof. Dr. Ricardo

Alberto Moreno e pela Psicóloga Mireia Roso. Do segundo ao quarto grupo, conduzi sozinha, sendo que no quarto grupo houve o treinamento da Psicóloga Daniele Moreira para conduzir o quinto grupo sozinha, e ela o fez.

Em São João del-Rei, conduzi um grupo experimental e um controle paralelamente.

Ambos os grupos (experimental e controle) tiveram 16 encontros, duas vezes por semana, com 90 minutos de duração cada. Os instrumentos de avaliação foram aplicados por um avaliador “cego” treinado, na semana anterior ao início do tratamento, e repetidos na oitava semana (metade) do tratamento, na semana posterior ao término do tratamento (décima sexta semana) e no seguimento seis e 12 meses após o término do tratamento, para ambos os grupos. Houve a preocupação em manter o mesmo avaliador ao longo do tempo com os mesmos sujeitos.

5.6.1 Grupo experimental

As sessões de psicoeducação foram baseadas no livro “Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder”, de Francesc Colom e Eduard Vieta (2006). Nesse livro, os autores descrevem 21 sessões de psicoeducação e dão a opção de uma versão mais curta de oito sessões. A eficácia desse programa de psicoeducação com sessões reduzidas, apesar de pouco testadas, não é a mesma em comparação com o programa de 21 sessões (Colom e Vieta, 2006). Nosso objetivo foi passar o conteúdo principal (que foi em parte cortado na versão mais curta) da forma mais

breve e objetiva possível. Optamos, então, por adaptar o programa para um formato de 16 sessões.

Os encontros psicoeducacionais deste estudo foram realizados com 16 sessões, duas vezes por semana, e tiveram o seguinte formato: 15 minutos de introdução em uma conversa informal em que se procurou manter um ambiente acolhedor, seguro, descontraído e agradável; 30 minutos de exposição em *PowerPoint* do tema do dia pelo responsável pela condução do grupo; 30 minutos de discussão e suporte psicológico com relação ao tema exposto; e 15 minutos de fechamento, revisando os principais pontos e passando a lição de casa do dia, totalizando 90 minutos. O grupo foi fechado, ou seja, os mesmos pacientes e terapeutas participaram de todos os encontros, o que favoreceu a construção do vínculo terapêutico.

Descrição das Sessões de Psicoeducação

A exposição do tema proposto em cada sessão é baseada nos *slides* que estão no Anexo F.

1ª Sessão. Temas propostos: Apresentação do grupo. Quais são as regras? O que é PE? Quais são seus objetivos e benefícios? Alvos do tratamento.

Na primeira parte desta sessão, cada um dos participantes, começando pelos terapeutas, apresenta-se para o grupo falando um pouco de si. Em seguida, é feita uma dinâmica de grupo para facilitar a

memorização dos nomes e a integração do grupo. Cada um é orientado a falar o seu nome em voz alta e os nomes dos outros colegas que já falaram, até que todos falem os nomes de todos. Aquele que errar deve repetir todos os nomes mais uma vez até acertar. As regras de funcionamento e as condições para a permanência no grupo são apresentadas na sequência com o auxílio do *slide*. Uma apostila com o conteúdo dos *slides* expostos em todas as sessões é entregue no primeiro dia para que o paciente possa acompanhar e fazer suas anotações, além de poder ser utilizado como material de consulta a qualquer momento (Anexo F – Apostila dos Psicoeducacionais) .

Na segunda parte, é apresentado o conceito da PE, seus objetivos, benefícios e os alvos que o tratamento pretende atingir. Objetivando mostrar como diferentes atitudes promovem diferentes formas de eficácia no tratamento, fazemos uma metáfora com a história infantil “Os 3 porquinhos e o lobo mau”. O primeiro porquinho não deu muita importância para a força do lobo mau que poderia aparecer; construiu sua casa de palha e rapidamente foi brincar. O segundo porquinho temeu mais o poder do lobo mau, protegeu-se mais, construiu uma casa de madeira e logo depois foi brincar com o primeiro porquinho. O terceiro porquinho, sabendo dos perigos que poderia esperá-lo, construiu uma casa de tijolos, bem alicerçada, e por isso trabalhou muito mais tempo enquanto os outros brincavam. Mas quando o lobo chega, todos sabem o que acontece. É com o terceiro porquinho que os outros conseguem proteção. A estrutura da casa seria o tratamento médico mais o psicoeducacional que o paciente pode seguir completamente

(tijolos), parcialmente (madeira) ou não seguir (palha). O lobo mau seria o TB com toda sua força. A eficácia do tratamento depende da adesão do paciente diante do seu tratamento.

No final da sessão, os participantes são estimulados a dizerem o que aprenderam e o responsável pelo grupo pode verificar se o conteúdo principal foi compreendido.

2ª Sessão. Temas propostos: O que é TB? Natureza biológica, epidemiologia, preconceitos e mitos.

Nesta sessão, é apresentado o conceito do Transtorno Afetivo Bipolar, do espectro bipolar, suas características, sua natureza biológica e sua epidemiologia. Na sequência, são apresentados e discutidos os preconceitos e mitos que envolvem a doença como mostra a sequência de *slides* no Anexo F. Neste tema, encontramos comumente a questão: “Como e para quem explicar minha doença?” Sabemos que nossa sociedade tem preconceitos a respeito de doenças mentais e que dizer sobre ela abertamente pode trazer prejuízo à pessoa. Por isso, orientamos primeiramente a autoaceitação da doença e depois, com cautela, escolher para quem e como dizer.

3ª Sessão. Temas propostos: O que é Mania e Hipomania?

Nesta sessão, são apresentados e discutidos os sintomas da Mania e da Hipomania. O participante é encorajado a identificar os seus próprios sintomas e a dividi-los com o grupo conforme Anexo F.

4ª Sessão. Temas propostos: O que é Depressão? O que é Estado Misto?

Nesta sessão, são apresentados e discutidos os conceitos, preconceitos e sintomas da Depressão e do Estado Misto. Além de informar a respeito do suicídio e a conduta a ser tomada de avisar ao médico, familiar ou terapeuta para que uma conduta de prevenção possa ser adotada e os riscos minimizados até que a crise passe. O participante é encorajado a identificar os seus próprios sintomas e a dividi-los com o grupo.

5ª Sessão. Tema proposto: O que é o gráfico do humor?

O Transtorno Afetivo Bipolar é uma doença crônica e recorrente, ou seja, novos episódios se repetem ao longo da vida. Nesta sessão, são apresentados o conceito e a importância de representar graficamente o humor. Um gráfico do humor é construído na sessão com a participação de todos e, posteriormente, cada um é estimulado a representar graficamente o próprio humor. Essa é uma atividade que costuma ser bem dolorida, pois lembrar de tudo que passou muitas vezes pode não ser fácil. O intuito desta atividade é melhorar a consciência a respeito da doença, seus gatilhos e consequências e auxiliar na prevenção de recaídas. Se ficar dolorido demais, o paciente é orientado a parar a atividade. Se necessário, um acompanhamento individual é feito para que o paciente possa encarar racionalmente a atividade e para que o objetivo da atividade seja atingido.

6ª Sessão. Tema proposto: Possíveis gatilhos X Causas biológicas

O objetivo desta sessão é separar possíveis gatilhos das causas biológicas. Para isso, começamos reforçando a base biológica da doença e o conceito de gatilhos e sua interação com o Transtorno Afetivo Bipolar. No final, o participante é encorajado a identificar quais foram os seus gatilhos.

7ª Sessão. Tema proposto: Adesão ao tratamento

Nesta sessão, é reforçada a importância fundamental do tratamento medicamentoso. São apresentados os fatores que influenciam na adesão ao tratamento e os tipos de adesão mais comuns. As razões, os riscos e as consequências da baixa adesão também são apresentados.

8ª Sessão. Tema proposto: Tratamento I: Estabilizadores do Humor. Níveis plasmáticos dos estabilizadores do humor.

Na primeira parte desta sessão, é introduzido o conceito de estabilizadores do humor. As medicações são apresentadas uma a uma, enfatizando sua ação principal, seus efeitos colaterais mais comuns e orientações básicas de como lidar com eles.

Na segunda parte, é apresentado o objetivo e como funcionam os exames de níveis plasmáticos dos estabilizadores do humor, quais são os principais sintomas de intoxicação do lítio e como fazer a monitorização do tratamento.

9ª Sessão. Temas propostos: Tratamento II: Antidepressivos. Tratamento III: Eletroconvulsoterapia-ECT.

Nesta sessão, são apresentadas as três classes de antidepressivos. As medicações são apresentadas uma a uma, enfatizando sua ação principal, seus efeitos colaterais mais comuns e orientações básicas de como lidar com eles, a importância e a eficácia do ECT quando utilizado corretamente como um procedimento médico.

10ª Sessão. Temas propostos: Gravidez e Aconselhamento genético. Terapias alternativas X Psicofarmacologia

Nesta sessão, é discutida a importância de um planejamento terapêutico com o médico no caso de gravidez, para garantir a manutenção da estabilidade do humor. O fator genético é determinado por múltiplos fatores que são apresentados. O que define e diferencia as terapias alternativas e a psicofarmacologia é esclarecido.

11ª Sessão. Tema proposto: Substâncias Psicoativas no TB.

Nesta sessão, são apresentadas substâncias lícitas ou não, que são perigosas para quem sofre de Transtorno Bipolar e como elas agem.

12ª Sessão. Tema proposto: Detecção precoce dos episódios. O que fazer quando um episódio é detectado?

Nesta sessão, é dada ênfase à detecção precoce dos sintomas (hipo)maníacos e depressivos para prevenção de recaída. Os passos são:

1. identificar quais são os meus principais sintomas e construir uma lista;
2. quais são os meus sintomas prodrômicos e construir uma nova lista; e
3. o que fazer quando um novo episódio é detectado.

13ª Sessão. Tema proposto: Estratégia de resolução de problemas.

Nesta sessão, é apresentada e colocada em prática a técnica de resolução de problemas. Os principais passos são:

1. inibir tendência a responder impulsivamente a um problema;
2. gerar o maior número de soluções possíveis (*brainstorming*); e
3. escolher a solução mais apropriada.

14ª Sessão. Tema proposto: Importância de hábitos regulares

A primeira atividade proposta é cada um fazer sua aposta após ouvir uma historinha e decidir qual dos personagens tem maior chance de recair primeiro. O objetivo da atividade é reforçar fatores que predisõem a recaídas.

História. Dois amigos, João e Alan, que se conheceram em uma internação por crise de euforia, combinaram de se encontrar três meses depois em uma cafeteria de um *shopping center* em época de Natal. Alan pediu um cafezinho e João um suco de laranja. Alan foi logo contando que a vida dele está muito boa, cheia de novidades, fazendo faculdade de manhã, piano à tarde e à noite está trabalhando como garçom e dormindo pouquíssimo. “O bom é que paga melhor para quem trabalha à noite”, disse

ele. Enquanto João começa a contar sobre si, Alan pede mais um cafezinho. João conta que está muito feliz, pois sua esposa está grávida e eles estão de mudança para um apartamento maior porém mais barulhento que o seu atual. João conta que ganhou uns quilinhos com o tratamento do TAB e que está tomando remédio para emagrecer, enquanto Alan pede o último cafezinho.

Após a atividade da aposta, é enfatizada a importância de se estabelecerem hábitos regulares, como de sono e de alimentação, na estabilização do humor e orientações de como ter uma rotina estável também são prestadas.

15ª Sessão. Tema proposto: Técnicas de controle do estresse.

Nesta sessão, é introduzido o conceito de estresse e como ele pode influenciar o TAB. Técnicas para o controle do estresse, como respiração, relaxamento e racionalizar problemas, serão apresentadas, e os participantes serão encorajados a treiná-las sozinhos.

16ª Sessão. Tema proposto: Fechamento.

Os participantes são parabenizados por terem cumprido o tratamento até o final. São sugeridos livros, filmes e a prática do que foi aprendido aqui para manutenção dos benefícios. Críticas construtivas ao trabalho serão ouvidas e levadas em consideração.

5.6.2 Grupo Controle

Encontros placebo foram realizados durante 16 sessões, duas vezes por semana, e tiveram o seguinte formato: 15 minutos de introdução com uma conversa informal, 60 minutos de técnica de relaxamento e 15 minutos de fechamento, totalizando 90 minutos. Foram revezadas três técnicas de relaxamento ao longo das 16 sessões (Jacobson, 1955). Tudo com orientação de psicólogo treinado. O psicólogo esforçou-se para não fazer nenhum tipo de intervenção psicoeducativa, exceto o que fosse necessário para a interação do grupo.

Durante os primeiros 15 minutos iniciais, o terapeuta deve se certificar de que o paciente esteja confortável e livre de distrações para iniciar o relaxamento. Além disso, na primeira vez de cada relaxamento, as contrações musculares a serem executadas durante o relaxamento foram treinadas antes de iniciar o relaxamento.

Após cada relaxamento, o terapeuta pediu que o paciente avaliasse o grau máximo de ansiedade que ele experienciou durante a sessão (de 0 a 10) e descrevesse o grau de ansiedade e tensão vividas por escrito. Essa folha ou caderno de anotação deveria ser trazida(o) em cada sessão para comparação com as anteriores. A descrição das técnicas de relaxamento utilizadas encontra-se no Anexo E.

6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente, foi feita a análise descritiva dos dados sociodemográficos e de alguns marcadores de gravidade da doença. A homogeneidade dos grupos com relação a esses dados foi avaliada por meio do teste qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas como sexo, estado civil, escolaridade, idade de início da doença, número de episódios anteriores, número de medicações atuais, presença e número de comorbidades com eixo I e número de parentes de primeiro grau com algum transtorno psiquiátrico e do teste t (t-student) para a variável contínua como idade.

Posteriormente, objetivando a comparação dos resultados obtidos (por meio das escalas) com relação à recuperação sintomática e funcional dos grupos (experimental e controle) ao longo dos três tempos (A- antes, B- meio e C- pós-tratamento), foi utilizada ANOVA de dois fatores (grupos e tempos) com medidas repetidas (o mesmo indivíduo repete a mesma avaliação nos tempos A, B, C, D e E). O fator grupos foi considerado como efeito entreindivíduo, ou seja, compara os grupos independente do tempo e o fator tempo foi considerado como efeito intraindivíduo, ou seja, compara o mesmo indivíduo ao longo do tempo (independente do grupo).

E a curva de sobrevivência do *dropout* foi feita usando o Kaplan e Meier survival analysis. A técnica LOCF (Last Observation Carried Forward) foi utilizada para que aqueles que não completaram o estudo não fossem

excluídos da análise. E o nível de significância considerado foi de $\alpha = 0,05$ para todas as comparações. O programa estatístico utilizado para efetuar os cálculos foi o SPSS for Windows versão 14.0.

7 RESULTADOS

Descrição da amostra

Na amostra de 51 pacientes, conforme Tabela 3, houve predomínio do gênero feminino (72,5%). A média de idade foi de 42,95 ($\pm 11,75$). A idade do início da doença se distribuiu da seguinte maneira: 38,8% dos pacientes iniciaram a doença entre 15 e 24 anos, seguidos de 28,6% que iniciaram a doença entre 25 e 39 anos, 20,4% entre cinco e 14 anos e 12,2% com 40 anos ou mais. Com relação ao número de episódios anteriores, a maior parte da amostra (62,2%) teve mais de dez episódios anteriores. Com relação ao estado civil, 41,2% eram casados, 37,3% eram solteiros, 13,7% separados e 7,8% viúvos. Com relação à escolaridade, 37,3% da amostra tinham o 3º grau completo ou incompleto. No que se refere à medicação, 73,5% da amostra tomavam de uma a três medicações, psicotrópicas ou não, no ato da admissão ao estudo. Com relação ao diagnóstico, 74,5% não preencheram critério para outra patologia do eixo I além do TB. No que se refere a antecedentes familiares, 91,1% têm pelo menos um parente de 1º grau com transtorno mental. Por meio desses resultados apresentados na Tabela 3, podemos concluir que os grupos são homogêneos de acordo com as variáveis sociodemográficas e os marcadores de gravidade da doença descritos.

Tabela 3 - Variáveis sociodemográficas e marcadores de gravidade da doença

Variáveis		Grupo Experimental (%/n°)	Grupo Controle (%/n°)	Total (%/n°)	p-valor
Gênero	M -	24,1% 7	31,8% 7	27,5% 14	0,543
	F -	75,9% 22	68,2% 15	72,5% 37	
Idade	média (dp)	44,14 (11,59)	41,77 (11,92)	42,95 (11,75)	0,479
Idade de início da doença*	5 a 14 -	17,2% 5	25% 5	20,4% 10	0,418
	15 a 24 -	44,8% 13	30% 6	38,8% 19	
	25 a 39 -	31% 9	25% 5	28,6% 14	
	≥40 -	6,9% 2	20% 4	12,2% 6	
Número de episódios anteriores*	Até 5 -	21,4% 6	17,6% 3	20% 9	0,625
	6 a 10 -	21,4% 6	11,8% 2	17,8% 8	
	>10 -	57,1% 16	70,6% 12	62,2% 28	
Estado Civil	Casado-	51,7% 15	27,3% 6	41,2% 21	0,124
	Solteiro-	37,9% 11	36,4% 8	37,3% 19	
	Separado-	6,9% 2	22,7% 5	13,7% 7	
	Viúvo-	3,4% 1	13,6% 3	7,8% 4	
Escolaridade	1º grau (in)completo	24,1% 7	36,4% 8	29,4% 15	0,618
	2º grau (in)completo	27,6% 8	31,8% 7	29,5% 15	
	3º grau (in)completo	44,8% 13	27,3% 6	37,3% 19	
	Pós-graduação (in)completo	3,4% 1	4,5% 1	3,9% 2	
Número de medicações atuais*	1 a 3 -	69% 20	80% 16	76,5% 36	0,390
	4 a 7 -	31% 9	20% 4	26,5% 13	
Comorbidade com eixo I*	Ausência -	75,9% 22	72,7% 16	74,5% 38	0,799
	Presença -	24,1% 7	27,3% 6	25,5% 13	
Número de parentes de 1º grau com Transtorno Mental*	0-	11,1% 3	5,6% 1	8,9% 4	
	1-	29,6% 8	38,9% 7	33,3% 15	
	2-	22,2% 6	16,7% 3	20% 9	
	≥ 3-	37% 10	38,9% 7	37,8% 17	

*Marcadores de gravidade da doença

A Tabela 4 apresenta as classes de medicações utilizadas pela amostra no ato da admissão para o estudo, além da comparação GE x GC e MG x SP. Não houve diferença significativa entre as classes das medicações do GE com relação ao GC, com exceção dos hipnóticos não-benzodiazepínicos ($p=0,050$) que foram mais utilizados no GE (17,2% GE x 0% GC). Com relação à comparação das medicações utilizadas nos grupos de MG e de SP, a maioria das classes de medicamentos (66,67%) não apresentou diferença significativa. A minoria (33,33%) representada pelas classes dos antipsicóticos típicos, benzodiazepínicos e outras medicações não-psicotrópicas apresentou diferenças significativas. Todos os pacientes estiveram em tratamento psiquiátrico durante todo o estudo com diagnóstico de TB e em uso de pelo menos um estabilizador do humor.

Tabela 4 - Medicação utilizada na admissão para o estudo

Classes de medicação	Total n(%)	GE (n=29)	GC (n=20)	P	MG (n=14)	SP (n=35)	P
Antidepressivos	18 (36,7%)	13 (44,8%)	5 (25,0%)	0,157	5 (35,7%)	13 (37,1%)	0,925
Antipsic. Típico	7 (14,3%)	3 (10,3%)	4 (20,0%)	0,342	6 (42,9%)	1 (2,9%)	0,000
Antipsic. Atípico	14 (28,6%)	10 (34,5%)	4 (20,0%)	0,270	2 (14,3%)	12 (34,3%)	0,162
Lítio	24 (49,0%)	13 (44,8%)	11 (55,0%)	0,484	5 (35,7%)	19 (54,3%)	0,240
Anticonvulsivante	32 (65,3%)	21 (72,4%)	11 (55,0%)	0,208	10 (71,4%)	22 (62,9%)	0,569
Benzodiazepínico	15 (30,6%)	11 (37,9%)	4 (20,0%)	0,181	9 (64,3%)	6 (17,1%)	0,001
Hipnótico não benzod.	5 (10,2%)	5 (17,2%)	0 (0%)	0,050	1 (7,1%)	4 (11,4%)	0,654
Outros psicotrópicos	7 (14,3%)	4 (13,8%)	3 (15,0%)	0,906	3 (21,4%)	4 (11,4%)	0,366
Outros não psicotrópicos	22 (43,1%)	14 (48,3%)	8 (40,0%)	0,567	3 (21,4%)	19 (54,3%)	0,037

Resultados das escalas de medida

O Gráfico 1 apresenta os resultados referentes aos sintomas depressivos, avaliados por meio da escala de Hamilton. Observa-se que a média dos sintomas depressivos aumentou significativamente ao longo do tempo ($p=0,002$), em ambos os grupos, de forma equivalente (interação não foi significativa, $p=0,373$). Não houve diferença significativa entre os grupos com relação a esses dados ($p=0,890$).

Com relação aos sintomas de mania, avaliados por meio da escala de Young (Gráfico 2), as médias iniciaram baixas e mantiveram-se baixas ao longo do estudo. Nesse caso, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,294$) nem houve diferenças ao longo do tempo ($p=0,359$).

Gráfico 1 - As médias da HDRS ao longo do tempo

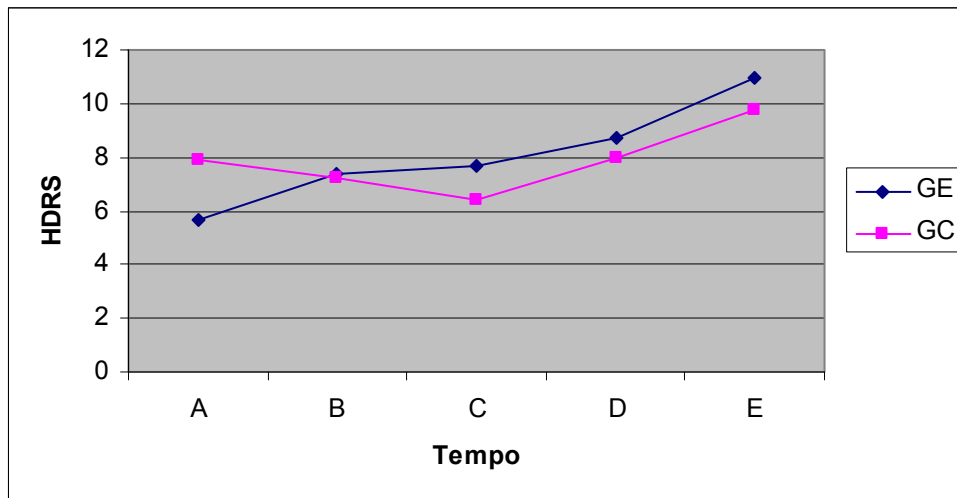
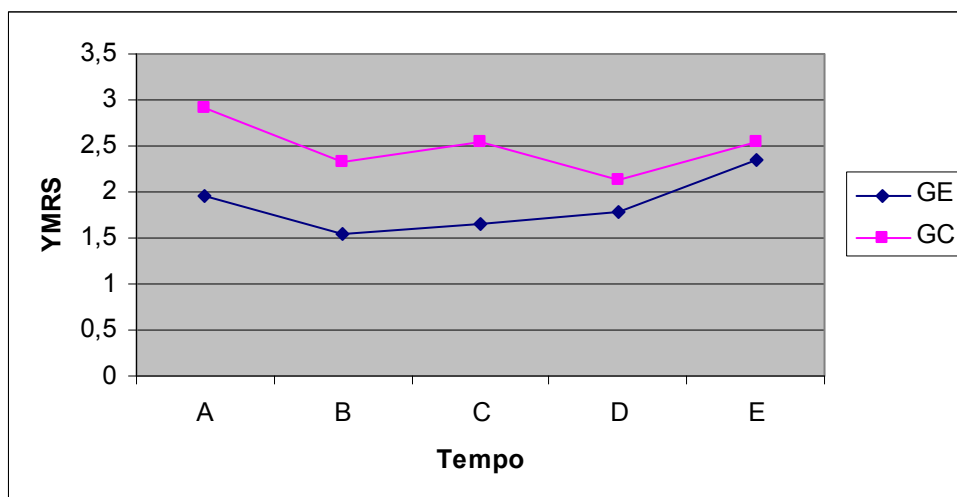
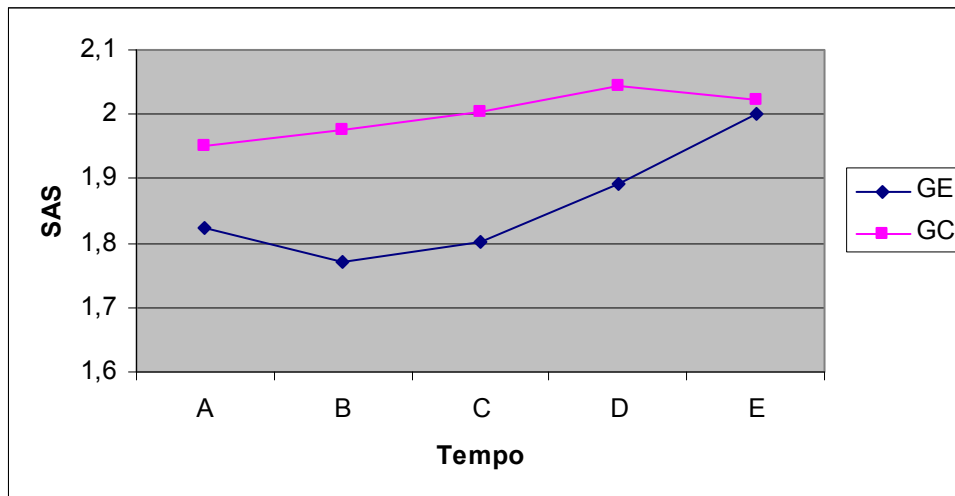


Gráfico 2 - As médias da YMRS ao longo do tempo



Os resultados referentes à adequação social, avaliados por meio da escala de adequação social (SAS), mostram que as médias aumentaram significativamente ao longo do tempo ($p=0,044$) em ambos os grupos, de forma equivalente (a interação não foi significativa, $p=0,410$). Porém, não foi observada diferença significativa entre os grupos ($p=0,167$), como mostra o Gráfico 3.

Gráfico 3 - Médias da SAS ao longo do tempo



Os resultados da avaliação da qualidade de vida (conforme Tabelas 5, 6, 7, 8 e 9) mostram que, com relação ao escore global da escala WHOQOL-bref, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,293$) nem ao longo do tempo ($p=0,706$). Os resultados obtidos, para os domínios específicos dessa escala, são descritos a seguir. Para o domínio 1 (físico) da escala WHOQOL-bref, não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,081$) nem diferenças ao longo do tempo ($p=0,744$). No domínio 2 (psicológico), também não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,353$) nem ao longo do tempo ($p=0,609$). Esse mesmo resultado foi obtido para o domínio 3 (relações sociais), quando também não foi encontrada alteração significativa ao longo do tempo ($p=0,456$) nem entre os grupos ($p=0,209$).

Tabela 5 - Estatística descritiva do domínio 1 da WHOQOL

	Identificação do Grupo que o paciente participou	Mean	Std. Deviation	N
WHOQOLD1 A	experimental	60,5911	12,53576	29
	controle	54,5455	11,56917	22
	Total	57,9832	12,38391	51
WHOQOLD1 B	experimental	61,8227	13,53592	29
	controle	56,8182	9,91393	22
	Total	59,6639	12,25357	51
WHOQOLD1 C	experimental	59,8522	14,62154	29
	controle	56,0065	10,12473	22
	Total	58,1933	12,90258	51
WHOQOLD1 D	experimental	62,3153	14,01485	29
	controle	54,5455	10,92101	22
	Total	58,9636	13,23594	51
WHOQOLD1 E	experimental	59,3596	13,30888	29
	controle	55,6818	10,72330	22
	Total	57,7731	12,28293	51

Tabela 6 - Estatística descritiva do domínio 2 da WHOQOL

	Identificação do Grupo que o paciente participou	Mean	Std. Deviation	N
WHOQOLD2 A	experimental	55,7471	13,92715	29
	controle	53,0303	12,47894	22
	Total	54,5752	13,26165	51
WHOQOLD2 B	experimental	55,7471	13,10130	29
	controle	52,4621	10,41937	22
	Total	54,3301	12,01737	51
WHOQOLD2 C	experimental	55,7471	13,00630	29
	controle	52,0833	10,66180	22
	Total	54,1667	12,07615	51
WHOQOLD2 D	experimental	55,4598	13,68869	29
	controle	51,7045	14,81026	22
	Total	53,8399	14,16282	51
WHOQOLD2 E	experimental	52,7299	11,90425	29
	controle	51,7045	11,61974	22
	Total	52,2876	11,67600	51

Tabela 7 - Estatística descritiva do domínio 3 da WHOQOL

	Identificação do Grupo que o paciente participou	Mean	Std. Deviation	N
WHOQOLD3 A	experimental	60,6322	23,45383	29
	controle	55,3030	15,96654	22
	Total	58,3333	20,54805	51
WHOQOLD3 B	experimental	60,3448	19,24353	29
	controle	54,1667	19,71188	22
	Total	57,6797	19,49666	51
WHOQOLD3 C	experimental	59,7701	21,37034	29
	controle	54,1667	16,81482	22
	Total	57,3529	19,55385	51
WHOQOLD3 D	experimental	62,9310	18,30981	29
	Controle	54,1667	19,71188	22
	Total	59,1503	19,23935	51
WHOQOLD3 E	experimental	56,3218	19,49959	29
	Controle	52,6515	16,54447	22
	Total	54,7386	18,20065	51

Tabela 8 - Estatística descritiva do domínio 4 da WHOQOL

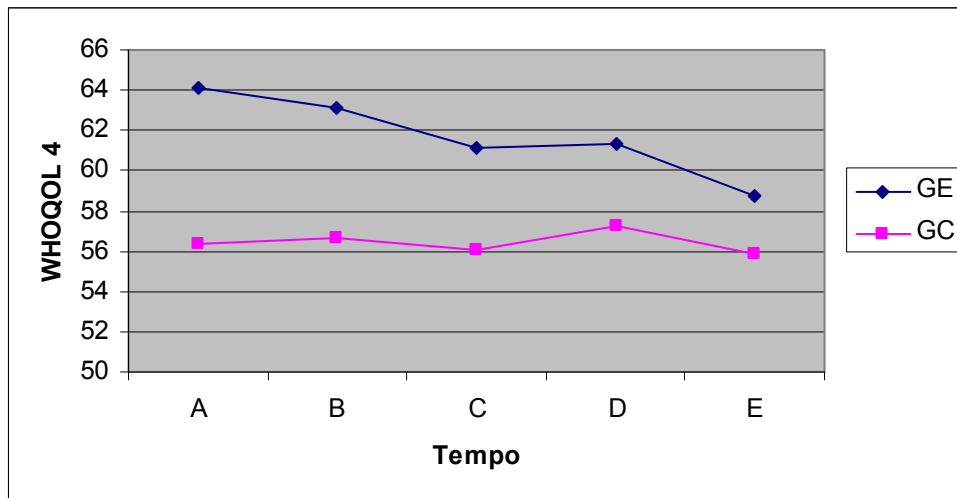
	Identificação do Grupo que o paciente participou	Mean	Std. Deviation	N
WHOQOLD4 A	experimental	64,1164	16,54903	29
	Controle	56,3920	10,75971	22
	Total	60,7843	14,72818	51
WHOQOLD4 B	experimental	63,1466	16,93976	29
	Controle	56,6761	11,38214	22
	Total	60,3554	15,01939	51
WHOQOLD4 C	experimental	61,0991	15,79343	29
	Controle	56,1080	11,94751	22
	Total	58,9461	14,34807	51
WHOQOLD4 D	experimental	61,3147	17,72041	29
	Controle	57,2443	12,51437	22
	Total	59,5588	15,67700	51
WHOQOLD4 E	experimental	58,7284	16,31040	29
	Controle	55,8239	11,86228	22
	Total	57,4755	14,49782	51

Tabela 9 - Estatística descritiva do Total da WHOQOL

	Identificação do Grupo que o paciente participou	Mean	Std. Deviation	N
WHOQOLtotal A	experimental	64,2241	20,24519	29
	Controle	60,7955	15,57215	22
	Total	62,7451	18,28425	51
WHOQOLtotal B	experimental	64,2241	16,27201	29
	Controle	60,2273	13,15903	22
	Total	62,5000	15,00000	51
WHOQOLtotal C	experimental	62,9310	18,13970	29
	Controle	59,0909	14,52718	22
	Total	61,2745	16,63109	51
WHOQOLtotal D	experimental	65,5172	19,38081	29
	Controle	58,5227	16,08495	22
	Total	62,5000	18,20027	51
WHOQOLtotal E	experimental	61,2069	19,57838	29
	Controle	57,9545	19,87515	22
	Total	59,8039	19,57577	51

Entretanto, para o domínio 4 (meio ambiente), houve uma tendência de diminuição das médias ao longo do tempo em ambos os grupos ($p=0,059$) apesar de não ter havido diferença significativa entre os grupos ($p=0,175$). Os dados mostram que parece haver uma tendência ($p=0,084$) de o GE diminuir mais do que o GC (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Escores da WHOQOL-bref, domínio 4 ao longo do tempo



A impressão clínica global do avaliador com relação à gravidade da doença, no momento da avaliação, medida por meio da CGI 1, não alterou de forma estatisticamente significativa ao longo do tempo ($p=0,354$, $p=0,907$, $p=0,686$, $p=0,399$, $p=0,801$). Não houve também diferença significativa entre os grupos para essa medida ($p=0,876$). Os resultados encontrados nas avaliações estão descritos nas Tabelas 10, 11, 12, 13 e 14.

Tabela 10 - CGI 1 no Tempo A

		Identificação do Grupo que o paciente participou		Total	
		experimental	controle		
			Número		
CGI 1 no Tempo A	Não foi avaliado	Número	1	0	1
		%	4,2%	,0%	2,3%
	Não está doente	Número	10	7	17
		%	41,7%	36,8%	39,5%
	Borderline	Número	8	5	13
		%	33,3%	26,3%	30,2%
	Levemente doente	Número	3	6	9
		%	12,5%	31,6%	20,9%
	Moderadamente doente	Número	2	0	2
		%	8,3%	,0%	4,7%
	Marcadamente Doente	Número	0	1	1
		%	,0%	5,3%	2,3%
	Total	Número	24	19	43
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 11 - CGI 1 no Tempo B

		Grupo que o paciente participou		Total	
		experimental	Controle		
			Número		
CGI 1 no Tempo B	Não foi avaliado	Número	1	0	1
		%	3,8%	,0%	2,2%
	Não está doente	Número	11	9	20
		%	42,3%	45,0%	43,5%
	Borderline	Número	6	5	11
		%	23,1%	25,0%	23,9%
	Levemente doente	Número	5	4	9
		%	19,2%	20,0%	19,6%
	Moderadamente doente	Número	2	1	3
		%	7,7%	5,0%	6,5%
	Marcadamente Doente	Número	1	1	2
		%	3,8%	5,0%	4,3%
	Total	Número	26	20	46
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 12 - CGI 1 no Tempo C

			Identificação do Grupo que o paciente participou		Total
			experimental	Controle	
CGI1 no Tempo C	Não está doente	Número	14	9	23
		%	51,9%	45,0%	48,9%
	Borderline	Número	6	5	11
		%	22,2%	25,0%	23,4%
	Levemente doente	Número	4	4	8
		%	14,8%	20,0%	17,0%
	Moderadamente doente	Número	2	1	3
		%	7,4%	5,0%	6,4%
	Marcadamente doente	Número	1	1	2
		%	3,7%	5,0%	4,3%
	Total	Número	27	20	47
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 13 - CGI 1 no Tempo D

			Identificação do Grupo que o paciente participou		Total
			experimental	controle	
CGI 1 no Tempo D	Não está doente	Número	15	9	24
		%	57,7%	45,0%	52,2%
	Borderline	Número	5	5	10
		%	19,2%	25,0%	21,7%
	Levemente doente	Número	2	2	4
		%	7,7%	10,0%	8,7%
	Moderadamente doente	Número	3	2	5
		%	11,5%	10,0%	10,9%
	Marcadamente doente	Número	1	2	3
		%	3,8%	10,0%	6,5%
	Total	Número	26	20	46
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 14 - CGI 1 no Tempo E

		Identificação do Grupo que o paciente participou		Total	
		experimental	Controle		
CGI 1 no Tempo E	Não está doente	Número	16	11	27
		%	59,3%	55,0%	57,4%
	Borderline	Número	4	4	8
		%	14,8%	20,0%	17,0%
	Levemente doente	Número	4	2	6
		%	14,8%	10,0%	12,8%
	Moderadamente doente	Número	2	2	4
		%	7,4%	10,0%	8,5%
	Marcadamente Doente	Número	1	1	2
		%	3,7%	5,0%	4,3%
	Total	Número	27	20	47
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Analisando a melhora clínica global, logo após o tratamento (TC), na visão do avaliador (CGI 2), observa-se que o GE obteve 90% das respostas referentes a uma melhora clínica global, enquanto o GC obteve 81,3% de melhora, ou seja, o GE foi 8,7% maior. Após 12 meses do término no tratamento (TE), a melhora foi mantida e o GE foi 9,9% maior que o GC (Tabelas 15 e 16). Entretanto, a diferença entre os grupos ($p=0,718$) não foi estatisticamente significativa, como também não foram significativas as diferenças entre as medidas obtidas ao longo do tempo ($p=0,939$; $p=1,000$; $p=0,828$; $p=0,879$).

Tabela 15 - CGI2 no tempo C

	GE	GC	Total
Não avaliado	1	2	3
	5%	12,5%	8,3%
Melhora	18	13	31
	90%	81,3%	86,2%
Sem mudança	1	0	1
	5%	0%	2,8%
Mín. pior	0	1	1
	0%	6,3%	2,8%
Total	20	16	36
	100%	100%	100%

Tabela 16 - CGI 2 Tempo E

	GE	GC	Total
Não avaliado	1	2	3
	5%	12,5%	8,3%
Melhora	17	12	29
	85%	75,1%	80%
Mín. pior	2	2	4
	10%	12,5%	11,1%
Total	20	16	36
	100%	100%	100%

Analisando a melhora clínica global logo após o término do tratamento (TC), na visão do sujeito (CGI 3), 95% do GE se referiram uma melhora clínica global, contra 75,1% no GC, ou seja, o GE foi 19,9% maior. Após 12 meses do término do tratamento (TE), 86,1% da amostra se referiram à melhora clínica (Tabelas 17 e 18). A diferença entre os grupos ($p=0,553$) e

ao longo do tempo ($p=0,306$, $p=0,423$, $p=0,617$, $p=0,584$) não foi estatisticamente significativa.

Tabela 17 - CGI 3 no tempo C

	GE	GC	Total
Não avaliado	0	1	1
	0%	6,3%	2,8%
Melhora	19	12	31
	95%	75,1%	86,1%
Sem mudança	1	2	3
	5%	12,5%	8,3%
Mín. pior	0	1	1
	0%	6,3%	2,8%
Total	20	16	36
	100%	100%	100%

Tabela 18 - CGI 3 no Tempo E

	GE	GC	Total
Não avaliado	0	1	1
	0%	6,3%	2,8%
Melhora	18	12	30
	90%	75,1%	83,3%
Sem mudança	0	2	2
	0%	12,5%	5,6%
Mín. pior	2	1	3
	10%	6,3%	8,3%
Total	20	16	36
	100%	100%	100%

Os resultados da AGF não se alteraram ao longo do tempo (Tabelas 19, 20, 21, 22 e 23) de forma estatisticamente significativa ($p=0,867$, $p=0,671$, $p=0,562$, $p=0,700$, $p=0,130$) e também não houve diferença entre os grupos ($p= 0,369$).

Tabela 19 - AGF no Tempo A

		Identificação do Grupo que o paciente participou		Total	
		experimental	controle		
AGF no Tempo A	50-41	Número	1	0	1
		%	3,4%	,0%	2,0%
	60-51	Número	1	0	1
		%	3,4%	,0%	2,0%
	70-61	Número	10	10	20
		%	34,5%	47,6%	40,0%
	80-71	Número	11	7	18
		%	37,9%	33,3%	36,0%
	90-81	Número	6	4	10
		%	20,7%	19,0%	20,0%
	Total	Número	29	21	50
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 20 - AGF no Tempo B

		Identificação do Grupo que o paciente participou		Total	
		experimental	controle		
AGF no Tempo B	60-51	Número	2	0	2
		%	6,9%	,0%	4,0%
	70-61	Número	11	6	17
		%	37,9%	28,6%	34,0%
	80-71	Número	6	10	16
		%	20,7%	47,6%	32,0%
	90-81	Número	10	5	15
		%	34,5%	23,8%	30,0%
	Total	Número	29	21	50
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 21 - AGF no Tempo C

			Identificação do Grupo que o paciente participou		Total
			experimental	controle	
AGF no Tempo C	60-51	Número	2	0	2
		%	6,9%	,0%	4,0%
	70-61	Número	9	7	16
		%	31,0%	33,3%	32,0%
	80-71	Número	10	7	17
		%	34,5%	33,3%	34,0%
	90-81	Número	8	7	15
		%	27,6%	33,3%	30,0%
	Total	Número	29	21	50
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 22 - AGF no Tempo D

			Grupo que o paciente participou		Total
			experimental	controle	
Pontuação AGF no Tempo D	60-51	Número	1	0	1
		%	3,6%	,0%	2,0%
	70-61	Número	12	8	20
		%	42,9%	38,1%	40,8%
	80-71	Número	11	11	22
		%	39,3%	52,4%	44,9%
	90-81	Número	4	2	6
		%	14,3%	9,5%	12,2%
	Total	Número	28	21	49
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 23 - AGF no Tempo E

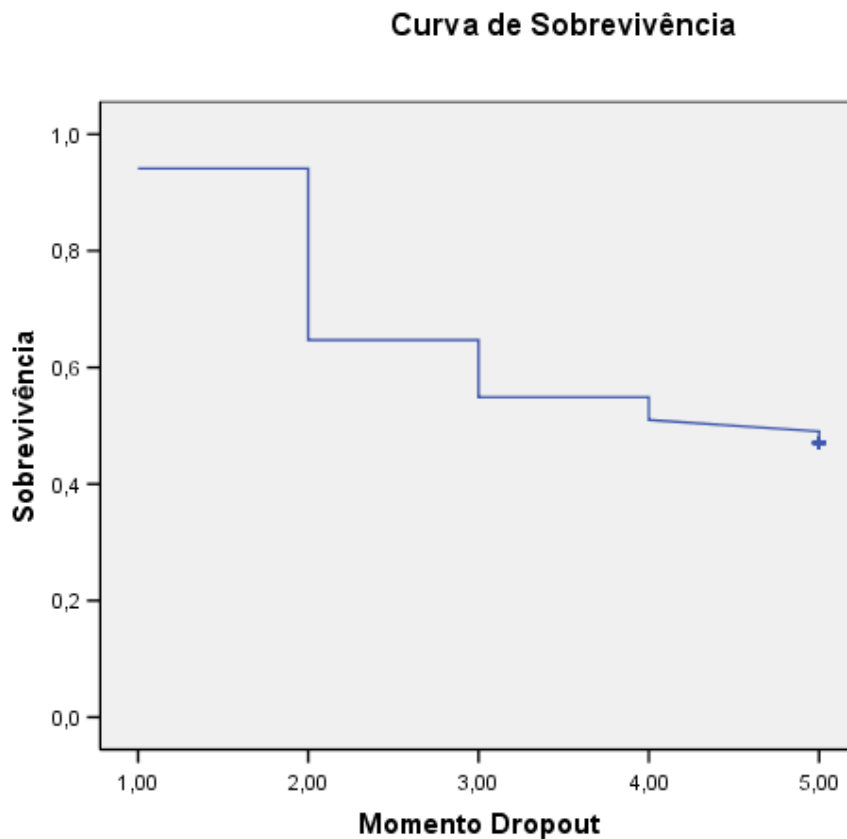
		Identificação do Grupo que o paciente participou		Total	
		experimental	controle		
AGF no Tempo E	60-51	Número	3	1	4
		%	10,3%	4,8%	8,0%
	70-61	Número	14	6	20
		%	48,3%	28,6%	40,0%
	80-71	Número	6	8	14
		%	20,7%	38,1%	28,0%
	90-81	Número	6	6	12
		%	20,7%	28,6%	24,0%
	Total	Número	29	21	50
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Avaliando a frequência dos *dropouts*, no TA foram três no total (5,88%), sendo um no GE e dois no GC, e o motivo de ambos foi indisponibilidade de tempo. O TB obteve o maior número de *dropouts*. Foram 15 no total (31,3%), sete no GE e oito no GC. O motivo principal foi o de crise, de mania e de depressão, que somaram 40,1%. Quarenta por cento foram excluídos, pois ultrapassaram o número de faltas permitidas no grupo. É interessante ressaltar que o número de faltas pode ter por trás uma crise, fato que deixaria a categoria crise mais forte. A indisponibilidade de tempo foi responsável por 13,3% e o paciente não concordar com a pesquisa, 6,7%. Com relação ao TC, foram seis *dropouts* no total (15,2%), três do GE e três no GC. O motivo principal foi crise de depressão (50%), seguido de excesso de faltas (33,3%) e agravamento de outro problema de saúde (16,7%). No tempo D, saiu um paciente do GE e, no tempo E, saíram

dois do GE pelo mesmo motivo: inviabilidade de estar presente na avaliação. Assim, totalizaram-se 52,9% (27) de *dropouts*, como mostra a Tabela 24. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,443$). O número de *dropouts* foi considerado alto. Podemos pensar que esse tratamento não funciona, mas, diante de tantas evidências apresentadas pela literatura contrárias, foram exploradas mais adiante as razões para isso ter ocorrido.

Tabela 24 - *Dropout* de todo o estudo

			Identificação do Grupo que o paciente participou		Total
			Experimental	Controle	
<i>Dropout</i> em todo estudo	não <i>dropout</i>	Número	15	9	24
		%	51,7%	40,9%	47,1%
	<i>Dropout</i>	Número	14	13	27
		%	48,3%	59,1%	52,9%
Total	Número	29	22	51	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Gráfico 5 - Curva de sobrevivência dos *dropouts*

A curva nos do Gráfico 5 indica a proporção de participantes em cada tempo. Por exemplo: no tempo 1 (A), a proporção é de aproximadamente 94% e cai para 63% no tempo 2 (B), e assim por diante.

Os resultados da AGF não se alteraram ao longo do tempo de forma estatisticamente significativa ($p=0,867$, $p=0,671$, $p=0,562$, $p=0,700$, $p=0,130$) e também não houve diferença entre os grupos ($p= 0,369$).

8 DISCUSSÃO

Com relação aos sintomas de mania, os pacientes dessa amostra apresentaram baixos escores, no momento da admissão no estudo, tendo sido mantidos em ambos os grupos. Então, se a psicoeducação funcionou como fator preventivo de sintomas maníacos, o GC também funcionou.

Os sintomas depressivos, entretanto, apresentaram piora nos dois grupos. Esse dado não corrobora os estudos da literatura (Colom et al., 2003(a e b), 2004, 2009; Miklowitz et al., 2007) que apontam para uma melhora da sintomatologia depressiva sob impacto da psicoeducação. Da mesma forma, a avaliação da adequação social, que mede a recuperação funcional dos sujeitos nos âmbitos socio-ocupacional, situação financeira e relações interpessoais (sociais e familiares), também apresentou escores mais baixos ao longo do tempo. É provável, porém, que a piora dos sintomas depressivos seja responsável por esses resultados.

Em contrapartida, apesar da recuperação funcional ter piorado na avaliação da escala citada, os índices de qualidade de vida no meio ambiente (domínio 4) apresentaram uma tendência de melhora ao longo do tempo quando avaliados pela WHOQOL-bref ($p=0,059$) nos pacientes que participaram da psicoeducação com relação aos controles. O domínio 4 do questionário WHOQOL-bref refere-se às facetas de segurança física e proteção. Isso inclui o nível de satisfação com relação ao: ambiente em casa; recursos financeiros; disponibilidade e qualidade dos cuidados de

saúde e sociais; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação e lazer; além do ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima e transporte).

A piora dos sintomas depressivos pode ter impactado negativamente a recuperação funcional, tal como avaliada pela escala de adequação social (EAS), e não a qualidade de vida medida pela WHOQOL-bref, pois os aspectos avaliados pela primeira focam a retomada de atividades sociais e ocupacionais concretas, enquanto na segunda é avaliada a qualidade de vida percebida pelo sujeito independente das mudanças concretas alcançadas. Além disso, os sujeitos que participaram da psicoeducação tiveram acesso a novas informações sobre saúde e estímulo para que essas informações pudessem ser colocadas em prática no cotidiano. Esse fato pode ter impactado positivamente a qualidade de vida no domínio meio ambiente.

Houve uma percepção de melhora após o tratamento, avaliada pela escala Clinical Global Impressions (CGI) tanto na opinião do avaliador quanto na do paciente, que se manteve no seguimento de um ano. Segundo o avaliador, a melhora ocorreu em 86,2% dos casos (90% do GE e 81,3% do GC) no pós-tratamento e em 80% dos casos (85% do GE e 75,1% do GC) no seguimento de um ano. Para o paciente, a melhora ocorreu em 86,1% dos casos (95% do GE e 75,1% do GC) e em 83,3% dos casos (90% do GE e 75,1% do GC) no seguimento. Mesmo que a percepção de melhora tenha ocorrido nos dois grupos, os sujeitos que receberam psicoeducação foram percebidos como clinicamente melhores em todas as avaliações.

O alto índice de *dropouts* chama a atenção neste estudo. Uma possível explicação seria que os sujeitos deste estudo consistem em casos muito graves (62,2% da amostra tiveram mais de 10 episódios do humor anteriores ao estudo), uma vez que a maior parte da amostra proveio de um ambulatório especializado (GRUDA), que atende a pacientes que não conseguiram resultado em tratamentos realizados em outros centros do país. Entretanto, os marcadores de gravidade da doença levantados na Tabela 1 (idade de início da doença, número de episódios anteriores, número de medicações no ato da admissão no estudo, presença de comorbidades do eixo I e número de parentes de primeiro grau com transtorno psiquiátrico) foram representativos de homogeneidade entre os grupos experimental e controle, assim como entre o grupo que abandonou o tratamento e o que ficou até o final ($p=0,828$, $p=0,812$, $p=0,226$, $p=0,489$, $p=0,891$).

Apesar do critério de eutimia utilizado, é possível que o alto número de *dropouts* se deva à sintomatologia subsindrômica presente em alguns casos. A escala que avalia sintomatologia maníaca (YMRS) apresentou escores significativamente maiores dos sujeitos que abandonaram o tratamento ($p=0,003$). Como não ocorreu o mesmo com a sintomatologia depressiva, avaliada pela HDRS ($p=0,516$), é possível considerar que a sintomatologia subsindrômica maníaca seja um fator preditivo de abandono do tratamento neste estudo.

Outra característica dos sujeitos que abandonaram o tratamento foi o pior suporte familiar quando comparados aos que permaneceram ($p=0,056$). Os valores foram extraídos das questões de suporte social e familiar da SAS

– questões 19 a 27 e 30 a 53. É provável que o suporte social e familiar esteja diretamente relacionado à adesão ao tratamento e à consequente prevenção de recaídas, como mostra a Tabela 25.

Tabela 25 - Relação dos *dropouts* e suporte social e familiar.

	<i>Dropout geral</i>	N	Média	Desvio Padrão	Média do erro padrão
Suporte social	Não <i>dropout</i>	24	2,0139	,59975	,12242
	<i>Dropout</i>	27	2,1696	,68488	,13181
Suporte familiar	Não <i>dropout</i>	24	1,6124	,45434	,09274
	<i>Dropout</i>	27	1,8939	,55822	,10743

Por tratar-se do primeiro estudo, de acordo com a literatura consultada, com uma intervenção psicoeducacional de sessões altamente estruturadas e adaptadas para a população brasileira, este estudo apresentou resultados importantes e inéditos. Na literatura nacional, encontram-se principalmente revisões da literatura sobre o assunto.

Este estudo se reveste de grande importância para o estudo da eficácia da técnica da PE para pacientes bipolares. É o primeiro estudo, de acordo com a literatura consultada, em que as sessões, altamente estruturadas, foram adaptadas especialmente para a população brasileira e que se propõe a avaliar o impacto da PE nos sintomas e no funcionamento dos pacientes bipolares no Brasil.

Limitações do estudo

O estudo apresentou algumas limitações, que serão apontadas, para que futuros estudos possam tentar corrigi-las.

1. O tamanho pequeno da amostra aliado à alta porcentagem de *dropouts*. Essa limitação prejudicou a análise na medida em que o número de sujeitos participantes diminuiu e esse número restante pode não ter sido suficiente para detectar o impacto do tratamento ao longo do tempo e a diferença entre os grupos.
2. Apesar de a literatura consultada relatar estudos, cujo critério de inclusão é de três a seis meses de eutimia para admissão do sujeito, no presente estudo, encontramos dificuldades na localização de pacientes eutímicos, talvez pela gravidade da amostra descrita anteriormente. O tempo de eutimia reduzido a uma semana pode ter comprometido a confiabilidade na estabilidade sintomática. Alguns sujeitos poderiam estar apenas em mudança de fase, e não em período de eutimia. Esse fato pode ter contribuído para o elevado índice de *dropout* por recaídas, o que prejudicou a análise dos dados.

9 CONCLUSÃO

-
1. A recuperação sintomática da mania foi observada de maneira equivalente no grupo de psicoeducação e no GC.
 2. Não foi observada a recuperação sintomática da depressão, bem como a melhora funcional avaliada pela escala de Adequação Social, que pode ter-se mostrado prejudicada pela própria sintomatologia depressiva.
 3. A psicoeducação tendeu a impactar positivamente no bem-estar do indivíduo em seu meio ambiente.
 4. A propriedade da psicoeducação de melhorar o bem-estar do sujeito em seu ambiente pareceu relacionar-se com a propriedade da psicoeducação de promover a prática de hábitos saudáveis.
 5. A melhora clínica global maior no grupo de psicoeducação foi mantida no seguimento de um ano.
 6. Aqueles que entraram com mais sintomas de mania no estudo não completaram o tratamento. Esse fator surgiu como preditor de baixa adesão. O mesmo não foi verdadeiro para os sintomas depressivos avaliados pela HDRS.
 7. Outro fator que surgiu como preditor de baixa adesão foi o baixo suporte familiar. Aqueles sujeitos que apresentaram um suporte familiar pior não terminaram o tratamento (independente do motivo).

10 ANEXOS

Anexo A - Aprovação do Comitê de Ética

Ref. Processo: 07/53138-9

HC

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 22/08/2007, APROVOU o Protocolo de Pesquisa nº 0398/07, intitulado: "IMPACTO DA PSICOEDUCAÇÃO NA RECUPERAÇÃO SINTOMÁTICA E FUNCIONAL DOS PACIENTES BIPOLARES" apresentado pelo Departamento de PSQUIATRIA, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: Ricardo Alberto Moreno

Pesquisador (a) Executante: Karina de Barros Pellegrinelli

CAPPesq, 27 de Agosto de 2007

Recebido: 30/08/07, às 14h2
Departamento de Psiquiatria de FMUSP



Prof. Dr. Eduardo Massad
Presidente da Comissão
de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa

Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA NA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA : Impacto da Psicoeducação na Recuperação Sintomática e Funcional dos Pacientes Bipolares

PESQUISADORA EXECUTANTE: Karina de Barros Pellegrinelli

MESTRANDA, PÓS-GRADUAÇÃO, DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

.....

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 14 meses

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa:

Há necessidade de estudos nesta área para que se possa oferecer o tratamento mais eficaz aos pacientes.

Verificar o impacto da técnica chamada de psicoeducação na melhora dos sintomas e do funcionamento dos pacientes nas diferentes áreas da sua vida: trabalho, relacionamento familiar e social.

2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais:

A duração da pesquisa é de 14 meses. Serão feitas cinco avaliações: uma antes do tratamento, uma no meio, uma logo depois, uma seis meses depois e, por último, uma 12 meses depois.

Dois grupos acontecerão na pesquisa durante oito semanas, duas vezes por semana: um de Psicoeducação e o outro de Relaxamento. Psicoeducação são informações dadas ao paciente a respeito da doença e seu tratamento. No grupo de Relaxamento, serão revezadas três técnicas de relaxamento.

Os grupos serão às _____, com duração de 90 minutos. Um grupo será de ____:____ as ____:____ e o outro das ____:____ às ____:____. Você poderá participar do grupo de Psicoeducação ou de Relaxamento.

3. Riscos esperados: mínimos.

4. Benefícios que poderão ser obtidos: melhora dos sintomas e da qualidade de vida.

5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas;

2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuidade da assistência;

3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade;

4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa;

5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Karina de Barros Pellegrinelli e Ricardo Alberto Moreno.

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos s/n CEP 05403-010 São Paulo, Brasil.

Telefones:3069-6648 e 3069-7894

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 200__.

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome legível)

Anexo C - Caderno de Escalas

GUIA DE ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA A ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO HAMILTON

Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale – SIGH-D

Introdução: *Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a última semana. Como você tem se sentido nesta última semana? Você tem trabalhado? SE NÃO: Por que não?*

1. Como tem estado seu humor na última semana? Você tem se sentido para baixo ou deprimido? Triste? Sem esperança? Na última semana, com que frequência você se sentiu (a palavra usada pelo paciente)? Todos os dias? O dia inteiro? Você tem chorado?

HUMOR DEPRIMIDO (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade):

0- ausente

1- sentimentos relatados apenas ao ser inquirido

2- sentimentos relatados espontaneamente, com palavras

3- comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro

4- sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não-verbal do paciente

Se pontuou de 1-4, pergunte: Há quanto tempo você tem se sentido dessa maneira?

2. Você tem se sentido especialmente autocrítico nesta última semana, sentindo que fez coisas erradas ou decepcionou outras pessoas? SE SIM: quais foram esses pensamentos?

Você tem se sentido culpado com relação a coisas que fez ou não fez? Você tem pensado que, de alguma forma, você é responsável pela sua depressão? Você sente que está sendo punido ficando doente?

SENTIMENTOS DE CULPA:

0- ausente

1- autorrecriminação; sente que decepcionou os outros

2- ideias de culpa ou ruminância sobre erros passados ou más ações

3- a doença atual é um castigo. Delírio de culpa

4- ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras

3. Nesta última semana, você teve pensamentos de que não vale a pena viver ou que você estaria melhor morto? Ou pensamentos de se machucar ou até de se matar? SE SIM: o que você tem pensado sobre isso? Você já se machucou?

SUICÍDIO:

0- ausente

1- sente que a vida não vale a pena

2- deseja estar morto ou pensa na possibilidade de sua própria morte

3- ideias ou gestos suicidas

4- tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marcar 4)

4. Como tem sido seu sono na última semana? Você teve alguma dificuldade em iniciar o sono? Após se deitar, quanto tempo leva para conseguir dormir? Em quantas noites nesta última semana você teve problemas para iniciar o sono?

INSÔNIA INICIAL:

0- sem dificuldade para conciliar o sono

1- queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora

2- queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites

5. Durante esta última semana, você tem acordado no meio da noite? SE SIM: você sai da cama? O que você faz? (somente vai ao banheiro?) Quando você volta para a cama, você volta a dormir logo? Você sente que seu sono é agitado ou perturbado em algumas noites?

INSONIA INTERMEDIÁRIA:

0- sem dificuldade

1- o paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite

2- acorda à noite – qualquer saída da cama, marcar 2 (exceto para urinar)

6. A que horas você tem acordado pela manhã na última semana? Se cedo: acorda com despertador ou sozinho? A que horas você normalmente acorda (ou seja, antes de ficar deprimido)?

INSONIA TARDIA:

0- sem dificuldade

1- acorda de madrugada, mas volta a dormir

2- incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama

7. Como você tem passado seu tempo na última semana (quando não está no trabalho)? Você se sente interessado em fazer (essas atividades) ou você tem que se esforçar? Você parou de fazer atividades que costumava fazer? (SE SIM: Por quê?

Há alguma coisa que você aguarda ansiosamente?). No seguimento:

Seu interesse voltou ao normal?

TRABALHO E ATIVIDADES:

0- sem dificuldades

1- pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza, relacionados a atividades: trabalho ou passatempos

2- perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho), quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão ou vacilação (sente que precisa se esforçar para o trabalho ou atividade)

3- diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente passar ao menos três horas ao dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempos)

4- parou de trabalhar devido à doença atual no hospital marcar 4 se o paciente não se ocupar de outras atividades além de pequenas tarefas do leito ou for incapaz de realizá-las sem ajuda

8. Avaliação baseada na observação durante a entrevista:

RETARDO (lentificação do pensamento e fala. dificuldade de concentração. diminuição da atividade motora):

0- pensamento e fala normais

1- leve retardo à entrevista

2- retardo óbvio à entrevista

3- entrevista difícil

4- estupor completo

9. Avaliação baseada na observação durante a entrevista

AGITAÇÃO:

0- nenhuma

1- inquietude

2- brinca com as mãos, com os cabelos, etc.

3- mexe-se, não consegue sentar quieto

4- torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

10. Você tem se sentido especialmente tenso ou irritado nesta última semana? Você tem estado preocupado com coisas pouco importantes, com as quais normalmente não se preocuparia? SE SIM: como o que, por exemplo?

ANSIEDADE PSÍQUICA:

0- sem dificuldade

1- tensão e irritabilidade subjetivas

2- preocupação com trivialidades

3- atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala

4- medos expressos sem serem inquiridos

11. Na última semana, você sofreu de alguns dos seguintes sintomas físicos? Leia a lista, parando após cada sintoma para resposta. O quanto estes sintomas o incomodaram na última semana? Quão intensos eles foram? Quanto tempo ou com que frequência você os teve? Nota: não considerar se claramente relacionados à medicação (por exemplo, boca seca e imipramina)

ANSIEDADE SOMÁTICA

Concomitantes fisiológicos da ansiedade, tais como: Gastrintestinais:

Doca seca, flatulência, indigestão, diarreia, Cólicas, eructações | Cardiovasculares: palpitações, cefaleias | Respiratórios: hiperventilação, suspiros | Frequência urinária | Sudorese

0- ausente

1- leve

2- moderada

3- grave

4- incapacitante

12. Como tem estado seu apetite nesta última semana? Como se compara ao seu apetite habitual? Você tem tido que se esforçar a comer? As outras pessoas têm que insistir para você comer?

SINTOMAS SOMÁTICOS GASTRINTESTINAIS:

0- nenhum

1- perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdome

2- dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os Intestinos ou para sintomas digestivos

13. Como tem estado sua "energia" nesta última semana?

Você se sente cansado o tempo todo? Nesta última semana, você teve dor nas costas, dor de cabeça ou dor muscular? Nesta última semana, você tem se sentido um peso nos membros, costas ou cabeça?

SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL:

0- nenhum

1- peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaleia, mialgias. Perda de energia e cansaço

2- qualquer sintoma bem caracterizado e nítido marcar 2

14. Como tem estado seu interesse em sexo nesta semana? Não estou lhe perguntando sobre performance, mas sobre seu interesse por sexo – o quanto você tem pensado nisso? Houve alguma mudança em seu interesse por sexo (com relação à época em que você não estava deprimido)? Isso é algo em que você tem pensado muito? Se não, isso é pouco habitual para você?

SINTOMAS GENITAIS

Sintomas como perda de libido, distúrbios menstruais

0- ausentes

1- leves

2- intensos

15. Na última semana, o quanto seus pensamentos têm focalizado na sua saúde física ou no funcionamento de seu corpo (comparado ao seu pensamento habitual?) Você se queixa muito de sintomas físicos? Você tem se deparado com situações em que você pede ajuda para fazer coisas que poderia fazer sozinho? Se sim: Como o que, por exemplo? Com que frequência isto tem ocorrido?

HIPOCONDRIA:

0- ausente

1- auto-observação aumentada (com relação ao corpo)

2- preocupação com a saúde

3- queixas frequentes, pedidos de ajuda etc.

4- ideias delirantes hipocondríacas

16. Você perdeu algum peso desde que essa (DEPRESSÃO) começou? Se sim: quanto? Se incerto: você acha que suas roupas estão mais folgadas? No seguimento: você voltou a ganhar algum peso?

PERDA DE PESO:

0- sem perda de peso ou com perda de peso NÃO causada pela doença atual

- 1- perda de peso provavelmente causada pela doença atual. Perda de menos de meio quilo.
- 2- perda de peso definitivamente causada pela doença atual. Perda de meio quilo ou mais

17. Avaliação baseada na observação CRÍTICA:

0- reconhece que está deprimido e doente

1- reconhece a doença mas atribui a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso etc.

2- nega estar doente

18. Nesta última semana, você se sentiu melhor ou pior em algum período específico do dia - manhã ou noite?

SE VARIAÇÃO: quão pior você se sente (DIA OU NOITE)? SE INDECISO. Um pouco pior ou muito pior?

VARIAÇÃO DIURNA:

A. Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à tarde. Caso NÃO haja variação, marcar "nenhuma"

0- nenhuma

1- pior de manhã

2- pior à tarde

B. Quando presente, marcar a gravidade da variação. Marcar "nenhuma" caso NÃO haja variação.

0- nenhuma

1- leve

2- grave

Nota: caso haja variação diurna, SÓ a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no item 18B.) é o que deve ser incluída na contagem final. O item 18 A não deve ser computado.

19. Na última semana, você teve subitamente a sensação de que tudo é irreal, ou que você está em um sonho, ou separado do contato das outras pessoas de uma maneira estranha? Alguma sensação de flutuação? SE SIM: quão ruim isso tem sido? Quantas vezes isso aconteceu nesta semana?

DESPERSONALIZAÇÃO E PERDA DE NOÇÃO DE REALIDADE:

Tais como: sensações de irrealidade, idéias niilistas

0- ausentes

1- leves

2- moderadas

3- graves

4- incapacitantes

20. Nesta última semana, você sentiu que alguém tentou te prejudicar ou te machucar?

Se não: e sobre alguém falando sobre você pelas costas? Se sim: fale mais sobre isso

SINTOMAS PARANOIDES:

0- nenhum

1- desconfiança

2- ideias de referência

3- delírio de referência e perseguição

21. Na última semana, você teve que fazer alguma coisa várias vezes? Houve algo que você teve que fazer e refazer várias vezes, como checar se as portas estão fechadas? SE SIM: você pode me dar um exemplo? Você teve algum pensamento que não faz sentido para você, mas que fica voltando à sua cabeça sem parar? SE SIM: você pode me dar um exemplo?

SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS:

0- nenhum

1- leves

2- graves

22. Retomando ao seu padrão de sono, você tem ido se deitar e adormecido mais cedo que o habitual?

Pelo menos uma hora mais cedo?

Em quantas noites nesta semana isso aconteceu?

HIPERSÔNIA - ADORMECER PRECOCE:

0- não

1- leve, menos que 60 minutos

2- óbvia, definida - mais que 60 minutos mais cedo, todas as noites

23. Você tem dormido em excesso, ficando na cama além da sua hora habitual de levantar?

Por quantas horas? Quantas vezes isso aconteceu na última semana?

HIPERSÔNIA - DORMIR MAIS QUE O HABITUAL:

0- não

1- leve, infrequente - menos do que uma hora

2- óbvia/definida - dorme em excesso por mais do que uma hora na maioria dos dias

24. Você tem dormido durante o dia? Seu cochilo dura mais do que 30 minutos? Em quantos dias desta semana você tirou cochilo/dormiu durante o dia?

HIPERSÔNIA - COCHILOS:

0- ausentes

1- leve, infrequente - cochilos duram menos do que 30 minutos, ou relata sonolência diurna excessiva

2- óbvia/definida - cochilos duram mais do que 30 minutos na maioria dos dias

25. Retornando ao seu apetite, você tem notado que tem desejado comer mais do que o habitual nesta última semana?

Você teve alguma fissura por comida? Você tem aumentado significativamente a quantidade do que come?

AUMENTO DE APETITE (mudança no apetite caracterizada por aumento na quantidade de comida ingerida ou fissura excessiva):

0 - ausente

1- mínimo - aumento leve do apetite; fissura por comida

2- definido - aumento acentuado na ingestão de comida ou fissura

26. Você ganhou peso durante a última semana? Você ganhou 1 kg ou mais nesta semana?

Você ganhou 2,5 kg nas duas últimas semanas?

GANHO DE PESO:

0- ausente

1- duvidoso/mínimo - menos do que 0,5 kg

2- óbvio - ganho de peso de 0,5 kg ou mais

27. Observação e relato:

Você tem dificuldade de começar tarefas ou fazer coisas que fazia habitualmente no curso do dia? Fazer esta entrevista?

RETARDO PSÍQUICO:

Retardo da fala e do processo de pensamento: descreve inibição da vontade ou sensação de que os processos de pensamento estão paralisados. Avalie com base na observação e na autodescrição, mas diferencie de um real retardo motor

0- ausente

1- leve: discreto retardo da fala e do processo de pensamento

2- moderado: demora em responder às questões, descreve inibição da volição

3- grave: retardo da fala e do processo de pensamento suficiente para prolongar significativamente a entrevista

4- extremo/excessivo: quase em mutismo. minimamente responsivo

28. Retardo do movimento e de expressão afetiva, Avalie com base na observação e na autodescrição, mas diferencie retardo de pensamento ou fala.

RETARDO MOTOR:

0- ausente

1- leve; discreto achatamento do afeto, expressão fixa

2- moderado; voz monótona e diminuição de movimentos espontâneos

3- grave: óbvio retardo de movimento, marcha; afeto embotado

4- extremo: em estupor: retardo motor acentuado observado na marcha e na postura

29. Na última semana, você se sentiu desamparado para fazer coisas que você faz habitualmente, incapaz de completar suas tarefas, incluindo vestir-se, comer, arrumar-se? Você precisou de ajuda para alguma dessas coisas?

DESAMPARO:

0- ausente

1- sentimentos subjetivos extraídos apenas pela entrevista

2- paciente relata espontaneamente sentimentos de desamparo

3- necessita de insistência, orientação e reassuramento para completar tarefas

4- requer assistência para se vestir, comer ou realizar higiene pessoal.

30. Durante a última semana, você tem tido esperança de que vai melhorar? Você está se sentindo desencorajado, em desespero, pessimista quanto ao futuro?

DESESPERANÇA:

0- ausente

1- duvida intermitentemente que "as coisas irão melhorar", mas pode ser reassurado

2- sente-se sem esperança, mas aceita reassuramentos

3 - expressa sentimentos de desencorajamento, desespero, pessimismo quanto ao futuro, que não podem ser desfeitos

4- espontânea e inapropriadamente persevera. "nunca vou melhorar" ou equivalente

31. Durante a última semana, você se sentiu inútil, ruim ou inferior? Você já teve sentimentos ruins sobre você mais fortes que esses? BAIXA ESTIMA:

0- ausente

1- indica sentimentos de inutilidade (perda da autoestima) apenas quando perguntado

2 - paciente indica espontaneamente sentimentos de inutilidade

3 - diferente de (2) acima por grau: paciente relata espontaneamente que é "ruim" ou "inferior"

4- delírios de inutilidade

YMRS – YOUNG MANIA RATING SCALE – Entrevista

Tradução, adaptação, modificação e elaboração de catálogo de definições de sintomas com roteiro de entrevista semiestruturada por Vilela e Loureiro (2000) (Gorenstein et al., 2000).

Guia para avaliação dos itens – a proposta de cada item é avaliar a gravidade da anormalidade no paciente. Quando vários sintomas são fornecidos para um grau específico de gravidade, a presença de apenas um dos sintomas é suficiente para a pontuação. Os sintomas são fornecidos como guias. Pode-se ignorá-los se isso for necessário para indicar gravidade, embora isso deva ser a exceção, e não a regra. Pontuação entre os escores fornecidos (ponto inteiro ou meio ponto) é possível e incentivada após aquisição de experiência com a escala, isso é particularmente útil quando a gravidade de um item específico em um paciente não segue a sequência indicada pelos sintomas

1. Humor expansivo/elevado

Como tem estado seu humor nesta última semana?

Você tem se sentido mais alegre, otimista ou autoconfiante? Há razão para se sentir assim? É mais do que seu habitual?

Você tem estado tão alegre que as outras pessoas acham que você não está no seu normal?

Houve algum momento em que você riu de coisas que normalmente não te deixariam alegre? Sentiu-se mais brincalhão/brincalhona? Fez brincadeiras que as pessoas acharam de mau gosto?

0- Ausente

1- Leve ou possivelmente elevado quando questionado

- 2- Elevação subjetiva bem definida; otimista, autoconfiante; alegre; apropriado ao conteúdo
- 3- Elevado, inapropriado ao contexto: jocoso
- 4- Eufórico: riso inapropriado; cantando

2. Aumento da energia e atividade motora

Como tem estado sua energia nesta última semana? Você teve momentos em que se sentiu com energia em excesso? Sentiu-se inquieto(a) ou agitado(a)? Você tem estado mais ativo(a) que o usual? Sente vontade de fazer várias coisas ao mesmo tempo?

- 0- Ausente
- 1- Aumento subjetivo
- 2- Animado: aumento de gesticulação
- 3- Energia excessiva; às vezes, hiperativo: inquieto/impaciente (pode ser acalmado)
- 4- Excitação motora; hiperatividade contínua (não pode ser acalmado)

3. Interesse sexual

Você tem estado muito paquerador(a), feito piadas sobre sexo? Você tem sentido mais interesse ou desejo sexual do que o habitual? Tem estado mais ativo(a) sexualmente do que o habitual? Tem tido algum tipo de comportamento sexual que não era habitual antes? Alguém reclamou do seu comportamento sexual na última semana?

- 0- Normal; sem aumento
- 1- Leve ou possivelmente aumentado
- 2- Aumento subjetivo bem definido quando questionado
- 3- Conteúdo sexual espontâneo; discorre sobre assuntos sexuais; hipersexualizado segundo autorrelato
- 4- Atos sexuais evidentes (direcionados a pacientes, equipe ou entrevistador)

4. Sono

Quantas horas por noite você tem dormido? Quantas horas a menos tem dormido que o habitual? Mesmo assim, você se sente descansado(a) e bem disposto(a)?

- 0- Não relata diminuição do sono
- 1- Dorme menos do que o habitual (até uma hora a menos)
- 2- Dorme menos do que o habitual (por uma hora ou mais)
- 3- Relata diminuição da necessidade de sono
- 4- Nega necessidade de sono

5. Irritabilidade

Aconteceu algo que tenha feito você se sentir irritado(a) nesta última semana? Se sim, isso te irritou mais que o usual? Como você demonstrou sua raiva? Discutiu, agrediu alguém ou quebrou objetos? Se não, mesmo sem ter acontecido algo, você tem se sentido mais irritado?

- 0- Ausente
- 2- Aumento subjetivo
- 4- Irritável em alguns momentos durante a entrevista; episódios recentes de raiva ou importunação na enfermaria
- 6- Frequentemente irritável durante a entrevista
- 8- Hostil, não cooperativo; entrevista impossível

6. Discurso (velocidade e quantidade)

Na última semana, você tem estado mais falante que seu normal? As pessoas comentam que você está tagarela? Elas demonstram dificuldade em acompanhar o que você fala ou se queixam de que você não as deixa falar? Uma vez que você começa a falar, tem tido dificuldade em parar?

- 0- Sem aumento
- 2- Sente-se mais falante
- 4- Aumento da velocidade ou quantidade em alguns momentos, prolixo em alguns momentos
- 6- Aumento consistente da velocidade e quantidade; difícil interromper
- 8- Pressão de discurso, ininterruptível, discurso contínuo.

7. Distúrbio de linguagem-pensamento

Na última semana, você notou que seus pensamentos estão mais rápidos do que o habitual? Seu raciocínio tem estado especialmente claro ou aguçado? Acontece de você se distrair facilmente, passando rapidamente de um pensamento a outro, perdendo o fio da meada?

0- Ausente

1- Circunstancial; leve distraibilidade; pensamentos rápidos

2- Distraído; perde intenção do pensamento; muda de assunto frequentemente; pensamentos acelerados

3- Fuga de ideias; tangencialidade; difícil para acompanhar; rimando, ecolalia

4- Incoerente; comunicação impossível

8. Conteúdo

Nesta última semana, você tem tido novas ideias ou projetos para a sua vida? Quais? Você tem se sentido com algum talento ou habilidade especial? Você teve alguma experiência religiosa incomum? Você tem tido idéias ou pensamentos que não fazem sentido para as outras pessoas? Você tem percebido coisas ou coincidências que as pessoas não percebem? Tem tido sensações de que estão falando de você ou tentando te prejudicar?

0- Normal

2- Planos questionáveis, novos interesses

4- Projetos especiais, hiperreligioso

6- Ideias grandiosas ou paranoides; ideias de referência

8- Delírios; alucinações

9. Comportamento disruptivo-agressivo

Como você tem se relacionado com as pessoas nesta última semana? Às vezes, você fala alto, reclama ou se torna sarcástico(a) com as pessoas? Você brigou com alguém ou quebrou coisas na última semana?

0- Ausente, cooperativo

2- Sarcástico; fala alto às vezes, vigilante

4- Querelante; faz ameaças na enfermaria

6- Ameaça entrevistador; grita; entrevista difícil.

8- Agressivo; destrutivo; entrevista impossível

10. Aparência

O quanto cuidou de sua aparência nesta última semana? Alguém achou você mal vestido(a) ou arrumado(a) demais? Você escolheu roupas com cores que não está habituado a usar? Usou mais acessórios ou maquiagem do que de costume?

0- Traje e cuidados pessoais apropriados

1- Um pouco descuidado

2- Desleixado, moderadamente desalinhado, trajes exagerados.

3- Desalinhado, parcialmente trajado, maquiagem extravagante

4- Completamente descuidado, enfeitado, vestes bizarras

11. *Insight*

Analisando a última semana, você acha que seu comportamento(jeito de agir) tem estado diferente do seu habitual? Essas coisas aconteceram porque você estava eufórico(a)? Como você interpreta o fato de _____ (exemplificar com possíveis sintomas apresentados)? Você acha que precisa de tratamento?

0- Presente; admite doença; concorda com necessidade de tratamento

1- Possivelmente doente

2- Admite mudanças de comportamento, mas nega doença

3- Admite possível mudança de comportamento, mas nega doença

4- Nega qualquer mudança de comportamento

CGI – Clinical Global Impressions

1. GRAVIDADE DA DOENÇA

Considerando sua experiência clínica total com esta população em particular, quão mentalmente doente está o paciente no momento?

0=não avaliado

1=normal, não está doente

2=mentalmente doente, "borderline"

3=levemente doente

4=moderadamente doente

5=marcadamente doente

6=gravemente doente

7=entre os pacientes mais extremamente doentes

2.MELHORA GLOBAL

Avalie a melhora global, não importando se a melhora, pelo seu julgamento, se deve ao tratamento medicamentoso ou não. Em comparação à condição do paciente na admissão a este projeto, quanto o paciente mudou?

0=não avaliado

1=muitíssimo melhor

2=muito melhor

3=minimamente melhor

4=sem mudança

5=minimamente pior

6=muito pior

7=muitíssimo pior

3.MELHORA GLOBAL DO PACIENTE

Qual código melhor descreve como o paciente se sente desde que começou o tratamento?

0=não avaliado

1=muitíssimo melhor

2=muito melhor

3=minimamente melhor

4=sem mudança

5=minimamente pior

6=muito pior

7=muitíssimo pior

AGF – Escala de Avaliação Global do Funcionamento

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional em um *continuum* hipotético de saúde-doença mental. Não incluir prejuízo no funcionamento devido a limitações físicas ou ambientais. Usar códigos intermediários quando apropriado, por ex.: 45, 68, 72.

100-91 – Funcionamento superior em uma ampla faixa de atividades, problemas de vida jamais vistos fora de seu controle, é procurado por outros em vista de suas muitas qualidades positivas. Não apresenta sintomas.

90-81 – Sintomas ausentes ou mínimos (por ex.: leve ansiedade antes de um exame), bom funcionamento em

todas as áreas, interessado e envolvido em uma ampla faixa de atividades, efetivo socialmente, em geral satisfeito

com a vida, nada além de problemas e preocupações cotidianas (por ex.: uma discussão ocasional com membros

da família).

80-71 – Se sintomas estão presentes, eles são temporários e consistem de reações previsíveis a estressores psicossociais (por ex.: dificuldade para se concentrar após uma discussão em família); não mais do que leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex.: apresenta declínio temporário na escola).

70-61 – Alguns sintomas leves (por ex.: humor depressivo e insônia leve OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex.: faltas injustificadas à escola ocasionalmente, ou furto dentro de casa), mas geralmente funcionando muito bem; possui alguns relacionamentos interpessoais significativos.

60-51 – Sintomas moderados (por ex.: afeto embotado e fala circunstancial, ataques de pânico ocasionais) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional e escolar (por ex.: poucos amigos, conflitos com companheiros ou colegas de trabalho).

50-41 – Sintomas sérios (por ex.: ideação suicida, rituais obsessivos graves, frequentes furtos em lojas OU qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex.: nenhum amigo, incapaz de manter um emprego).

40-31 – Algum prejuízo no teste da realidade ou comunicação (por fala às vezes ilógica, obscura ou irrelevante) ou prejuízo importante em diversas áreas, tais como emprego ou escola, relações familiares, julgamento, pensamento ou humor (por ex.: homem deprimido evita amigos, negligencia à família e é incapaz de trabalhar; criança frequentemente bate em crianças mais jovens, é desafiadora em casa e está indo mal na escola).

30-21 – Comportamento é consideravelmente influenciado por delírios ou alucinações OU sério prejuízo na comunicação ou julgamento (por ex.: ocasionalmente incoerente, age de forma grosseiramente inapropriada, preocupação suicida OU incapacidade para funcionar na maioria das áreas (por ex.: permanece na cama o dia inteiro; sem emprego, casa ou amigos).

20-11 – Algum perigo de ferir a si mesmo ou a outros (por ex.: tentativa de suicídio sem clara expectativa de morte; frequentemente violento, excitação maníaca) OU ocasionalmente falha em manter higiene pessoal mínima (por ex.: amplamente incoerente ou mudo).

10-1 – Perigo persistente de ferir gravemente a si mesmo ou a outros (por ex.: violência recorrente) OU incapacidade persistente para manter uma higiene pessoal mínima OU sério ato suicida com clara expectativa de morte.

0 – Informações inadequadas.

ENTREVISTA PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO

(Respostas do **médico**).

1. O paciente toma a medicação prescrita?

1. Sim 2. Às vezes 3. Não

2. Grau de envolvimento e interesse do paciente com o tratamento.

1. Alto 2. Médio 3. Baixo

3. Frequência às consultas.

1. Não falta 2. Falta às vezes 3. Falta muito

4. Concentração Sanguínea do Estabilizador de Humor. _____

DADOS DO PRONTUÁRIO

Número de internações, o tempo para primeira recaída, o número de recaídas, a duração e intensidade de cada uma, no período da pesquisa.

ENTREVISTA PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO

(Respostas do **familiar se possível –via telefone**).

1. O seu familiar toma a medicação prescrita?

1. Sim 2. Às vezes 3. Não

2. Qual é o grau de envolvimento e interesse do seu familiar com o tratamento?

1. Alto 2. Médio 3. Baixo

3. Qual é a frequência do seu familiar às consultas?

Não falta 2. Falta às vezes 3. Falta muito

1.

OPINIÃO DO FAMILIAR

1. Esta pergunta só deve ser feita após o início dos grupos) Na sua opinião, desde o início da pesquisa, houve mudança do relacionamento do seu familiar com vocês da família, com os amigos, no trabalho e na saúde física e emocional do seu familiar ?

1. Sim, melhorou 2. Não mudou 3. Sim, piorou

Obs.: _____

ESCALA DE ADEQUAÇÃO SOCIAL – EAS

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

Gostaríamos de saber como você se sentiu no seu trabalho, lazer e vida familiar nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS. Não existem respostas certas ou erradas neste questionário. Escolha as respostas que melhor descrevam como você esteve nas duas últimas semanas.

TRABALHO FORA DE CASA

Assinale a resposta que melhor se adapte à sua condição.

Eu:

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

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

- 1.sim 2.não

Você trabalhou nestas duas últimas semanas com remuneração?

- 1.sim 2.não

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TRABALHO EM CASA

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

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

1. diariamente
2. realizei tarefas domésticas quase todos os dias
3. realizei tarefas domésticas cerca de metade do tempo
4. no geral, não realizei tarefas domésticas
5. fui totalmente incapaz de realizar tarefas domésticas
8. estive ausente de casa nas duas últimas semanas

8. Nas duas últimas semanas, você foi capaz de realizar suas tarefas domésticas, tais como cozinhar, limpar, lavar, fazer compras, consertos caseiros etc.?

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

9. Você se sentiu envergonhado(a) de seu desempenho nas tarefas domésticas, nas duas últimas semanas?

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

10. Você teve algum tipo de discussão com vendedores, comerciantes ou vizinhos, nas duas últimas semanas?

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

11. Você se sentiu incomodado(a) com o seu trabalho doméstico nas duas últimas semanas?

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

12. Você achou seu trabalho doméstico interessante, nas duas últimas semanas?

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

ESTUDANTES

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

Quanto tempo você permanece na escola?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Você achou suas tarefas escolares interessantes nas duas últimas semanas?
1. minhas tarefas escolares foram interessantes o tempo todo
 2. uma ou duas vezes, minhas tarefas escolares não foram interessantes
 3. cerca de metade do tempo, minhas tarefas escolares não foram interessantes
 4. no geral, minhas tarefas escolares não foram interessantes a maior parte do tempo
 5. minhas tarefas escolares não foram interessantes o tempo todo

LAZER

Todos devem responder às questões de 19 a 27

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

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

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

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

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

21. Nas duas últimas semanas, quantas vezes você saiu socialmente com outras pessoas?

Por exemplo, visitou amigos,

foi ao cinema, a restaurantes, à igreja, convidou amigos para sua casa?

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

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

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

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

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

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

1. isso não me afetou ou não aconteceu

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FAMÍLIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. senti afeto o tempo todo

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

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

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

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

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

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

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

FILHOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VIDA FAMILIAR

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

- 1- SIM, responda às questões de 51 a 53
- 2- NÃO, pule para a questão 54

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

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

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

- 1- não achei que os decepcionei em nada
- 2- no geral, não senti que os decepcionei
- 3- cerca de metade do tempo, achei que os decepcionei
- 4- a maior parte do tempo, achei que os decepcionei
- 5- eu os decepcionei completamente

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

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

SITUAÇÃO FINANCEIRA

Todos respondam à questão 54.

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

- 1- tive dinheiro suficiente para as necessidades básicas
- 2- no geral, tive dinheiro suficiente, porém com pequenas dificuldades
- 3- cerca de metade do tempo, tive dificuldades financeiras, porém não precisei pedir dinheiro emprestado .
- 4- no geral, não tive dinheiro suficiente e precisei pedir dinheiro emprestado
- 5- tive sérias dificuldades financeiras

WHOQOL – ABREVIADO – Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – GENEVRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil – Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Professor Adjunto – Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre – RS – Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Alguém o ajudou a preencher este questionário?.....
 Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO
 (Respostas do **paciente**).

1. Você toma a medicação prescrita?

1. Sim 2. Às vezes 3. Não

2. Qual é o seu grau de envolvimento e interesse com o tratamento?

1. Alto 2. Médio 3. Baixo

3. Como é sua frequência às consultas?

1. Não faltou 2. Faltou às vezes 3. Faltou muito

OPINIÃO DO PACIENTE

1. Na sua opinião, desde o início da pesquisa, houve alguma mudança no seu relacionamento com a família, os amigos, no trabalho, na sua saúde física e emocional?

1. Sim, melhorou 2. Não mudou 3. Sim, piorou

Obs.: _____

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo D - Folhas de Respostas

SIGH-D

1	0	1	2	3	4
2	0	1	2	3	4
3	0	1	2	3	4
4	0	1	2		
5	0	1	2		
6	0	1	2		
7	0	1	2	3	4
8	0	1	2	3	4
9	0	1	2	3	4
10	0	1	2	3	4
11	0	1	2	3	4
12	0	1	2		
13	0	1	2		
14	0	1	2		
15	0	1	2	3	4
16	0	1	2		
17	0	1	2		
18A	0	1	2		
18B	0	1	2		
19	0	1	2	3	4
20	0	1	2	3	
21	0	1	2		
22	0	1	2		
23	0	1	2		
24	0	1	2		
25	0	1	2		
26	0	1	2		
27	0	1	2	3	4
28	0	1	2	3	4
29	0	1	2	3	4
30	0	1	2	3	4
31	0	1	2	3	4

Prontuário:

Nº de internações: _____

Tempo para primeira
recaída: _____

Nº de recaídas: _____

Duração e intensidade de cada
uma: _____

Adesão (familiar)

1	1	2	3
2	1	2	3
3	1	2	3

Opinião (familiar)

1	1	2	3	
Obs.:				

YMRS

1	0	1	2	3	4	8
2	0	1	2	3	4	8
3	0	1	2	3	4	8
4	0	1	2	3	4	8
5	0	1	2	3	4	8
6	0	1	2	3	4	8
7	0	1	2	3	4	8
8	0	1	2	3	4	8
9	0	1	2	3	4	8
10	0	1	2	3	4	8
11	0	1	2	3	4	8

CGI

1	0	1	2	3	4	5	6	7
2	0	1	2	3	4	5	6	7
3	0	1	2	3	4	5	6	7

AGF- _____

Adesão (médico)

1	1	2	3
2	1	2	3
3	1	2	3
4			

Folha de Respostas – Autoavaliação

EAS

1	1	2	3	4	5	8
2	1	2	3	4	5	
3	1	2	3	4	5	
4	1	2	3	4	5	
5	1	2	3	4	5	
6	1	2	3	4	5	
7	1	2	3	4	5	8
8	1	2	3	4	5	
9	1	2	3	4	5	
10	1	2	3	4	5	
11	1	2	3	4	5	
12	1	2	3	4	5	
13	1	2	3	4	5	8
14	1	2	3	4	5	
15	1	2	3	4	5	
16	1	2	3	4	5	8
17	1	2	3	4	5	8
18	1	2	3	4	5	
19	1	2	3	4	5	
20	1	2	3	4	5	8
21	1	2	3	4	5	
22	1	2	3	4	5	
23	1	2	3	4	5	8
24	1	2	3	4	5	8
25	1	2	3	4	5	8
26	1	2	3	4	5	
27	1	2	3	4	5	
28	1	2	3	4	5	
29	1	2	3	4	5	
30	1	2	3	4	5	
31	1	2	3	4	5	
32	1	2	3	4	5	
33	1	2	3	4	5	
34	1	2	3	4	5	
35	1	2	3	4	5	8
36	1	2	3	4	5	
37	1	2	3	4	5	
38	1	2	3	4	5	
39	1	2	3	4	5	
40	1	2	3	4	5	
41	1	2	3	4	5	
42	1	2	3	4	5	
43	1	2	3	4	5	
44	1	2	3	4	5	
45	1	2	3	4	5	8
46	1	2	3	4	5	
47	1	2	3	4	5	
48	1	2	3	4	5	8
49	1	2	3	4	5	
50	1	2	3	4	5	
51	1	2	3	4	5	8
52	1	2	3	4	5	
53	1	2	3	4	5	
54	1	2	3	4	5	

WHOQOL

1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	1	2	3	4	5
7	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5
13	1	2	3	4	5
14	1	2	3	4	5
15	1	2	3	4	5
16	1	2	3	4	5
17	1	2	3	4	5
18	1	2	3	4	5
19	1	2	3	4	5
20	1	2	3	4	5
21	1	2	3	4	5
22	1	2	3	4	5
23	1	2	3	4	5
24	1	2	3	4	5
25	1	2	3	4	5
26	1	2	3	4	5

Adesão (paciente)

1	1	2	3
2	1	2	3
3	1	2	3
4			

Opinião (paciente)

1	1	2	3	
OBS.:				

Anexo E - Descrição das Técnicas de Relaxamento

Relaxamento 1

Por meio de exercícios mentais, você será capaz de usar o que aprender aqui, na sua vida diária. Quero que você se sinta realmente confortável. Fique o mais confortável que puder inicialmente, e relaxe o máximo que você conseguir, agora.

Enquanto você vai relaxando as partes do seu corpo mentalmente, feche e aperte bem seu punho direito. Aperte bastante e sinta a tensão enquanto você aperta. Apenas mantenha o punho apertado e perceba muito cuidadosamente a tensão que surge. Perceba seu punho, sua mão, seu antebraço. Note toda a tensão nessas partes enquanto mantém o resto do corpo relaxado. Apenas seu punho, sua mão e seu antebraço estão tensos. Agora, relaxe os dedos da mão direita, deixe-os soltos, enquanto isso, perceba o contraste entre essa sensação de relaxamento e a tensão anterior. Agora, tente relaxar tudo: o punho, o antebraço e todo o corpo. Sinta a sensação de bem-estar, desfrute dessa sensação.

Quero que você repita, agora, este exercício com a sua mão esquerda. Feche e aperte bem seu punho esquerdo. Aperte bastante e sinta a tensão enquanto está apertando. Apenas mantenha o punho apertado e perceba, muito cuidadosamente, a tensão que surge. Perceba seu punho, sua mão, seu antebraço. Note toda a tensão nessas partes e, apesar disso, você pode manter todo o resto do corpo relaxado. Apenas seu punho, sua mão e seu antebraço estão tensos. Agora, vamos voltar à tensão, mantendo os dois punhos, direito e esquerdo, bem apertados, bem cerrados e o resto do corpo relaxado. Sinta a tensão nos antebraços, nas mãos e nos pulsos. Preste atenção nas suas mãos e no relaxamento no resto do seu corpo. Agora, relaxe seus punhos. Devagar, alongue seus dedos e sinta o relaxamento fluindo nas suas mãos, dedos, pulsos e antebraços, enquanto eles relaxam junto com o resto do corpo. Agora, dobre os cotovelos e contraia os músculos dos dois braços (bíceps). Tensione bem esses músculos apertando-os mais e mais, sentindo toda a tensão na parte superior do seu braço. Agora, deixe os braços soltos e relaxados. Novamente, sinta a diferença entre o estado de tensão e o de relaxamento. Deixe o relaxamento se espalhar por todo o corpo, mais e mais profundamente. Continue relaxando mais e mais. Agora, vire-se, esticando os braços, com as palmas das mãos para cima, de maneira que você sinta a tensão nos músculos da parte inferior (tríceps). Alongue os braços, tensione a parte inferior. Sinta essa tensão e relaxe seus braços. Coloque-os em uma posição confortável, com as palmas das mãos para baixo, deixando que esse relaxamento se espalhe e se desenvolva por si. Perceba seus braços confortáveis e pesados enquanto relaxam mais e mais, completamente relaxados. Deixe que essa sensação de relaxamento, sem nenhuma tensão, se estenda aos braços. Eles estão pesados e agradavelmente relaxados, mais e mais pesados enquanto você continua a relaxar os braços mais e mais. Mesmo quando sentir que não consegue relaxar mais, tente um

pouquinho mais, deixe-os soltos e imagine a tensão indo embora de seus braços, que agora estão completamente relaxados.

Agora, quero que você se concentre na sua testa. Relaxe o resto do corpo, mas contraia os músculos da testa. Contraia mais e mais, enrugando toda a pele da testa. Sinta a tensão nessa área. E descontraia, solte os músculos, relaxe. Deixe a pele da testa lisa, sem nenhum traço de contração e tente manter a testa e o couro cabeludo lisos, sem rugas, sem tensão. Tudo está relaxado. Agora, eu quero que você levante as sobrancelhas até o máximo que conseguir, chegando a enrugar a testa. Sinta o resto do corpo relaxado, enquanto você franze sua testa com as sobrancelhas para cima, sentindo toda tensão nessa área. Agora, relaxe, solte e descontraia a testa e as sobrancelhas. Sinta os músculos soltos e perceba o contraste entre a tensão e o relaxamento. Agora, preste atenção nos seus olhos. Feche os olhos e aperte-os, contraia-os mais e mais. Sinta a tensão nos seus olhos, enquanto o resto do seu corpo está relaxado. Sinta a tensão nos seus olhos. Agora, relaxe, deixe essa tensão ir embora, deixando os olhos apenas levemente fechados, sem nenhuma tensão. Seus olhos e sua face estão relaxados. Agora, cerre seus dentes, unindo a parte inferior à superior. Aperte bem suas mandíbulas, contraindo os músculos faciais. Perceba que o resto do seu corpo está relaxado, enquanto seus dentes estão cerrados e sua face tensa. E, mais uma vez, deixe a tensão ir embora. Deixe sua boca um pouco aberta, enquanto suas mandíbulas e todos os músculos faciais estão relaxados, e essa sensação se estende por todo o rosto, bochechas, nariz e olhos. Deixe que essa sensação se espalhe pela testa e por todo o seu couro cabeludo. Mais uma vez, note a diferença entre o estado de tensão e o de relaxamento. Agora, sinta a tensão que surge enquanto você pressiona a língua no céu da boca. Mantenha todo o resto do seu corpo relaxado, mas a língua continua pressionando contra o céu da boca. Sinta a pressão que aumenta nessa área da boca. Agora, relaxe a língua. Apenas deixe a língua solta, bem relaxada, com seus lábios ligeiramente abertos e toda a sensação de relaxamento vai se espalhando em você, por toda a sua face. Sinta seu rosto, suas bochechas, seus olhos, sua testa, e essa sensação fluindo para os seus braços e mãos. Relaxe mais e mais. Agora, vamos voltar a atenção para os músculos do seu pescoço. Pressione sua cabeça para baixo, o máximo que você conseguir e sinta a tensão no pescoço e na nuca. Agora, traga sua cabeça para frente e pressione seu queixo contra o peito e perceba como a tensão se desvia para diferentes músculos. Mantenha essa tensão por um tempo. Traga sua cabeça para uma posição confortável. Novamente, perceba a diferença entre a tensão e o relaxamento. Sinta o alívio quando você para de pressionar e tensionar e volta ao estado de relaxamento. Deixe essa sensação agradável se desenvolver e crescer em você. Agora, perceba a tensão que cresce enquanto você tensiona seus ombros. Apenas levante os ombros, como se você fosse tocá-los nas orelhas. Segure essa tensão, perceba-a, enquanto todo o corpo está relaxado. Agora, deixe que os ombros relaxem como todo o resto. Traga-os de volta para baixo. Perceba, outra vez, a diferença nos seus sentimentos e sensações. Relaxe mais e mais profundamente. Deixe essa sensação se estender para os músculos das suas costas, passando pelo pescoço, pela garganta, em toda a face. Apenas deixe que esse relaxamento se desenvolva

e se espalhe por todo o corpo, mantendo todas as partes completamente relaxadas, o melhor que você conseguir. Tente se sentir agradavelmente pesado, um sentimento que acompanha o relaxamento. Perceba a força da gravidade, puxando seu corpo para baixo, enquanto deixa seus músculos soltos, o sentimento de estar em paz e calmo.

Agora, vamos relaxar o peito, estômago e costas. Comece inspirando uma boa quantidade de ar. Sinta seus pulmões, segure a respiração e sinta a tensão no seu peito enquanto segura o ar. Agora, expire, sinta a sensação de poder respirar facilmente e livremente, inspire e expire regular e confortavelmente. Perceba como você se sente mais relaxado conforme expira, uma espécie de massagem que contém no padrão normal de respirar. Sinta que o relaxamento vai se tornando mais e mais profundo cada vez que você expelle o ar. Deixe seu peito apenas soltar e puxar o ar automaticamente, sem nenhum esforço, continuando a relaxar e respirar livremente, gentilmente. Desfrute dessa sensação mais e mais. Abandone todo e qualquer sentimento de tensão. Agora, mais uma vez, inspire profundamente e segure o ar, percebendo o contraste entre a tensão e o relaxamento. Expire, solte todo o ar. Inspire novamente, segurando o ar. Sinta a tensão novamente. Solte o ar e aprecie a sensação de alívio ao respirar normalmente, profundamente e devagar. Estenda a sensação de relaxamento pelo seu peito, ombros e pescoço. Deixe suas costas e braços soltos, nessa sensação agradável de relaxamento completo. Perceba que o relaxamento progride mais e mais conforme você expira.

Agora, vamos prestar atenção na área do seu abdome. Contraia seus músculos abdominais, deixando-os duros e perceba como estão tensos. O resto do seu corpo está relaxado. Contraia os músculos abdominais mais e mais. Agora, deixe-os relaxar, solte-os e sinta o bem-estar geral que se produz deste relaxamento no seu abdome. Fique assim relaxado por um momento. Cada vez que você expirar, fique atento ao ritmo de relaxamento que seu peito e seu abdome atingem. Perceba como seu peito e seu abdome relaxam mais e mais. Livre-se de qualquer contração que possa existir em seu corpo. Você agora está todo relaxado, mais e mais relaxado.

Preste atenção, agora, nos músculos da porção inferior das suas costas. Eleve as suas costas ligeiramente na posição de arco, deixando um pequeno espaço entre as costas e o encosto da cadeira, e sinta a tensão ao longo da sua espinha dorsal. Mantenha suas costas em arco, tensionando a espinha e deixando o resto do corpo relaxado o máximo que você puder. Veja se consegue localizar a tensão na porção inferior das costas. Agora, relaxe as costas. Sinta seu abdome e seu peito também relaxados. Deixe que os ombros e o pescoço relaxem. Sinta sua face relaxada, seus braços ficando pesados. Todas as partes do seu corpo estão relaxando mais e mais. Livre-se de todas as tensões, conforme você inspira e expira, devagar e profundamente, ficando mais e mais relaxado.

Agora, vamos nos concentrar no relaxamento dos quadris, coxas e parte posterior das pernas. Tensione suas nádegas e coxas, pressionando bastante seus calcanhares para baixo e a ponta dos pés para cima. Contraia os músculos que estão ao longo da parte posterior das suas pernas e de suas nádegas. Contraia estes músculos, enquanto você relaxa o resto do seu corpo.

Pressione bastante os calcanhares para baixo e sinta a diferença entre essa tensão e o estado de relaxamento do resto do seu corpo. Agora, deixe suas pernas bem soltas e perceba o contraste dessa sensação. Sinta a sensação agradável que vem junto com o relaxamento. Deixe que essa sensação se espalhe profundamente. Agora, puxe os pés e os dedos dos pés para baixo, de maneira que os músculos da parte posterior das pernas fiquem tensos. Perceba essa tensão e mantenha-se assim por um momento. Relaxe os seus pés e esses músculos. Agora dobre os dedos dos pés para cima, na direção do rosto. Sinta a tensão por meio das canelas das suas pernas. Mantenha os dedos dos pés assim e sinta a tensão. Relaxe, deixe a tensão ir embora e sinta o relaxamento espalhando-se por todo seu corpo. Conforme eu falo de uma parte do seu corpo, eu quero que você tome consciência e pense nessa parte, sentindo o relaxamento fluindo por meio dela. Deixe essas partes relaxarem mais e mais. Seus pés, seus tornozelos, suas pernas, suas canelas, seus joelhos e suas coxas estão relaxados. Agora, suas nádegas e seus quadris estão relaxados. Sinta a parte inferior do corpo bem pesada enquanto você relaxa mais e mais. O relaxamento vai se estendendo, se espalhando. Seu abdome está relaxado, sua cintura está relaxada e suas costas estão relaxadas. O relaxamento vai progredindo mais e mais pelo seu corpo. Todo o seu corpo, agora, está relaxado. Deixe a parte superior das suas costas relaxada, seu peito relaxado, seus ombros relaxados e, agora, os seus braços, soltando até as pontas dos dedos das suas mãos. Deixe que esse estado de relaxamento se espalhe e você não precisa fazer nada além de relaxar profundamente. Sinta sua garganta relaxada, pescoço, maxilares e face relaxados.

Para aproveitar mais os efeitos do relaxamento, enquanto estiver relaxado dessa maneira, quero que você pense em levantar uma de suas pernas. Não levante realmente, só quero que você pense em levantá-la. Pense nos músculos que teria que usar se tivesse que levantar uma perna e perceba que, conforme pensa nisso, você pode sentir qualquer tensão que tenha surgido nos seus músculos. Agora, pare de pensar em levantar a perna e continue relaxando. Deixe sua perna ficar pesada e pesada. Tente perceber a tensão desaparecendo novamente. Agora, nós vamos fazer o mesmo com a outra perna. Pense em levantar a perna, quais músculos você teria que tensionar se a levantasse. E agora você decide não levantar essa perna e volta àquele estado agradável de relaxamento. Cada vez, você relaxa mais e mais. Deixe que essa sensação se desenvolva e se espalhe. Continue assim, relaxado, por quanto tempo você quiser e, quando você desejar parar esse relaxamento, tudo que tem a fazer é contar devagar e de trás para frente, do número 4 até o número 1, alongar, espreguiçar e bocejar. Abra os olhos e vá devagar levantando.

Relaxamento 2

Quero que você comece tentando colocar-se bem à vontade. Sente-se o mais confortável possível e tente desligar-se de todas as tensões que houver em seu corpo, livrando-se das contrações, conforme seus músculos se soltam gradual e profundamente. Agora, dê uma boa tomada de ar, inspire bem e profundo e segure o ar. Agora, expire e solte o ar. Apenas

deixe que o ar saia fácil e automaticamente. Tente sentir a sensação de calma que vai surgindo, vai se desenvolvendo em você. Continue respirando normalmente. Você tem a sensação de calma, de que todo seu corpo está pesado, um sentimento agradável que começa a desenvolver-se mais e mais. Essa sensação de estar pesado, lhe dá um sentimento de segurança e calma. Vamos trabalhar um pouco com tensão e relaxamento. Tente tensionar todos os músculos do seu corpo. Contraia todo músculo que você conseguir. Tensione seus maxilares, olhos, ombros, flexione seus braços, tensione seu peito e músculos das costas. Contraia os músculos do seu abdome e pernas, todas as partes do seu corpo. Contraia bastante, sinta a tensão no seu corpo. Cada parte do seu corpo está tensa. Agora, deixe que todo o seu corpo relaxe. Tente sentir a onda de calma que surge conforme você para de contrair os músculos, sentindo-se completamente calmo e relaxado. Agora, quero que você preste atenção no contraste entre pequenas tensões que surgem conforme você abre seus olhos e o desaparecimento delas quando você os fecha. Relaxe todas as partes do seu corpo. Agora, abra seus olhos, mantendo o relaxamento enquanto você está com os olhos abertos. Veja se pode sentir as tensões superficiais e novamente perceba como elas desaparecem, quando você fecha os olhos, com um sentimento crescente de relaxamento. Abra os olhos novamente, sinta a tensão leve que surge e, outra vez, perceba como elas somem quando você fecha os olhos. Sinta como esse relaxamento se desenvolve e cresce. Bom. Agora, vamos voltar à respiração. Mantenha os olhos fechados, tome uma boa quantidade de ar e segure-a. Enquanto segura a respiração, perceba a tensão que surge. E, agora, expire, solte o ar e sinta a sensação de profundo relaxamento. Continue com esse relaxamento, vá entrando em um relaxamento mais completo, agora, respirando normalmente e sentindo o relaxamento fluindo da testa ao seu couro cabeludo. Repita o mesmo, inspirando novamente e retendo o ar por um instante. Perceba a tensão no peito, conforme você segura o ar, e agora expire, solte o ar e sinta o alívio, o estado de relaxamento que se espalha novamente. Deixe seus olhos e nariz relaxados, tudo em volta da sua testa e do seu couro cabeludo. Sinta o relaxamento nos seus músculos faciais. Você pode até experimentar um leve adormecimento conforme seu estado de relaxamento flui. Quaisquer que sejam as suas sensações, de um pequeno adormecimento a uma onda leve de calor, eu quero que você experimente essas sensações. Perceba e desfrute delas completamente. Sinta o relaxamento expandindo-se maravilhosamente pela sua face, pelos seus lábios, pelos seus maxilares, pela sua língua, pela sua boca. Agora, seus lábios devem estar levemente separados e relaxados, mais e mais. Sinta sua garganta e seu pescoço relaxados. Seus ombros e músculos das costas estão mais e mais relaxados. O relaxamento espalha-se dos ombros e da parte superior das costas para os braços e para as pontas dos dedos. Sinta também no peito conforme você respira fácil e regularmente. Sinta o relaxamento se expandindo, mesmo para debaixo dos braços. Espalha-se para os lados, na área abdominal e flui pelo seu corpo. Deixe que o relaxamento acentue-se mais e mais e não faça nada, a não ser permitir-se sentir essas emoções serenas e agradáveis. Apenas deixe que elas tomem

conta de você, conforme você se percebe mais e mais relaxado, no seu abdômen, nas suas costas. Por meio de todo o seu corpo, percorre uma sensação morna, penetrante, calma. Essa sensação espalha-se pelos seus quadris, nádegas e coxas, desce para as pernas até os dedos dos seus pés. Essas ondas de relaxamento viajam pelas suas pernas, pelos seus tornozelos e dedos, fazendo você se sentir, agora, relaxado da cabeça aos pés. Você está atingindo profundos níveis de relaxamento, profundas sensações de serenidade e calma. Apenas deixe que esse sentimento bom e calmo se desenvolva. Vamos tentar, agora, aumentar o sentimento de relaxamento. Veja se nós podemos aprofundar mais esse sentimento de relaxamento. Quero que, no próximo minuto, a cada vez que você expirar o ar, solte o ar e pense na palavra RELAXAR. Apenas pense na palavra RELAXAR conforme você expira. Faça isso agora, pelo próximo minuto ou um pouco mais, enquanto eu aguardo.

Muito bem, você está sentindo um nível mais profundo de relaxamento, apenas continue a relaxar, relaxe mais e mais profundamente. Sinta que a clama emocional desses sentimentos tranquilos e serenos tende a se espalhar por todo o corpo, um sentimento de estar são e salvo, um tipo de calma diferente. Tente se conscientizar dos sentimentos que o relaxamento lhe traz. Tente manter essa confiança de calma interior, esse sentimento bom com relação a você mesmo.

Vamos nos concentrar mais uma vez na sensação de peso que acompanha o relaxamento. Deixe seus músculos se desligarem, sinta-se bem, sinta-se no ambiente. Experimente essa sensação de peso. Sentimentos de calma e segurança, fazendo você se sentir mais tranquilo e mais sereno. Vamos tentar nos aprofundar no relaxamento um pouco mais, usando algumas palavras como estímulo. Vamos usar as palavras SERENO e CALMO. Quero que, enquanto você relaxa, pense nestas palavras 20 vezes ou mais, não se preocupe em contá-las, 20 ou 30 vezes, apenas diga-as para você mesmo(a), interna e realmente. Relaxe com as palavras SERENO e CALMO. Permita-se sentir um sentimento profundo, ondas de relaxamento que lhe fazem muito mais sereno, calmo. Apenas faça isso e pense, pense muito claramente sobre essas palavras conforme você as diz repetidamente para você mesmo pelos próximos minutos.

Perceba as sensações das palavras SERENO e CALMO. Isso! Muito bom. Tente mais uma vez experimentar as sensações de relaxamento em todo o corpo. Perceba a sensação agradável de peso. Continue com essas sensações mais e mais e certifique-se de que nenhuma marca de tensão surge na sua testa ou no seu couro cabeludo. Solte os músculos da testa, feche os olhos levemente, relaxe a sua face, seus lábios, seus maxilares, suas bochechas, nariz, língua, boca e garganta. Sinta que tudo está relaxado. A sensação de relaxamento vai se expandindo do seu pescoço e garganta para os ombros, parte superior das costas, braços, mãos, dedos, axilas e para os lados do corpo. Relaxe seu peito e abdômen, e esse relaxamento vai diretamente para a parte inferior de suas costas. Você está sentindo o relaxamento nos seus quadris, nádegas, coxas, joelhos e canelas, das batatas da perna aos seus tornozelos e dedos dos pés, enquanto todo o corpo relaxa mais e mais profundamente. Mais e mais profundamente. Agora, nesse estado

de relaxamento, quero que você se permita fazer alguns exercícios de concentração simples. Sinta a sensação de relaxamento, especialmente na sua mão esquerda. Sinta a sua mão esquerda tornando-se mais profundamente relaxada. E, agora, deixe que o relaxamento da sua mão esquerda se transporte para o seu braço. Leve essa sensação para o braço esquerdo e deixe-a fluir pelo seu braço de maneira que seu braço esquerdo fique muito mais relaxado. E deixe-o muito mais relaxado. Sinta essa sensação fluindo por todo o seu braço esquerdo. E, agora, com o seu braço direito. A mesma coisa, começando com a sua mão direita. Deixe que o relaxamento flua ainda mais profundamente no seu braço direito de maneira que agora seus dois braços estão mais completamente relaxados do que antes. Agora, concentre-se na sua perna direita. Relaxe ainda mais profundamente, completamente, relaxe todos os músculos em direção à sua perna direita. Você está relaxando e os músculos ficando mais soltos e mais pesados. E, agora, veja se você pode deixar sua perna esquerda também profundamente relaxada. Sinta sua perna esquerda ficando mais e mais relaxada. E, agora, seus braços e suas pernas estão mais profundamente relaxados. E, agora, vamos voltar ao braço esquerdo. Perceba que ele pode se tornar ainda mais pesado. Uma boa e agradável sensação de peso. E o mesmo, você sente no seu braço direito. Cada vez mais e mais relaxado e mais pesado do que antes. Um sentimento bom e agradável de relaxamento profundo que agora flui nas suas pernas. As pernas estão mais pesadas, as duas pernas bem pesadas. A sensação de peso do relaxamento vai ficando mais evidente e o abdômen mais relaxado do que nunca. Toda área do seu abdômen está relaxada. Todo o seu corpo está mais relaxado e você tem sentimentos de calma e serenidade que vão se firmando mais profundamente do que nunca, um relaxamento profundo por todo o seu corpo. Mais profundo, mais profundo. Neste momento, você provavelmente está pronto para usar uma técnica simples de mentalização que vai produzir um estado ainda mais profundo de relaxamento.

Quero que você se permita relaxar como está fazendo agora. Imagine um quadro-negro sem nada escrito nele. Tente imaginar um quadro-negro limpo. E agora, quero que você tente ver o número 1 neste quadro-negro. Veja o número 1 escrito nesse quadro-negro e o que nós iremos fazer é gradualmente imaginar os números de 1 a 10, sendo adicionados nessa imagem. Cada vez que você imaginar um novo número apenas diga para você mesmo: "relaxe mais profundamente" e sinta os efeitos profundos e calmos. Veja se isso pode se tornar um sentimento emocional e mental que ultrapassa o meramente muscular. Veja o quadro-negro com o número 1 e o número 2 ao seu lado e, enquanto você vê o número 2, você diz para você mesmo: "mais profundamente relaxado" e sinta o mais profundo relaxamento se desenvolvendo. Agora, adicione o número 3. E enquanto você vê o número 3 aparecer no quadro-negro, diga novamente: "mais profundamente relaxado", enquanto você aprofunda mais e mais nesse estado de relaxamento de maneira que isso se torne mais profundo e mais efetivo. Agora, faça o mesmo com o número 4. Enquanto você vê o quadro-negro com os números 1, 2, 3 e agora o número 4 escritos nele, você está mais profundamente relaxado. Agora, adicione o número 5, e tenha um sentimento mais profundo se espalhando, dos efeitos positivos do

relaxamento operando por meio dessa experiência. Agora, veja o número 6. Profundamente relaxado, calmo, sereno, tranquilo, confiante. Deixe que o número 7 aumente agora todos os efeitos do relaxamento. Passe para o número 8, tornando melhor e aumentando o relaxamento profundo. Veja o número 9 e você está mais e mais relaxado. E agora o número 10 e você tem a sensação profunda de que seus músculos estão soltos, sensação de peso que é produzida por todo o relaxamento. Agora concentre-se nos estados emocionais que vêm juntamente com o relaxamento. A calma interior, a confiança que cresce em você, um sentimento despreocupado de tranquilidade. Uma atitude de despreocupação que se desenvolve assim que você começa a ter todos os sentimentos positivos, não ansiosos que acompanham o relaxamento profundo.

Agora, para sair devagar do relaxamento, quero que você conte de trás para frente, junto comigo, do 10 ao 1. Sendo que quando eu chegar ao 5, abra seus olhos e, quando eu chegar ao 1, espreguice e boceje. Tente realmente maximizar os efeitos do relaxamento. 10, 9, 8, 7, 6, 5, abra seus olhos. 4, 3, 2, 1, espreguice e boceje. Volte ao relaxamento por alguns segundos ou minutos, ou pelo tempo que você quiser.

Relaxamento 3

Recoste-se confortavelmente e deixe todo o seu corpo repousado, pronto para descansar e sentir o relaxamento se desenvolvendo por todas as partes. Tente experimentar aquele sentimento bom de peso que você sentiu com os exercícios prévios de relaxamento. Veja se aquela sensação de sentir-se pesado, um agradável peso, se esse sentimento pode ser trazido de volta hoje. Deixe que essa sensação gostosa e confortável flua por todo o seu corpo. Sinta a serenidade e a sensação prazerosa de ser envolvido por um descanso, peso e despreocupação. Um sentimento de calma, tão agradável, de que nada o pode perturbar. Sinta internamente essa sensação de descanso se aprofundar em você, sensação essa que induz a um relaxamento interno que lhe traz sentimentos de confiança e força. Esse sentimento leva você a relaxar completa e profundamente. As tensões musculares diminuem cada vez mais. Os músculos se tornam cada vez mais soltos e leves. Sentimento crescente de que você está mais e mais descansado. Perceba como sua respiração ocorre fácil e livremente, respirando sem nenhum esforço. Veja se é possível pensar nas suas veias do corpo se distendendo conforme você relaxa de maneira que sua circulação se torne melhor sem constrição ou esforço. Tente captar esse sentimento conforme você relaxa, nada pode lhe excitar, nada pode contrariá-lo. Restrinja-se apenas em se concentrar no sentimento de relaxamento e a sensação de calma que emana do relaxamento. Como se você pudesse ir mais e mais nesse sentimento bom, de profundo relaxamento que aos poucos se espalha pelo seu corpo.

Agora, vamos fazer conexões desse relaxamento com palavras. Pense na palavra CALMA, pense bastante nessa palavra e sinta-a mais e mais, deixando que apenas a palavra CALMA se repita na sua cabeça. Pense nessa palavra, escute essa palavra, e enquanto eu digo calma, deixe que isso entre na sua mente. Imagine a palavra CALMA, C-A-L-M-A escrita em um quadro-negro à sua frente. Você tem sentimentos muito agradáveis sempre que

associar a palavra CALMA. Veja se é possível captar a calma bem lá de dentro de você. Agora, escute a palavra CONFIANÇA e tente experimentar o sentimento que emana dessa palavra. Capte o sentimento de confiança que surge quando você está relaxado e se sentindo calmo. E, agora, a palavra SERENIDADE e junte o sentimento de calma, confiança e serenidade que prevalece quando você atinge mais e mais o relaxamento. Agora, pense na palavra CORAGEM. Sinta-se calmo, confiante, sereno e com coragem. Tente ter a sua imagem como uma pessoa relaxada. Para que ajude a ter uma ideia de você, como uma pessoa relaxada, pense em alguma cena em que você se sinta especialmente relaxado. Algumas pessoas preferem a imagem de uma praia em um dia ensolarado, outros gostam de montanhas com cenários de lagos, ou então uma noite de inverno sentado em frente a uma lareira, qualquer coisa que o faça sentir relaxado, e chame isso de sua imagem pessoal relaxante. E eu quero que você, pelos próximos minutos, relaxe completamente e mergulhe nessa sua imagem pessoal relaxante. Você pode mudá-la de tempos em tempos ou mudá-la nos próximos quatro minutos, o que você preferir. Escolha aquele que permita um grau maior de relaxamento. Tente entrar nessa cena. Comece agora e continue pelos próximos quatro ou cinco minutos e eu estarei quieta aqui enquanto isso.

Muito bem. Agora, vamos deixar sua imagem relaxante pessoal. Eu gostaria que você se sentasse agora. O melhor é sentar-se numa cadeira comum. Enquanto você está sentado, tente relaxar o máximo que você puder. Relaxe o máximo e, agora, levante o seu braço direito e mantenha-o assim. Você está sentado em uma cadeira com o resto do seu corpo relaxado, mas seu braço direito está elevado de maneira que você pode sentir a tensão novamente. Perceba a tensão que vai surgindo e atente para o contraste entre essa tensão e o resto do seu corpo relaxado. Agora, abaixe seu braço ao lado do seu corpo e relaxe-o mais e mais. Perceba novamente a diferença entre a sensação de tensão e a de relaxamento. Agora, levante seu braço esquerdo, mantenha-o nessa posição e sinta a tensão que surge no seu braço esquerdo. Veja o contraste novamente entre tensão e relaxamento. Agora, abaixe seu braço esquerdo ao lado do seu corpo e deixe-o relaxar mais e mais, percebendo, mais uma vez, o contraste entre tensão e relaxamento. Sentado dessa maneira, agora, quero que você levante os dois braços e sinta a tensão que surge novamente e veja onde ela está. Tente localizar a tensão, perceba-a e abaixe os dois braços. Sinta a tensão mais uma vez se evaporando, desaparecendo fluindo para fora do seu corpo enquanto seus músculos relaxam. Agora, inspire profundamente, tome uma boa quantidade de ar e segure-o. Enquanto isso, levante seus dois braços à sua frente e tente contrair os músculos de todo o corpo. Sinta a tensão, expire, solte o ar, abaixe os braços ao lado do corpo, relaxe seu corpo todo e sinta a diferença novamente. Agora, quero que se levante e, enquanto estiver de pé, tente relaxar novamente, o máximo que você puder. Tente relaxar todo o seu corpo, usando apenas os músculos que você precisa para manter-se em pé. Deixe seus ombros caídos, seu abdômen solto, seus braços largados e relaxe assim, por um momento enquanto você está de pé.

Muito bem, agora que você já tem uma ideia sobre estar relaxado, enquanto está de pé, quero que você ande para frente e para trás bem

devagar, relaxando o máximo que puder, enquanto você faz isso. Use apenas os músculos que você necessita para andar para trás e para frente. Deixe seus braços balançarem levemente. Tente desligar-se de todas as tensões e esforços desnecessários. Tente livrar-se das tensões nos músculos que você não precisa usar agora. Perceba as partes do corpo que você pode relaxar enquanto você anda para trás e para frente, examine isso cuidadosamente enquanto anda vagorosamente. Agora quero que você fique parado e relaxe o máximo que você conseguir, notando a diferença entre relaxamento e tensão, tentando manter relaxadas essas partes do seu corpo que não estão sendo usadas. Mantenha a cabeça ereta, seus olhos fechados, seu rosto todo relaxado, seu couro cabeludo e olhos, seus maxilares, seus lábios levemente afastados, sua língua confortavelmente solta, respirando facilmente, seu pescoço, garganta e ombros, tudo em relaxamento, agora. Dos seus braços até as pontas dos dedos, tudo completamente relaxado, solto e pesado. Você tem a sensação de calma. Seu peito respirando devagar, num ritmo tranquilo de respiração. A parte superior das suas costas está relaxada, todo o seu abdômen, completamente relaxado. Veja se é possível relaxar a parte inferior das suas costas, suas nádegas, suas coxas, relaxe o máximo que você puder, estendendo esse relaxamento para suas pernas enquanto você está de pé.



Agora, vamos usar palavras que ajudem no relaxamento, como CALMA, CONFIANÇA, SERENIDADE, CORAGEM. Adicione essas palavras ao relaxamento, mantenha-se relaxado enquanto você está de pé. Continue com esses sentimentos e veja se é possível que o sentimento de calma se desenvolva e cresça. Agora, eu quero que você retorne ao relaxamento total e veja por quanto tempo você pode reter essas sensações profundas e calmas. Agora, deite-se e relaxe o mais profundamente possível, deixando que todo o corpo relaxe confortável e completamente. Veja se você pode retornar logo ao estado de peso em todo o corpo, volte àquelas sensações agradáveis por todo o corpo. Tente retornar àquele estado de profunda segurança e descanso, com a sensação de que nada pode perturbá-lo. Tente recapturar, o mais rápido que você puder, aqueles sentimentos de descanso interno que se aprofunda, retorne àquela força e confiança interiores que emana dessa sensação de descanso.

Sinta todos os músculos se soltando, relaxados enquanto a contração e a tensão se dissipam, desaparecem de todas as partes do seu corpo, de maneira que você comece a se sentir completamente em descanso. Você respira fácil e livremente. Sinta-se mais uma vez em total relaxamento. Agora, pode voltar novamente à sua imagem pessoal relaxante por alguns minutos. Tente voltar àquela imagem que você escolheu, o lugar que você gostaria de estar. Entre nessa sua cena pessoal relaxante, desfrute da sensação agradável do relaxamento e da paz que emanam desse profundo relaxamento. Muito bem, agora, para sentir a diferença entre estar relaxado e tenso, quero que você se levante devagar e sente-se em uma cadeira. Enquanto estiver sentado na cadeira, relaxe o máximo que você puder, nessa posição. Tente, enquanto estiver sentado, alcançar o nível de relaxamento que você atingiu enquanto você estava deitado, sentindo-se totalmente relaxado.

Enquanto você mantém o nível de relaxamento, quero que você se levante devagar, fique de pé e mantenha um estado de relaxamento profundo.

De pé e captando o máximo daquela sensação de relaxamento, sentindo-se mais e mais relaxado. Cada vez mais profundamente, uma satisfação de que todo o seu corpo está relaxado. Agora, você deve tentar ficar nessa posição relaxada o máximo que você conseguir. Não importa se você está sentado, andando ou de pé, não importa o que você esteja fazendo, você consegue relaxar todas as partes do seu corpo que não estão em uso. Quando você sentir que seus músculos estão tensos, pense nesses músculos e lembre-se do contraste com a sensação que você pode ter, quando você se livra da tensão. Deixe os músculos ficarem soltos, sinta aquela sensação de peso, de relaxamento, de calma e de serenidade.

Anexo F - Apostila dos Psicoeducacionais

Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Grupo de Estudos de Doenças Afetivas - GRUDA


Impacto da Psicoeducação na Recuperação Sintomática e Funcional dos Pacientes Bipolares.

Pesquisadores:
Karina de Barros Pellegrinelli
Prof. Dr. Ricardo Moreno
Dr. Luis Felipe de Oliveira Costa
Mireia C. Rosa

Sessões

1ª Apresentação do grupo Quais são as regras? O que é psicoeducação? Quais são seus objetivos e benefícios? Alvos do tratamento	9ª Tratamento II: Antidepressivos Tratamento III: Eletroconvulsoterapia-ECT
2ª O que é TB? Natureza biológica, epidemiologia, preconceitos e mitos.	10ª Gravidez e Aconselhamento genético Terapias Alternativas X Psicofarmacologia
3ª O que é Mania e Hipomania?	11ª Substâncias Psicoativas no TB
4ª O que é Depressão? O que é Estado Misto?	12ª Detecção precoce dos Episódios O que fazer quando um episódio é detectado?
5ª O que é o gráfico do humor?	13ª Estratégia de resolução de problemas
6ª Possíveis gatilhos X Causas Biológicas	14ª Importância de hábitos regulares
7ª Adesão ao tratamento	15ª Técnicas de controle do estresse
8ª Tratamento I: Estabilizadores do Humor Níveis plasmáticos dos estabilizadores do humor	16ª Fechamento



- ### Regras
- **Sigilo:**
 - Preservar a identidade da pessoa.
 - Compartilhar com outros apenas o que for aprendido.
 - **Frequência:** 3ª falta – desligamento automático
 - **Pontualidade:** tolerância de 10 min.
 - **Respeitar a opinião do outro e não faltar com respeito** (comentários, risadas ou atitudes).
 - **Participação:** É recomendável perguntar, dividir experiência, dar conselhos.
 - **Benefícios:** só ocorrerão se praticar fora o que for aprendido aqui.
- 

- ### O que é psicoeducação?
- Reuniões de caráter psicológico e educativo.
 - Complemento da farmacoterapia, intervenção psicológica que comprovadamente melhora os resultados do tratamento.

- ### Psicoeducação
- **Formato geral:**
 - 16 sessões, duas vezes por semana.
 - **Objetivos:**
 - Fornecer informações atuais sobre a doença e seu tratamento
 - Ajudar o paciente a compreender e lidar com a doença e suas conseqüências.

Benefícios da Psicoeducação

- í conhecimento sobre a doença.
- Melhora a adesão ao tratamento.
- Promove hábitos saudáveis:
 - regularidade no estilo de vida
 - evitar abuso de substâncias.
- Ensina a identificar sinais precoces de recaída
 - 1. sinais comuns de recaídas maníacas ou depressivas
 - 2. sinais presentes nas suas recaídas (com ajuda da família e amigos)
- Ensina a gerenciar
 - desespero,
 - medo,
 - estigma
 - baixa auto-estima.
- Previne recaídas e internações.

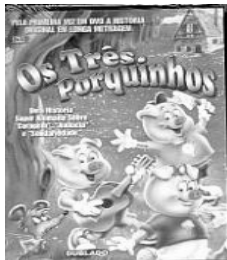
Alvos do Tratamento

Melhorar qualidade de vida:

- Trabalho
- Família
- Relações
- Amor
- Social



História



- Diferentes ATITUDES promovem diferentes formas de EFICÁCIA no tratamento: Os 3 porquinhos e o lobo mau

Fatores que podem piorar o TB

- Traumas de infância
- Fatores de personalidade
- Eventos estressantes na vida
- Relações familiares

Discussão

- Quais são as regras do grupo?
- O que é e para quê serve a psicoeducação?

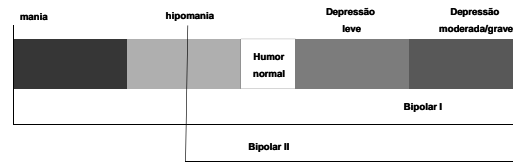
Sessões

- | | |
|--|--|
| 1ª
Apresentação do grupo
Quais são as regras?
O que é psicoeducação?
Quais são seus objetivos e benefícios?
Alvos do tratamento | 9ª
Tratamento II: Antidepressivos
Tratamento III: Eletroconvulsoterapia-ECT |
| 2ª
O que é TB?
Natureza biológica, epidemiologia, preconceitos e mitos. | 10ª
Gravidez e Aconselhamento genético
Terapias Alternativas X Psicofarmacologia |
| 3ª
O que é Mania e Hipomania? | 11ª
Substâncias Psicoativas no TB |
| 4ª
O que é Depressão?
O que é Estado Misto? | 12ª
Detecção precoce dos Episódios
O que fazer quando um episódio é detectado? |
| 5ª
O que é o gráfico do humor? | 13ª
Estratégia de resolução de problemas |
| 6ª
Possíveis gatilhos X Causas Biológicas | 14ª
Importância de hábitos regulares |
| 7ª
Adesão ao tratamento | 15ª
Técnicas de controle do estresse |
| 8ª
Tratamento I:
Estabilizadores do Humor
Níveis plasmáticos dos estabilizadores do humor | 16ª
Fechamento |

O que é o TB?

- Doença psiquiátrica séria.
- Caracterizada por oscilações ou mudanças no humor tais como: alegria, tristeza, irritabilidade ou no comportamento que variam em intensidade.
- Oscilações:
 - mudanças normais: alegria e tristeza
 - mudanças acentuadas: euforia e depressão

Espectro Bipolar



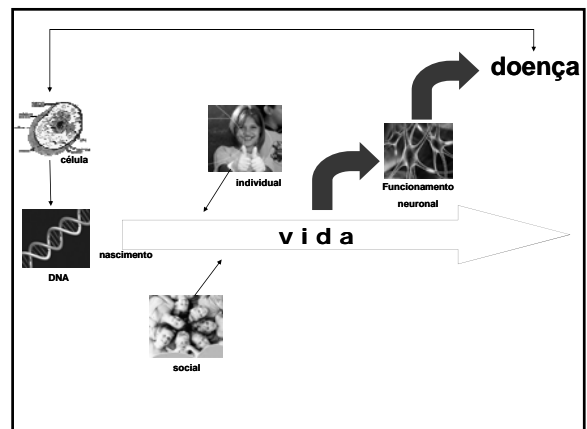
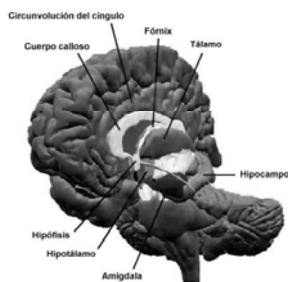
Características do TB

- Idade de início: adolescência e início da vida adulta.
 - Raramente inicia na infância e acima de 50 anos.
- Primeiro sintoma: depressão, euforia ou ambos.
- Até o momento considerada uma doença para a vida toda.

Natureza biológica


- Principal causa: genética.
- Herança: predisposição para ter a doença.
- Funcionamento incomum dos neurotransmissores = química cerebral.
- Mecanismos biológicos:
 - Ar condicionado: regula a temperatura.
 - Cérebro: regula o humor.

Onde nosso humor é regulado?




Epidemiologia

- Prevalência: 4%
- Espectro bipolar: 10%
- Genética:
 - quanto >parentesco > a chance.



Preconceitos

- Quais são?
- O que é PMD?
- O que é loucura?
- Como e para quem explicar a minha doença .



Mitos

- Alguém inventou essa doença.
- Isso é coisa de médico.
- Tá na moda.
- É algum tipo de maldição dos deuses.
- É coisa de gente fraca.
- Isso pega.
- Tratamentos alternativos funcionam.
- De quem é a culpa.
- Tem cura? O que os remédios podem fazer por mim?

Discussão

- O que causa o TB?
- Efeito "bola de neve":

+ recaídas **⇒** > vulnerabilidade

Sessões

<p>1ª Apresentação do grupo Quais são as regras? O que é psicoeducação? Quais são seus objetivos e benefícios? Alvos do tratamento</p> <p>2ª O que é TB? Natureza biológica, epidemiologia, preconceitos e mitos.</p> <p>3ª O que é Mania e Hipomania?</p> <p>4ª O que é Depressão? O que é Estado Misto?</p> <p>5ª O que é o gráfico do humor?</p> <p>6ª Possíveis gatilhos X Causas Biológicas</p> <p>7ª Adesão ao tratamento</p> <p>8ª Tratamento I: Estabilizadores do Humor Níveis plasmáticos dos estabilizadores do humor</p>	<p>9ª Tratamento II: Antidepressivos Tratamento III: Eletroconvulsoterapia-ECT</p> <p>10ª Gravidez e Aconselhamento genético Terapias Alternativas X Psicofarmacologia</p> <p>11ª Substâncias Psicoativas no TB</p> <p>12ª Detecção precoce dos Episódios O que fazer quando um episódio é detectado?</p> <p>13ª Estratégia de resolução de problemas</p> <p>14ª Importância de hábitos regulares</p> <p>15ª Técnicas de controle do estresse</p> <p>16ª Fechamento</p>
--	---

O que é para você a mania e a hipomania?

Quais são os seus sintomas?

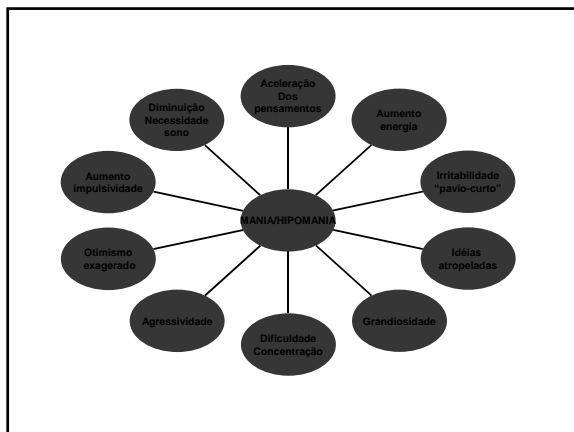
Mania e Hipomania

- É um "um presente dos céus"?
- TB – o lado "negro":
 - tomar decisões erradas,
 - pensamento rápido demais,
 - impaciência,
 - brigas (trabalho,família,etc),
 - prejuízos funcionais,
 - exposição desnecessária a riscos,
 - ↑ vulnerabilidade ao estresse.
- (Hipo)mania ≠ Felicidade.



Sintomas mais Frequentes

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



Mania /Hipomania

Após uma fase de mania

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

Porque não é diagnosticado?

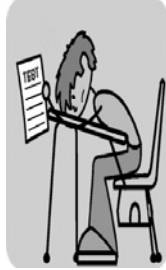
- Considerado raro – 1%
- Paciente não se queixa
- Médico não pergunta
- Estudos de validação da mania e da hipomania recentes
- Baixa confiabilidade diagnóstica da hipomania

Erros diagnósticos mais comuns

- Crianças:
 - Distúrbio de Déficit de Atenção e Hiperatividade,
 - Transtorno de Conduta,
 - Depressão
- Mulheres:
 - Depressão Unipolar,
 - Bulimia,
 - Transtorno de Personalidade Borderline
- Homens:
 - Esquizofrenia,
 - Alcoolismo,
 - Personalidade Psicopática

Discussão - Lição de Casa

- Você já foi diagnosticado com mania ou hipomania ?
- Do que você se lembra da época?
- Descreva: Comportamentos, Sentimentos e Pensamentos.



Sessões

- 1ª Apresentação do grupo
Quais são as regras?
O que é psicoeducação?
Quais são seus objetivos e benefícios?
Alvos do tratamento
- 2ª O que é TB?
Natureza biológica, epidemiologia, preconceitos e mitos.
- 3ª O que é Mania e Hipomania?
- 4ª O que é Depressão?
O que é Estado Misto?
- 5ª O que é o gráfico do humor?
- 6ª Possíveis gatilhos X Causas Biológicas
- 7ª Adesão ao tratamento
- 8ª Tratamento I:
Estabilizadores do Humor
Níveis plasmáticos dos estabilizadores do humor
- 9ª Tratamento II: Antidepressivos
Tratamento III: Eletroconvulsoterapia-ECT
- 10ª Gravidez e Aconselhamento genético
Terapias Alternativas X Psicofarmacologia
- 11ª Substâncias Psicoativas no TB
- 12ª Detecção precoce dos Episódios
O que fazer quando um episódio é detectado?
- 13ª Estratégia de resolução de problemas
- 14ª Importância de hábitos regulares
- 15ª Técnicas de controle do estresse
- 16ª Fechamento

O que é depressão para vocês?

Depressão

- Tenho depressão porque “perdi o emprego” ou vice-versa?
- Extrema tristeza ≠ depressão
- Envolve outras alterações além da tristeza: apatia, anedonia, alterações do sono, etc.

Crenças Populares e a Depressão

- Depressão: não é “frescura”, “fraqueza” ou “preguiça”, e necessita tratamento!
- Tem origem biológica e necessita de medicações para tratá-la!
- Mau uso do termo: “Íris foi expulsa do Big Brother e está muito deprimida em casa”
- Vamos aprender os sintomas?



Principais Sintomas de Depressão

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

Sintomas de Depressão

- ↓ energia - ↓ motivação
- ↓ humor
- incapacidade de sentir alegria / prazer
- lentificação psíquica - ↓ concentração, ↓ memória, raciocínio lento
- dificuldade de organização e planejamento
- indecisão
- desânimo

Fonte: Dra. Dóris H. Moreno

Sintomas de Depressão(cont.)

- pensamentos e sentimentos negativos:
 - pessimismo, insegurança, baixa auto-estima, inutilidade, vazio, culpa exagerada, doença, morte.
 - preocupações exageradas: ficar "minhocando"
- insônia ou sono demais
- ↑ ou ↓ de apetite e peso
- dores - queixas físicas
- ↓ libido

Fonte: Dra. Dóris H. Moreno

Depressão e Suicídio

SUICÍDIO

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



Depressão

- Período (mínimo 2 semanas) com humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades.
- Além de tristeza ou irritabilidade + 4 sintomas:
 - Mudanças no apetite,
 - Alteração no ciclo sono-vigília,
 - lentificação motora, fadiga,
 - perda de energia,
 - sensação de inferioridade,
 - dificuldade de concentração,
 - pensamentos de morte ou ideação suicida.

Como a depressão afetou cada um de vocês em relação ao trabalho, relações sociais e a vida em geral?

Estar num grupo com pessoas que tiveram o mesmo problema alivia?

Dinâmica

Como fica o seu humor quando deprimido?

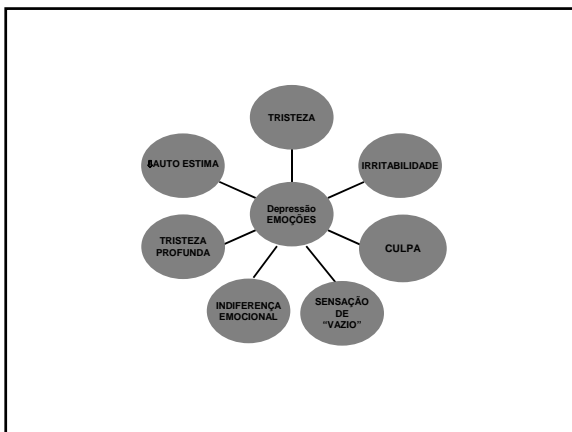
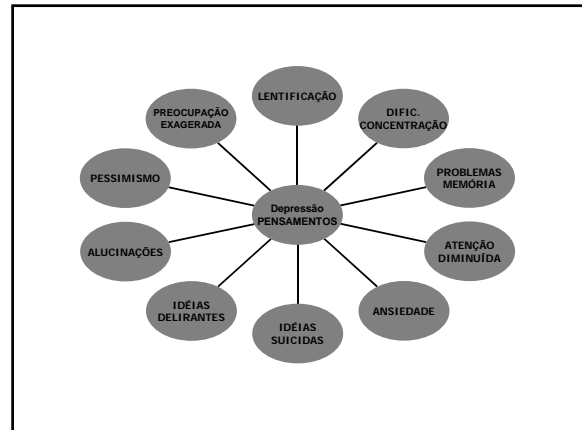
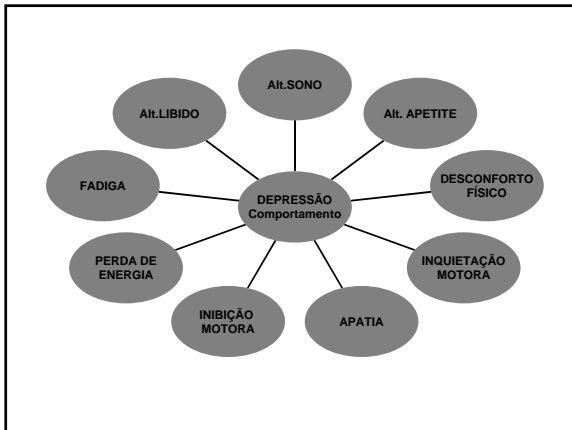
Triste (✓)
 Ansioso ()
 Irritável (✓)
 Desanimado ()
 Sinto-me cansado ()

Como ficam seus pensamentos?

Fico menos interessado nas coisas (✓)
 Meus pensamentos ficam mais lentos ()
 Acredito ser culpado(a) em relação a tudo de errado que acontece ()
 Fico extremamente crítico(a) (✓)
 Todos os problemas parecem mais difíceis para resolver ()
 Não consigo tomar decisões (✓)
 Outros _____ ()

Como fica a sua atividade ou energia?

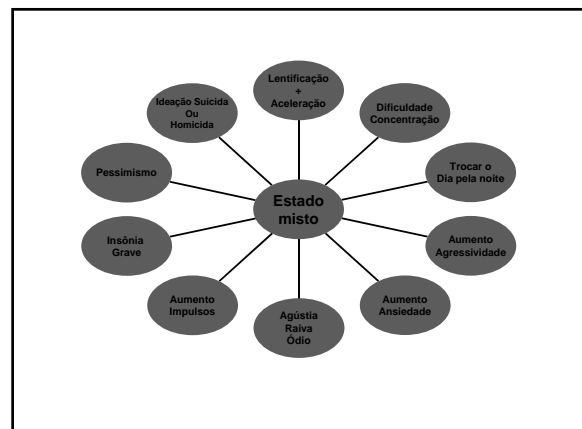
Sinto-me sem vontade de fazer até as coisas que gosto (✓)
 Sinto-me mais lento ()
 Afasto-me das pessoas (✓)
 Outros _____ ()



O que é estado misto?

Estado Misto

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



Discussão

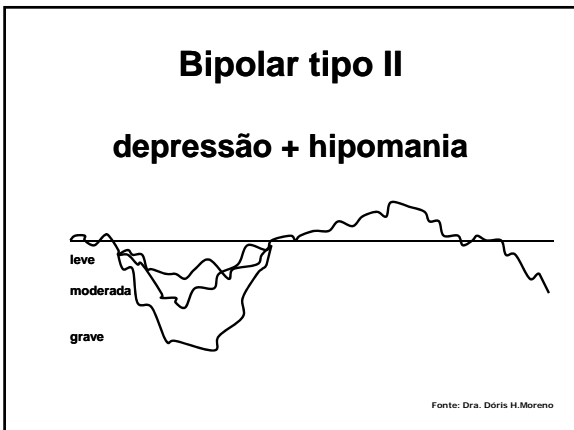
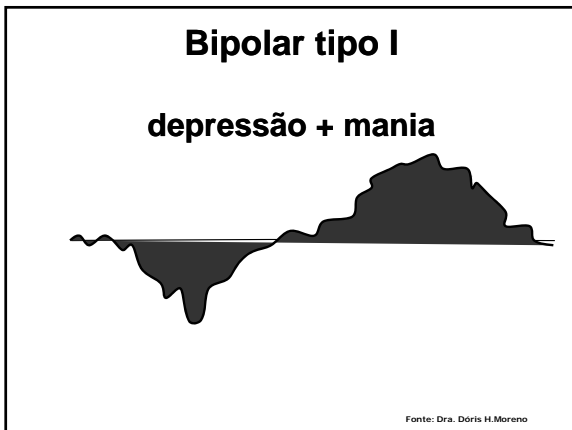
- Você já foi diagnosticado com depressão ou estado misto?
- Do que você se lembra da época?
- Descreva: Comportamentos, Sentimentos e Pensamentos.

Sessões

<p>1ª Apresentação do grupo Quais são as regras? O que é psicoeducação? Quais são seus objetivos e benefícios? Alvos do tratamento</p> <p>2ª O que é TB? Natureza biológica, epidemiologia, preconceitos e mitos.</p> <p>3ª O que é Mania e Hipomania?</p> <p>4ª O que é Depressão? O que é Estado Misto?</p> <p>5ª O que é o gráfico do humor?</p> <p>6ª Possíveis gatilhos X Causas Biológicas</p> <p>7ª Adesão ao tratamento</p> <p>8ª Tratamento I: Estabilizadores do Humor Níveis plasmáticos dos estabilizadores do humor</p>	<p>9ª Tratamento II: Antidepressivos Tratamento III: Eletroconvulsoterapia-ECT</p> <p>10ª Gravidez e Aconselhamento genético Terapias Alternativas X Psicofarmacologia</p> <p>11ª Substâncias Psicoativas no TB</p> <p>12ª Detecção precoce dos Episódios O que fazer quando um episódio é detectado?</p> <p>13ª Estratégia de resolução de problemas</p> <p>14ª Importância de hábitos regulares</p> <p>15ª Técnicas de controle do estresse</p> <p>16ª Fechamento</p>
--	---

Gráfico do Humor

- TB é crônico e recorrente: novos episódios se repetem ao longo da vida.
- Vamos aprender a representar graficamente o nosso humor?



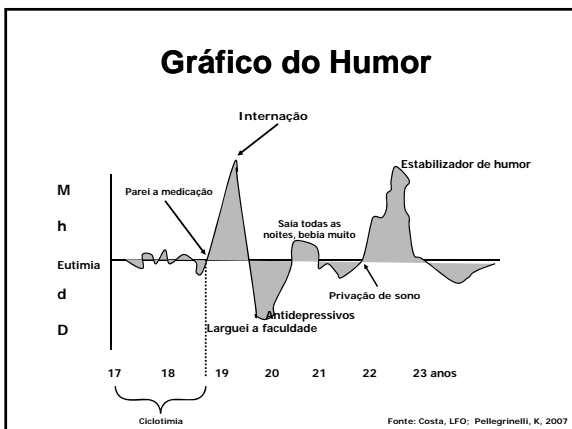
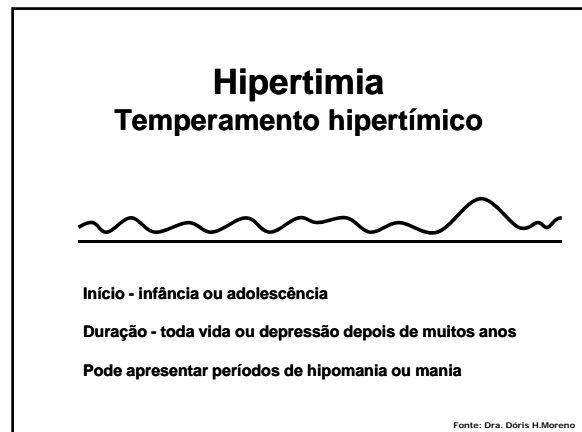
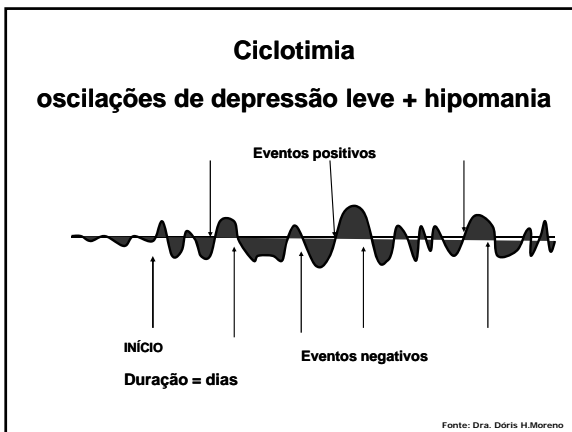
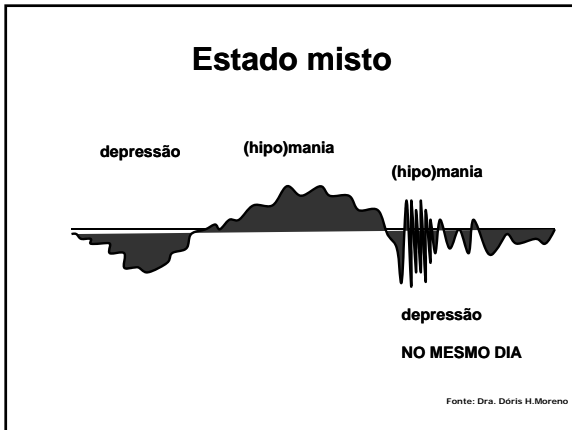


Gráfico do Humor

Quem se habilita?

Discussão

- Quais foram os meus possíveis gatilhos?
- Quais foram os meus pensamentos, sentimentos e comportamentos durante a crise?
- Cada um fará o seu gráfico; se possível peça ajuda aos parentes ou amigos,
- Não esqueça de nada importante.
- Início do gráfico NO PRIMEIRO EPISÓDIO OU CRISE.

Sessões

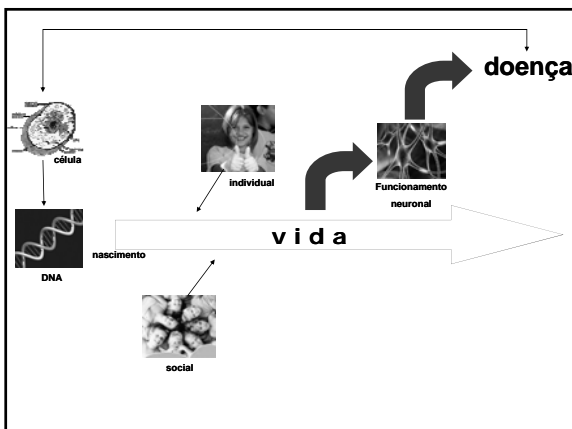
<p>1ª Apresentação do grupo Quais são as regras? O que é psicoeducação? Quais são seus objetivos e benefícios? Alvos do tratamento</p> <p>2ª O que é TB? Natureza biológica, epidemiologia, preconceitos e mitos.</p> <p>3ª O que é Mania e Hipomania?</p> <p>4ª O que é Depressão? O que é Estado Misto?</p> <p>5ª O que é o gráfico do humor?</p> <p>6ª Possíveis gatilhos X Causas Biológicas</p> <p>7ª Adesão ao tratamento</p> <p>8ª Tratamento I: Estabilizadores do Humor Níveis plasmáticos dos estabilizadores do humor</p>	<p>9ª Tratamento II: Antidepressivos Tratamento III: Eletroconvulsoterapia-ECT</p> <p>10ª Gravidez e Aconselhamento genético Terapias Alternativas X Psicofarmacologia</p> <p>11ª Substâncias Psicoativas no TB</p> <p>12ª Detecção precoce dos Episódios O que fazer quando um episódio é detectado?</p> <p>13ª Estratégia de resolução de problemas</p> <p>14ª Importância de hábitos regulares</p> <p>15ª Técnicas de controle do estresse</p> <p>16ª Fechamento</p>
--	---

Objetivo

Separar as causas biológicas de possíveis gatilhos.

Gatilhos no TB

- O que é um gatilho?
- Gatilhos ≠ causas biológicas
- A culpa é ruim (sentimento inútil, improdutivo).
Sintoma = biológico
- A responsabilidade é útil (atitudes em relação ao tratamento).
- Primeiro episódio:
 - precedido por fator de vida estressante.




Interações com TB

Personalidade	Ambiente	Espiritualidade
Caráter Temperamento Jeito de ser "do bem" "do mal" Introvertido Extrovertido Cauteloso Atirado etc.	Família Trabalho/estudos Luminosidade Estação do ano Pós-parto Álcool/drogas Medicamentos Doenças Alterações do ciclo sono-vigília Estresse	Religião Idealismo - Seitas Filosofia de vida Sentido de vida Equilíbrio Paz Relaxamento Vida regrada
ESTABILIZADOR BIPOLAR DO HUMOR		

Fonte: Dra. Dóris Hupfeld Moreno

Discussão

- Descreva: Possíveis gatilhos.
- Descreva: Comportamentos Sentimentos e Pensamentos.



Sessões


<p>1ª Apresentação do grupo Quais são as regras? O que é psicoeducação? Quais são seus objetivos e benefícios? Alvos do tratamento</p> <p>2ª O que é TB? Natureza biológica, epidemiologia, preconceitos e mitos.</p> <p>3ª O que é Mania e Hipomania?</p> <p>4ª O que é Depressão? O que é Estado Misto?</p> <p>5ª O que é o gráfico do humor?</p> <p>6ª Possíveis gatilhos X Causas Biológicas</p> <p>7ª Adesão ao tratamento</p> <p>8ª Tratamento I: Estabilizadores do Humor Níveis plasmáticos dos estabilizadores do humor</p>	<p>9ª Tratamento II: Antidepressivos Tratamento III: Eletroconvulsoterapia-ECT</p> <p>10ª Gravidez e Aconselhamento genético Terapias Alternativas X Psicofarmacologia</p> <p>11ª Substâncias Psicoativas no TB</p> <p>12ª Detecção precoce dos Episódios O que fazer quando um episódio é detectado?</p> <p>13ª Estratégia de resolução de problemas</p> <p>14ª Importância de hábitos regulares</p> <p>15ª Técnicas de controle do estresse</p> <p>16ª Fechamento</p>
--	---

Importância do Tratamento

- Sem tratamento:
 - semanas a meses de sofrimento
- COM TRATAMENTO:
 - melhora em 2-3 semanas.
 - Episódios MENOS SEVEROS e MAIS CURTOS. EVITA RECORRÊNCIAS!

Abandono do tratamento

- Quais são as possíveis razões para uma pessoa que tem TB abandonar o tratamento?



Tratamento

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

Tipos de ↓ Adesão

- BAIXA ADESÃO ABSOLUTA
- ADESÃO SELETIVA PARCIAL
- ADESÃO INTERMITENTE

Tipos de ↓ Adesão

- ADESÃO TARDIA:
 - resistência inicial ao tratamento.
- BAIXA ADESÃO TARDIA:
 - após "x"anos.
- ABUSO
- BAIXA ADESÃO COMPORTAMENTAL

Fatores de influencia na adesão ao tratamento

- Suporte familiar: fundamental. (Emoção Expressa)
- Não há diferença entre os sexos.
- Pacientes bem informados aderem melhor ao tratamento.

Razões de ↓ Adesão ao Tratamento

- Efeitos colaterais reais
- Medo dos efeitos colaterais
- Uso de álcool e drogas
- Alterações de personalidade
- Disfunções na cognição e memória
- Não perder sensação de euforia
- Negação da doença
- Posso controlar meu humor sozinho
- Gravidez
- Crenças: "tenho vergonha"
 - "cria dependência"
 - "não é saudável"
 - "não preciso de tratamento"
 - "o tratamento não funciona"

↓ Adesão ao Tratamento Riscos e Conseqüências Negativas

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

Sessões

<p>1ª Apresentação do grupo Quais são as regras? O que é psicoeducação? Quais são seus objetivos e benefícios? Alvos do tratamento</p> <p>2ª O que é TB? Natureza biológica, epidemiologia, preconceitos e mitos.</p> <p>3ª O que é Mania e Hipomania?</p> <p>4ª O que é Depressão? O que é Estado Misto?</p> <p>5ª O que é o gráfico do humor?</p> <p>6ª Possíveis gatilhos X Causas Biológicas</p> <p>7ª Adesão ao tratamento</p> <p>8ª Tratamento I: Estabilizadores do Humor Níveis plasmáticos dos estabilizadores do humor</p>	<p>9ª Tratamento II: Antidepressivos Tratamento III: Eletroconvulsoterapia-ECT</p> <p>10ª Gravidez e Aconselhamento genético Terapias Alternativas X Psicofarmacologia</p> <p>11ª Substâncias Psicoativas no TB</p> <p>12ª Detecção precoce dos Episódios O que fazer quando um episódio é detectado?</p> <p>13ª Estratégia de resolução de problemas</p> <p>14ª Importância de hábitos regulares</p> <p>15ª Técnicas de controle do estresse</p> <p>16ª Fechamento</p>
--	---

Dicas

Como vocês fazem para não esquecer de tomar a medicação?



Tratamento I: Estabilizadores do Humor

- Quais são os estabilizadores de humor que vocês conhecem?
- Quais são suas vantagens e efeitos colaterais?

Estabilizadores do Humor

- Propriedade preventiva
 - se tomado corretamente - longos períodos de eutímia = melhor qualidade de vida.
- O tratamento é individualizado.

Nos dias de hoje...

“Posso não ter tido muita sorte por ter uma doença como esta, mas fui sortudo por nascer num lugar e tempo em que a doença pode ser tratada”

(Colom e Vieta, 2006)

Estabilizadores do Humor LÍLIO

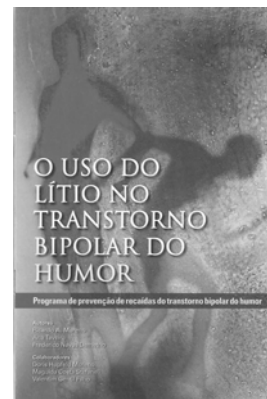
- Falta lítio no meu sangue?
- Lítio: medicação + usada e a mais eficaz.
- Ação preventiva especialmente em relação aos episódios maníacos. Previne suicídio.
- Reduz instabilidade entre os episódios.

Estabilizadores do Humor LÍLIO

- E. Colaterais:
 - tremores,
 - fezes amolecidas,
 - ↑ da produção de urina,
 - ↑ sede,
 - Náuseas ou estômago irritado,
 - acne.

converse com o seu médico e avalie a relação risco-benefício do tratamento.

- tremores → evite bebidas que pioram o tremor: refrigerantes (tipo colas), chá, café, chocolate em excesso.
- fezes amolecidas → evite alimentos que “soltam o intestino”.
- náuseas ou estômago irritado → tomar junto com as refeições ou com algum alimento



Estabilizadores do Humor Anticonvulsivantes VALPROATO/DIVALPROATO

DEPAKENE® /DEPAKOTE®

- medicação de 1ª linha
- efetiva em episódios mistos e cicladores rápidos.
- Proibido para pacientes com problemas hepáticos.
- EC:
 - ganho de peso,
 - diarreia,
 - dor de cabeça,
 - alterações no fígado e sanguíneas,
 - tremores finos e
 - raramente perda de cabelos.

converse com o seu médico e avalie a relação risco-benefício do tratamento.

Estabilizadores do Humor Anticonvulsivantes CARBAMAZEPINA

TEGRETOL®

- Ação anti-impulsividade
- Interage com outras medicações
- EC:
 - visão dupla,
 - alterações sanguíneas,
 - fadiga,
 - dificuldade para urinar,
 - tonturas,
 - sonolência,
 - ↓ sódio sanguíneo.

converse com o seu médico e avalie a relação risco-benefício do tratamento.

Estabilizadores do Humor Anticonvulsivantes OXCARBAZEPINA

TRILEPTAL®

Menos efeitos colaterais do que CBZ

- EC:
 - ↓ sódio sanguíneo,
 - alergias graves,
 - alterações sanguíneas,
 - tontura,
 - visão dupla,
 - cansaço,
 - náusea,
 - gastrite,
 - dificuldade de concentração
 - e memória.

converse com o seu médico e avalie a relação risco-benefício do tratamento.

Estabilizadores do Humor Anticonvulsivantes LAMOTRIGINA

LAMITOR® / NEURAL®

- Eficiente EH para depressões bipolares
- EC: alergias de pele,
 - alterações sanguíneas,
 - dor de cabeça,
 - visão dupla,
 - visão embaçada,
 - rash cutâneo.

converse com o seu médico e avalie a relação risco-benefício do tratamento.

Estabilizadores do Humor ANTIPSICÓTICOS

ATÍPICOS(novos)	TÍPICOS(clássicos)
OLANZAPINA (ZYPREXA®)	HALOPERIDOL(HALDOL®)
RISPERIDONA(RISPERDAL®, RISPERIDON®)	CLORPROMAZINA(AMPLICITIL®)
ARIPIPIRAZOL(ABILIFY®)	TRIFLUOPERAZINA(STELAZINE®)
ZIPRAZIDONA (GEODON®)	TIORIDAZINA(MELLERIL®)
QUETIAPINA(SEROQUEL®)	FLUFENAZINA(ANATENSOL®)
CLOZAPINA(LEPONEX®)	LEVOMEPRIMAZINA(NEOZINE®)
ZUCLOPENTIXOL(CLOPIXOL®)	PERICIAZINA(NEULEPTIL®)

Estabilizadores do Humor ANTIPSICÓTICO ATÍPICO RISPERIDONA

RISPERDAL®

- Poderoso antipsicótico, com boa eficácia antimaniaca.
- Usado para manutenção em doses baixas; prevenção de ciclagem rápida.
- EC: ↑da concentração de prolactina no sangue,
 - disfunções sexuais,
 - anorgasmia,
 - pressão baixa ao levantar,
 - "travamento muscular",
 - sonolência,
 - ganho de peso.

converse com o seu médico e avalie a relação risco-benefício do tratamento.

Estabilizadores do Humor ANTIPSIÓTICO ATÍPICO OLANZAPINA

ZYPREXA®

- Eficiente estabilizador de humor, especificamente para fases maníacas.
- EC: ganho de peso,
 - colesterol alto,
 - aumento do açúcar no sangue,
 - sonolência,
 - tonturas,
 - tremores,
 - pressão baixa ao levantar
- Ganho de peso → dieta e exercícios físicos regulares.

converse com o seu médico e avalie a relação risco-benefício do tratamento.

Estabilizadores do Humor ANTIPSIÓTICO ATÍPICO ARIPIPIRAZOL

ABILIFY®

- Boa eficácia antimaniaca.
- EC: ganho de peso,
 - náusea,
 - sonolência,
 - agitação motora,
 - visão embaçada,
 - tremores.

converse com o seu médico e avalie a relação risco-benefício do tratamento.

Estabilizadores do Humor ANTIPSIÓTICO ATÍPICO ZIPRAZIDONA

GEODON®

- Boa eficácia como estabilizador de humor, com a vantagem de não induzir o ganho de peso.
- EC: cuidado com antecedentes cardíacos,
 - sonolência,
 - fadiga,
 - desconforto gástrico.

converse com o seu médico e avalie a relação risco-benefício do tratamento.

Estabilizadores do Humor ANTIPSIÓTICO ATÍPICO QUETIAPINA

SEROQUEL®

- Bom estabilizador de humor, principalmente nas depressões bipolares.
- EC:
 - pressão baixa ao levantar,
 - sedação, ganho de peso,
 - sonolência,
 - boca seca,
 - irregularidades hormonais.

converse com o seu médico e avalie a relação risco-benefício do tratamento.

BENZODIAZEPÍNICOS NO TB

- LORAZEPAM (LORAX®),
- DIAZEPAM
- BROMAZEPAM (SOMALIAM®),
- CLONAZEPAM (RIVOTRIL®, CLOPAN®),
- CLORDIAZEPOXÍDO (PSICOSEDIN®),
- ESTAZOLAM (NOCTAL®)
- MIDAZOLAM (DORMONID®).
- Ajudam na manutenção do equilíbrio do sono, principalmente nas fases maníacas, hipomaniacas e estados mistos.
- Reduz a ansiedade, irritabilidade e agitação psicomotora.
- EC: Podem causar dependência física a longo prazo.

converse com o seu médico e avalie a relação risco-benefício do tratamento.

Níveis Plasmáticos dos Estabilizadores do Humor – EH (1)

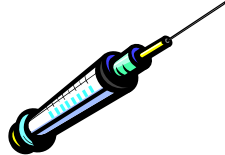
- Quem de vocês, em tratamento com EH, se lembra de ter feito exames de sangue durante o tratamento?
- Alguém sabe dizer para que estes exames serviam?



Níveis Plasmáticos dos EH (2)

Objetivos dos exames

- Verificar se:
 - a medicação está em níveis terapêuticos.
 - A concentração não é tóxica ao corpo.
 - O paciente está tomando corretamente a medicação.

**Níveis Plasmáticos dos EH (3)**

Frequência dos exames

- Início do tratamento > nº exames até atingir nível terapêutico ideal.
- Nível terapêutico = máximo efeito da medicação com mínimos EC.

Níveis Plasmáticos dos EH (4)

Uma vez estabelecido Nível Terapêutico, os exames podem ser repetidos :

- De 6 em 6 meses
- Quando o médico desconfia que o paciente está tomando incorretamente a medicação.
- Suspeita de níveis tóxicos
- Uso de polimedicação

Níveis Plasmáticos dos EH (5)

LÍTIO - INTOXICAÇÃO

- SINTOMAS:
 - Diarréia persistente,
 - tremores intensos nas mãos ou pernas,
 - tonteira forte,
 - náusea ou vômito persistentes,
 - visão borrada ou turva,
 - fraqueza geral
 - confusão mental,
 - espasmos ou abalos musculares,
 - qualquer situação em que se sinta muito mal ou tenha seu comportamento francamente alterado.
- CAUSAS: interação com anti-inflamatórios,
 - desidratação,
 - ↑ sal na dieta,
 - intenso esforço físico,
 - viroses graves.
- Sempre que suspeitar: avise seu médico, procure um PS e avise que toma lítio.

Níveis Plasmáticos dos EH (6)

- Após mudar dosagem do lítio ou ao iniciar o tratamento - aguardar 5 a 7 dias para realizar o exame (níveis plasmáticos podem estar ↓ nos 1os. dias).
- Tomar o comprimido de lítio 12 horas antes da coleta.

Monitorização do tratamento

Data	Dose diária (mg/dia)	Litemia (mEq/l)	Medicações Associadas	Estado Clínico M (mania) H (hipomania) Mx (mistó) D (depressão) N (normal)	Efeitos Colaterais	Obs	1 ano

Sessões

1ª
Apresentação do grupo
Quais são as regras?
O que é psicoducção?
Quais são seus objetivos e benefícios?
Alvos do tratamento

2ª
O que é TB?
Natureza biológica, epidemiologia, preconceitos e mitos.

3ª
O que é Mania e Hipomania?

4ª
O que é Depressão?
O que é Estado Mistó?

5ª
O que é o gráfico do humor?

6ª
Possíveis gatilhos X Causas Biológicas

7ª
Adesão ao tratamento

8ª
Tratamento I:
Estabilizadores do Humor
Níveis plasmáticos dos estabilizadores do humor

9ª
Tratamento II: Antidepressivos
Tratamento III: Eletroconvulsoterapia-ECT

10ª
Gravidez e Aconselhamento genético
Terapias Alternativas X Psicofarmacologia

11ª
Substâncias Psicoativas no TB

12ª
Detecção precoce dos Episódios
O que fazer quando um episódio é detectado?

13ª
Estratégia de resolução de problemas


14ª
Importância de hábitos regulares

15ª
Técnicas de controle do estresse

16ª
Fechamento

Tratamento II: Antidepressivos

- Quais são os antidepressivos que vocês conhecem?
- Quais são suas vantagens e efeitos colaterais?



Tipos de Antidepressivos		
IMAO	Tricíclicos	Seletivos
Tranilcipromina(Parnate®)	Amitriptilina(Neurotrypt®, Amytril®, Tryptanol®)	Fluoxetina(Verotina®, Daforin®, Prozac®)
Moclobemida(Aurorix®)	Imipramina(Tofranil®)	Sertralina(Assert®, Zoloft®, Sereenat®, Tolress®)
	Ciomiopramina(Anafranil®, Cloe)	Citalopram(Alyctam®, Cipramil®, Citta®, Procimax®, Denyl®)
	Nortriptilina(Pamelore®)	Paroxetina(Aropax®, Paxil®, Benepax®, Pondera®, Cebrilin®, Paxan®)
	Maprotilina(Ludiomil®)	Venlafaxina(Efexor®, Venlift®, Venlaxin®)
		Mirtazapina(Remeron®)
		Fluvoxamina(Luvox®)
		Reboxetina(Prolift®)
		Nefazodona(Serzone®)
		Trazodona(Donaren®)
		Duloxetina(Cymbalta®)
		Escitalopram(Lexapro®)
		Bupropiona(Bup®, Wellbutrin®, Zyban®, Zetron®)

Antidepressivos - IMAOS

- Alta eficácia.
- Índice alto de interações medicamentosas.
- Exige dieta (alimentos sem tiramina)
- Pode induzir hipertensão arterial.
- Uso + limitado.

EC:

- hipertensão arterial,
- insônia,
- agitação,
- desconforto gástrico.

converse com o seu médico e avalie a relação risco-benefício do tratamento.

Antidepressivos Tricíclicos

- Muito eficazes
- Rápida resposta nas fases depressivas (todos os graus)
- Alto risco ciclagem no TB
- Alto índice efeitos adversos e colaterais

EC: boca seca,

- constipação,
- visão embaçada,
- disfunções sexuais,
- ganho de peso,
- alterações hormonais,
- pressão baixa ao levantar.

converse com o seu médico e avalie a relação risco-benefício do tratamento.

- goles de água, balas cítricas e chicletes sem açúcar estimulam a salivação. Caprichar na higiene bucal.

Antidepressivos Seletivos

- Eficácia = ATD clássicos.
- ↓ efeitos colaterais e adversos.
- < potencial para indução de mania.

converse com o seu médico e avalie a relação risco-benefício do tratamento.

- EC:
 - alterações libido e apetite,
 - anorgasmia,
 - desconforto gástrico no início do tratamento.

Em caso de sonolência matinal, tomar logo após o jantar e não antes de deitar-se.

Tratamento III: ELETROCONVULSOTERAPIA - E.C.T.

- Procedimento altamente seguro
- Muito eficaz
- Usado em casos de refratariedade às medicações e GRAVIDEZ

Sessões

<p>1ª Apresentação do grupo Quais são as regras? O que é psicoeducação? Quais são seus objetivos e benefícios? Alvos do tratamento</p> <p>2ª O que é TB? Natureza biológica, epidemiologia, preconceitos e mitos.</p> <p>3ª O que é Mania e Hipomania?</p> <p>4ª O que é Depressão? O que é Estado Misto?</p> <p>5ª O que é o gráfico do humor?</p> <p>6ª Possíveis gatilhos X Causas Biológicas</p> <p>7ª Adesão ao tratamento</p> <p>8ª Tratamento I: Estabilizadores do Humor Níveis plasmáticos dos estabilizadores do humor</p>	<p>9ª Tratamento II: Antidepressivos Tratamento III: Eletroconvulsoterapia-ECT</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; margin: 5px 0;"> <p>10ª Gravidez e Aconselhamento genético Terapias Alternativas X Psicofarmacologia</p> </div> <p>11ª Substâncias Psicoativas no TB</p> <p>12ª Detecção precoce dos Episódios O que fazer quando um episódio é detectado?</p> <p>13ª Estratégia de resolução de problemas</p> <p>14ª Importância de hábitos regulares</p> <p>15ª Técnicas de controle do estresse</p> <p>16ª Fechamento</p>
--	---

Gravidez e Aconselhamento genético (1)

- Quantas mulheres aqui tem filhos?
- Qual foi a atitude do seu Psiquiatra, na época em que estava grávida?
- Uma pessoa com TB é capaz de cuidar e ensinar seus filhos? Consegue ser responsável como pai ou mãe, independente da doença?

Estava só brincando...eu NÃO estou grávida!

Gravidez e Aconselhamento genético (2)

- HEREDITARIEDADE
- É multifatorial
- Depende:
 - do nº de familiares com TB,
 - do nº filhos,
 - do subtipos de TB,
 - grau de parentesco:
 - se mãe, pai ou ambos tem TB,
 - fatores ambientais.

Gravidez e Aconselhamento genético ⁽³⁾

- Se um dos pais tiver TB: chance de ter → 20%
- Se ambos os pais tiverem TB, as chances são maiores.
- Pode "pular" gerações.
- Pessoas diferentes, formas e intensidades de TB ≠s.

Gravidez e Aconselhamento genético ⁽⁴⁾

- Gravidez é sinônimo de planejamento terapêutico!
- Avisar o médico com antecedência, (retirada rápida = > chance recaídas!).
- Há risco de malformações, principalmente no 1º trimestre.
- Avaliar RISCO vs. BENEFÍCIO

Gravidez e Aconselhamento genético ⁽⁵⁾

- Os EH em geral (+ no 1º trimestre) aumentam as chances de ocorrência de malformações fetais
(ex: Anomalia de Ebstein com lítio, espinha bífida com Valproato, etc.)

Gravidez e Aconselhamento genético ⁽⁶⁾

- Pós-parto: período de maior chance de recaídas em relação a gravidez.
- 50% de pacientes sem a medicação podem ter recaídas, devido queda brusca de estrógenos.
- Amamentação: deve ser usado método alternativo, se a mãe estiver em tratamento medicamentoso.
- Os EH podem interagir com os anticoncepcionais, resultando na ↓ eficácia destes.

Terapias Alternativas vs. Psicofarmacologia ⁽¹⁾

- Alguém já tentou tratar TB com terapias alternativas ou remédios não indicados pelo médico? Porque? O que aconteceu?
- Qual o papel da espiritualidade, yoga, meditação e outras terapias alternativas no seu tratamento?

Terapias Alternativas vs. Psicofarmacologia ⁽²⁾**MEDICAÇÕES:**

- Estudos rigorosos antes de serem colocadas no mercado, em relação à TOLERABILIDADE, SEGURANÇA E EFICÁCIA.
- Investigações minuciosas em laboratório, inclusive com testes em animais. Testadas em voluntários humanos.
- Uma droga deve ser no mínimo TOLERÁVEL, como no caso do lítio!
- Eficácia da droga SEMPRE deve ser superior ao placebo.

Terapias Alternativas vs. Psicofarmacologia (3)

PSICOTERAPIAS:

- Também há estudos minuciosos para avaliar a sua eficácia.
- Só devem ser usados os métodos com eficácia comprovada num grande nº de pacientes.
- Psicanálise não tem eficácia no TB.
- Interpessoal, Psicoeducação e Cognitiva-Comportamental tem eficácia comprovada no TB.

Terapias Alternativas vs. Psicofarmacologia (4)

TERAPIAS ALTERNATIVAS

- Definição: são todos os tratamentos não incluídos na série de possibilidades terapêuticas consideradas EFICAZES pela comunidade científica.
- Lembre-se: o TB tem causa BIOLÓGICA, apesar de outros fatores envolvidos!

Terapias Alternativas vs. Psicofarmacologia (5)

TERAPIAS ALTERNATIVAS:

- Místicas
- Esotéricas
- Religiosas
- Homeopatia



NENHUMA TEM EFICÁCIA COMPROVADA!!!

Sessões

1ª Apresentação do grupo Quais são as regras? O que é psicoeducação? Quais são seus objetivos e benefícios? Alvos do tratamento	9ª Tratamento II: Antidepressivos Tratamento III: Eletroconvulsoterapia-ECT
2ª O que é TB? Natureza biológica, epidemiologia, preconceitos e mitos.	10ª Gravidez e Aconselhamento genético Terapias Alternativas X Psicofarmacologia
3ª O que é Mania e Hipomania?	11ª Substâncias Psicoativas no TB
4ª O que é Depressão? O que é Estado Misto?	12ª Detecção precoce dos Episódios O que fazer quando um episódio é detectado?
5ª O que é o gráfico do humor?	13ª Estratégia de resolução de problemas
6ª Possíveis gatilhos X Causas Biológicas	14ª Importância de hábitos regulares
7ª Adesão ao tratamento	15ª Técnicas de controle do estresse
8ª Tratamento I: Estabilizadores do Humor Níveis plasmáticos dos estabilizadores do humor	16ª Fechamento

Substâncias Psicoativas no TB (1)

- Cerveja
- Vinho
- Maconha
- Whisky, pinga, cachaça, rum
- Ácido, LSD
- Cocaína, crack
- Anfetaminas
- Energéticos
- Coca-cola
- Café
- Ecstasy



QUAIS DESTAS SUBSTÂNCIAS SÃO PERIGOSAS PARA QUEM SOFRE DE TB?

Substâncias Psicoativas no TB (2)

- O uso de todas as substâncias listadas pode induzir novas crises hipomaniacas, maníacas ou depressivas, nos portadores de TB.
- Ex:
 - "Anchova é vendida legalmente, mas hipertensos não devem consumir."
 - "Bolos e doces são vendidos, mas diabéticos não devem consumir"

Substâncias Psicoativas no TB ⁽³⁾

- 50% dos pacientes com TB têm problemas com abuso ou dependência de substâncias psicoativas.
- 1 a cada 3 pacientes com TB tem comorbidade com abuso de substâncias psicoativas.

Substâncias Psicoativas Definição

São aquelas, (lícitas ou não), que modificam o estado de consciência, comportamentos, pensamentos e emoções, podendo induzir, em pessoas predispostas, comportamento de abuso ou dependência.

Substâncias Psicoativas no TB “Auto-medicação”

“Auto-medicação” pode ser usada para aliviar os sintomas, por exemplo:
sintomas ansiosos→álcool ou depressivos→cocaína, cafeína.

Substâncias Psicoativas no TB Álcool - Maconha

- Álcool
 - causa depressão a médio prazo,
 - altera o sono,
 - pode induzir comportamentos destrutivos/agressivos, mania e sintomas psicóticos,
 - reduz o controle dos impulsos,
 - deterioração cognitiva
- Maconha
 - síndrome amotivacional, causa depressão;
 - ao mesmo tempo pode induzir mania e sintomas psicóticos, crises de pânico, delírios persecutórios.

Substâncias Psicoativas no TB Cocaína

- Pode ser “gatilho” para TB(ciclagem rápida),
- interfere no sono,
- agitação psicomotora,
- taquicardia,
- infarto do miocárdio,
- deterioração cognitiva,
- agressividade e geralmente os usuários acabam tendo que se internar.

Substâncias Psicoativas no TB Alucinógenos

- Mesmo em dose única, são maléficos e apresentam um grande potencial de induzir interações.
- Causam sintomas psicóticos, (alucinações) que podem persistir durante toda a vida.

Substâncias Psicoativas no TB
Cafeína

- Altera estrutura do sono; em pacientes com TB isso é importante, já que a manutenção do sono (qualidade e quantidade) evita novas crises.
- Evitar tomar bebidas com cafeína durante ou após o jantar.
- Deve ser evitada para pacientes com histórico de pânico ou ansiosos.

Cigarro ⁽¹⁾

- Não é substância psicoativa
- Porém seu uso também cria dependência física, causa inúmeros problemas de saúde.
- No TB, seu uso faz com que os EH percam sua eficácia!

Cigarro ⁽²⁾

- Nunca tente parar de fumar numa crise de TB
- Deve-se tentar parar com cigarro, durante período de estabilidade, (mínimo de 6 meses)
- Não parar repentinamente
- Psicoterapias são recomendáveis
- Uso de nicotina em outras formas, (adesivos, chicletes) é recomendável
- Uso da bupropiona, (Zyban) é proibido para pacientes com TB que não estejam em uso de EH.

Sessões

<p>1ª Apresentação do grupo Quais são as regras? O que é psicoeducação? Quais são seus objetivos e benefícios? Alvos do tratamento</p> <p>2ª O que é TB? Natureza biológica, epidemiologia, preconceitos e mitos.</p> <p>3ª O que é Mania e Hipomania?</p> <p>4ª O que é Depressão? O que é Estado Misto?</p> <p>5ª O que é o gráfico do humor?</p> <p>6ª Possíveis gatilhos X Causas Biológicas</p> <p>7ª Adesão ao tratamento</p> <p>8ª Tratamento I: Estabilizadores do Humor Níveis plasmáticos dos estabilizadores do humor</p>	<p>9ª Tratamento II: Antidepressivos Tratamento III: Eletroconvulsoterapia-ECT</p> <p>10ª Gravidez e Aconselhamento genético Terapias Alternativas X Psicofarmacologia</p> <p>11ª Substâncias Psicoativas no TB</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> <p>12ª Detecção precoce dos Episódios O que fazer quando um episódio é detectado?</p> </div> <p>13ª Estratégia de resolução de problemas</p> <p>14ª Importância de hábitos regulares</p> <p>15ª Técnicas de controle do estresse</p> <p>16ª Fechamento</p>
--	---


Detecção Precoce dos Episódios (Hipo)Maníacos ⁽¹⁾

- Quais são os sintomas da mania?
- Estes sintomas podem dar sinais de alerta? Quais seriam estes sinais?



Detecção Precoce dos Sintomas (Hipo)Maníacos ⁽²⁾

Quais poderiam ser considerados OS MEUS sinais de alerta de uma CRISE? (Conforme vamos conversando a respeito, identificar e começar a construir a sua lista).

A doença TB  *Meu TB*

Detecção Precoce dos Sintomas (Hipo)maníacos ⁽³⁾

- O tratamento da (hipo)mania é como uma bola de neve: no início é fácil parar.
- Sinais de alerta ≠ Sintomas

Detecção Precoce dos Sintomas (Hipo)Maníacos ⁽⁴⁾

Sinais de alerta mais comuns:

- ↓ de horas de sono
- Sentimento de "tempo perdido" em relação as horas gastas com sono.
- Impaciência
- Irritabilidade ou ↑ do nº de desentendimentos ou discussões.
- ↑ do nível de energia
- Novos interesses ou retomada de interesses antigos (ex:ouvir musicas que costumava ouvir há 15 anos).
- Falar mais rápido (pessoas percebem)
- Dirigir mais rápido
- Novos projetos
- ↑ do desejo sexual (fica mais atraente)
- Mudança do estilo de vestir-se.

Detecção Precoce dos Sintomas (Hipo)Maníacos ⁽⁵⁾

Outros sinais:

- Mudanças no comportamento: maquilagem (mulheres).
- Distorções sutis: nas cores, (perceber as cores mais brilhantes e nítidas), prestar atenção demasiada em luminosos.
- Mudança súbitas de preferência: marca de cigarro, tipo de jornal, posição (no futebol), caminho para ir ao trabalho; livro, comida.
- Sensações diferentes corporais: sentir o sangue borbulhar, cabeça explodindo ou quente, etc

Detecção Precoce dos Sintomas (Hipo)Maníacos ⁽⁶⁾

- Meus sinais de alerta (fora do meu habitual):

Pessoais e intransferíveis

Exemplo:

- Começar ou parar de fumar,
- Começar a fazer exs. físicos,
- Mudar tipo de leitura,
- Ter uma sensação física particular.

Detecção Precoce dos Sintomas (Hipo)Maníacos ⁽⁷⁾

- Você pode pedir ajuda, para um familiar ou amigo próximo, na identificação precoce dos SEUS sintomas do TB.
- Escolha uma pessoa em que confia.
- Você irá ensinar esta pessoa sobre os seus sintomas PRECOCES do TB a fim que ela possa AJUDAR a identificar com clareza o início de uma crise.

Detecção Precoce dos Sintomas Depressivos ⁽¹⁾

- Quais são os sintomas da depressão?
- Estes sintomas podem dar sinais de alerta? Quais seriam estes sinais?

Deteção Precoce dos Sintomas Depressivos (2)

- Tristeza, ansiedade, sentimento de inadequação, fadiga, apatia, negligenciar tarefas importantes: ↓auto-estima, ↓performance acadêmica ou no trabalho, problemas de memória e atenção.
- Depressão sem tristeza: fadiga, desconforto físico, ↑ horas de sono.

Deteção Precoce dos Sintomas Depressivos (3)

-Armadilhas:

- Tentativa de melhorar o humor com álcool ou cocaína→muitos pacientes bipolares começam o abuso ou dependência de subst. por este motivo. A médio prazo pioram os sintomas da depressão.
- Nunca começar o uso de antidepressivos ou ↑ a dosagem sem consultar o psiquiatra!

Deteção Precoce dos Sintomas Depressivos (4)

Quais são os possíveis "gatilhos" da depressão???(vide o seu gráfico do humor)

Deteção Precoce dos Sintomas

- Requisitos para ser um sinal precoce válido:
 - Ser regular em todos episódios
 - Ser facilmente identificável

Deteção Precoce dos Sintomas

- Quais são os possíveis "gatilhos"(vide gráfico do humor)?
- Flutuações do humor normal
vs.
Flutuações do TB

Deteção Precoce dos Sintomas

- A sua lista de sinais deve ter de 5 a 10 itens.
- É aconselhável usar a lista diariamente (1º construir 2º utilizar).



Como utilizá-la?

Detecção Precoce dos Sintomas

- Se você encontra um ou nenhum dos itens, OK!
- Se encontrar 2 itens por 3 dias, deve consultar aquela pessoa mais próxima/tomar medidas terapêuticas (ex: reduzir o estímulo, limitar atividades, aumentar o tempo de sono).
- 3 ou mais itens em 1 dia, colocar o plano de emergência em ação (psiquiatra: alteração da medicação).

O que fazer quando uma crise surgir?

- Como vocês costumam lidar quando há um episódio ((hipo)mania ou depressão) iminente?
- Quais os recursos disponíveis para ajudá-lo?



O que fazer quando uma crise (hipo)maníaca surgir?

- Procurar o psiquiatra
- Aumentar o número de horas de sono, (mínimo de 10 horas)
- Estabelecer quais as atividades essenciais e se é necessário pedir ajuda.
- Atividades estimulantes não devem durar mais que 6h/dia.
- Não curar a impulsividade com exercícios físicos; quanto mais atividade você fizer, mais estimulado você ficará e pior o episódio.
- Evitar ambientes estimulantes(boates, etc.), procurar ambientes relaxantes
- Evitar bebidas estimulantes(álcool, café, chá preto, etc)
- Limitar os gastos, (deixar outra pessoa responsável por contas pessoais e cartões de crédito,p.e.), por no mínimo 48h.
- Nunca tome decisões importantes nestes momentos.
- Não se permita "ir além" nestes momentos; "Quanto mais alto subimos, maior a queda"

O que fazer quando uma crise depressiva surgir?

- Procurar o psiquiatra, (e, se possível, não mudar de profissional, uma vez que este não conhece seu histórico)
- Nunca se auto-medica!
- Dormir 8h/dia é o ideal neste momento, (pode ser útil agendar atividades de manhã); dormir mais que o habitual, pode piorar a depressão; evitar as "sonecas" durante o dia
- Não desista das suas atividades; tente segui-las normalmente, ainda que esta não seja sua vontade
- Exercícios físicos são essenciais nesta fase!
- Não tome decisões importantes neste período, pois estas podem ser influenciadas por seu estado depressivo
- Não consumir substâncias tipo álcool, maconha ou cocaína: estas podem deixá-lo ainda mais deprimido após algumas horas. Você pode beber café pela manhã, a fim de estimular o humor, desde que não tenha ansiedade associada.
- Pessimismo e inferioridade são resultado de mudanças QUÍMICAS no cérebro e não dependem exclusivamente do paciente.
- Mantenha um calendário de atividades regulares: muitos pacientes acabam dormindo cada vez mais tarde, por se sentirem melhor no período da tarde; durma nos horários corretos!!!
- Se estiver com idéias de morte ou pensando em fazer mal a si mesmo ou outros, comunique imediatamente o psiquiatra.

Cartão de Emergência

Psiquiatra: Dr. Watson
Telefone: (11)5555-8888

Hospital das Clínicas
Emergência
102

Posto de Saúde
Vila Jequitinhonha
(11)6767-8888

Amigos próximos
Cleudson (11)4566-7766
Luana(17)7678-8654

Pai
(11)78676777
Mãe
(12)9898-9865

Dicas:

ALTOS
Dormir 10 horas
Evitar café
Evitar excesso atividades estimulantes

BAIXOS
Dormir máx. 8h/dia
Ligar para Cleudson
Jogar futebol

Sessões

1ª Apresentação do grupo
Quais são as regras?
O que é psicoducção?
Quais são seus objetivos e benefícios?
Alvos do tratamento

2ª O que é TB?
Natureza biológica, epidemiologia, preconceitos e mitos.

3ª O que é Mania e Hipomania?

4ª O que é Depressão?
O que é Estado Misto?

5ª O que é o gráfico do humor?

6ª Possíveis gatilhos X Causas Biológicas

7ª Adesão ao tratamento

8ª Tratamento I:
Estabilizadores do Humor
Níveis plasmáticos dos estabilizadores do humor

9ª Tratamento II: Antidepressivos
Tratamento III: Eletroconvulsoterapia-ECT

10ª Gravidez e Aconselhamento genético
Terapias Alternativas X Psicofarmacologia

11ª Substâncias Psicoativas no TB

12ª Detecção precoce dos Episódios
O que fazer quando um episódio é detectado?

13ª Estratégia de resolução de problemas

14ª Importância de hábitos regulares

15ª Técnicas de controle do estresse

16ª Fechamento

Estratégia de resolução de problemas ⁽¹⁾

- O que vou vestir hoje?
- O que vou comer no café da manhã ?
- Qual caminho fazer para ir ao trabalho ?

- Devo demitir um empregado ?
- Devo mudar de casa ?
- Me divorciar ?

Estratégia de resolução de problemas ⁽²⁾

- Tomar decisões pode ser muito estressante→minar qualidade de vida
- TB→ansiedade, insônia→novo episódio.
- Decisões→humor estável!

- Vamos resolver problema juntos?

Estratégia de resolução de problemas ⁽³⁾

1)Inibir a tendência de responder impulsivamente a um problema.

- Decisões importantes→devagar
- Pressa e impulsividade

Estratégia de resolução de problemas ⁽⁴⁾

- Reunir informações importantes do problema.
- Entender o conflito.
Onde estou→para onde quero ir.
Quais são as condições para mudar.
Quais obstáculos vou encontrar.
- Definir objetivos realistas e concretos
- Avaliar os custos e benefícios a curto e longo prazos.

Estratégia de resolução de problemas ⁽⁵⁾

2)Gerar o maior número de respostas possíveis.

“Brainstorming”:

- Levantar as possíveis soluções
- Adiar o julgamento
- Variedade

Estratégia de resolução de problemas ⁽⁶⁾

3)Escolher a solução mais apropriada.
>benefício e <custo.
Efetiva para atender o(s) objetivo(s).
Possível de ser realizado.

Estratégia de resolução de problemas (7)


Aplicar esta técnica algumas vezes com papel e caneta → integrar como parte do nosso funcionamento diário

Sessões

1ª Apresentação do grupo Quais são as regras? O que é psicoeducação? Quais são seus objetivos e benefícios? Alvos do tratamento	9ª Tratamento II: Antidepressivos Tratamento III: Eletroconvulsoterapia-ECT
2ª O que é TB? Natureza biológica, epidemiologia, preconceitos e mitos.	10ª Gravidez e Aconselhamento genético Terapias Alternativas X Psicofarmacologia
3ª O que é Mania e Hipomania?	11ª Substâncias Psicoativas no TB
4ª O que é Depressão? O que é Estado Misto?	12ª Detecção precoce dos Episódios O que fazer quando um episódio é detectado?
5ª O que é o gráfico do humor?	13ª Estratégia de resolução de problemas
6ª Possíveis gatilhos X Causas Biológicas	14ª Importância de hábitos regulares
7ª Adesão ao tratamento	15ª Técnicas de controle do estresse
8ª Tratamento I: Estabilizadores do Humor Níveis plasmáticos dos estabilizadores do humor	16ª Fechamento

Hábitos Regulares

A história de uma aposta




Hábitos Regulares – Sono (1)

- O sono tem influência sobre a sua doença?
- Como vocês fazem para dormir?
- Fazer anotações do seu horário de sono, seu nível de energia e como você se sente, por alguns meses (diário do sono) pode ser útil → atento para as possíveis alterações do ciclo do sono.

Hábitos Regulares – Sono (2)

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



Hábitos Regulares – Sono (3)

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

Hábitos Regulares - Higiene do Sono

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

Hábitos Regulares - Alimentação

- Se notar que o padrão de apetite mudou para uma forma exagerada ou compulsiva, avisar o psiquiatra
- Evitar dietas rígidas: a fome pode ser estressante e detonar novas crises
- IMAO: manter dieta livre da tiramina
- Lítio: evitar dietas com pouco sal.

	hora	Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	Sáb.	Dom.
Sair da cama	8:00							
	9:00							
	10:00							
	+tarde							
Tomar Café da manhã	8:30							
	9:30							
	10:30							
	11:30							
	+tarde							

Sessões

- | | |
|--|---|
| <p>1ª Apresentação do grupo
Quais são as regras?
O que é psicoeducação?
Quais são seus objetivos e benefícios?
Alvos do tratamento</p> <p>2ª O que é TB?
Natureza biológica, epidemiologia, preconceitos e mitos.</p> <p>3ª O que é Mania e Hipomania?</p> <p>4ª O que é Depressão?
O que é Estado Misto?</p> <p>5ª O que é o gráfico do humor?</p> <p>6ª Possíveis gatilhos X Causas Biológicas</p> <p>7ª Adesão ao tratamento</p> <p>8ª Tratamento I:
Estabilizadores do Humor
Níveis plasmáticos dos estabilizadores do humor</p> | <p>9ª Tratamento II: Antidepressivos
Tratamento III: Eletroconvulsoterapia-ECT</p> <p>10ª Gravidez e Aconselhamento genético
Terapias Alternativas X Psicofarmacologia</p> <p>11ª Substâncias Psicoativas no TB</p> <p>12ª Detecção precoce dos Episódios
O que fazer quando um episódio é detectado?</p> <p>13ª Estratégia de resolução de problemas</p> <p>14ª Importância de hábitos regulares</p> <p>15ª Técnicas de controle do estresse</p> <p>16ª Fechamento</p> |
|--|---|

O que é estresse?

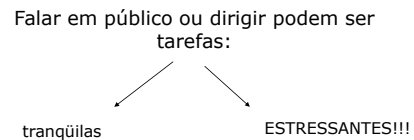
Tranquilo....



Estresse - Definição

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

Estresse – Exemplo:



Estresse: saudável ou prejudicial?

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

Estresse – 3 fases de ativação fisiológica:

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

Estresse no TB

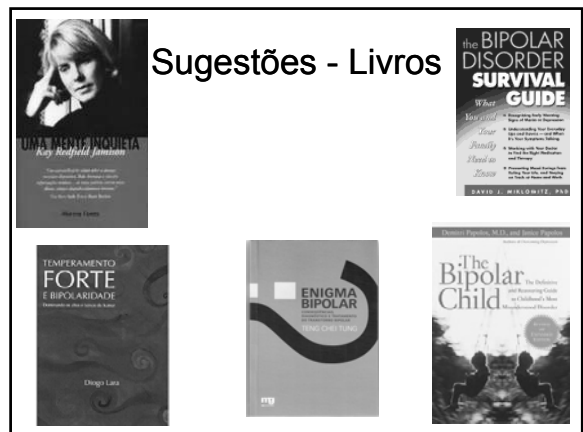
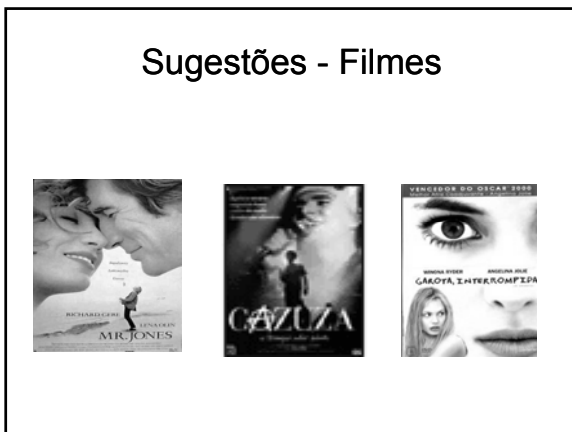
- Situação sustentada de estresse é extremamente danosa para qualquer pessoa, especialmente para quem sofre de TB → pode levar a crise por 2 caminhos:
 - Direto: alteração fisiológica altera os hormônios e neurotransmissores.
 - Indireto: ação em áreas como o sono.
- Ex: nascimento de um filho → depressão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

Técnicas para controle do Estresse

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

Sessões

<p>1ª Apresentação do grupo Quais são as regras? O que é psicoeducação? Quais são seus objetivos e benefícios? Alvos do tratamento</p> <p>2ª O que é TB? Natureza biológica, epidemiologia, preconceitos e mitos.</p> <p>3ª O que é Mania e Hipomania?</p> <p>4ª O que é Depressão? O que é Estado Misto?</p> <p>5ª O que é o gráfico do humor?</p> <p>6ª Possíveis gatilhos X Causas Biológicas</p> <p>7ª Adesão ao tratamento</p> <p>8ª Tratamento I: Estabilizadores do Humor Níveis plasmáticos dos estabilizadores do humor</p>	<p>9ª Tratamento II: Antidepressivos Tratamento III: Eletroconvulsoterapia-ECT</p> <p>10ª Gravidez e Aconselhamento genético Terapias Alternativas X Psicofarmacologia</p> <p>11ª Substâncias Psicoativas no TB</p> <p>12ª Detecção precoce dos Episódios O que fazer quando um episódio é detectado?</p> <p>13ª Estratégia de resolução de problemas</p> <p>14ª Importância de hábitos regulares</p> <p>15ª Técnicas de controle do estresse</p> <p>16ª Fechamento</p>
--	---



Avaliação

- Críticas construtivas.

11 REFERÊNCIAS

American Psychiatry Association (APA) - *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. – DSM-IV-TR. 4ªed., Porto Alegre: Artes Médicas; 2003.

Bauer, M.S.; Kirk, G.F.; Gavin, C.; Williford, W.O. Determinants of Functional Outcome and Healthcare Costs in Bipolar Disorder: a High – Intensity Follow up Study. *J. Affect. Dis.* 2001; 65:231-241.

Callahan, A.M.; Bauer, M.S.; Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder. *Psych. Clin. N. Am.* 1999; 22 (3): 675-688.

Colom, F; Vieta, E. A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. *Bipolar Disorders*. 2004a; 6: 480-486.

Colom, F; Vieta, E. Improving the outcome of bipolar disorder through non-pharmacological strategies: the role of psychoeducation. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*. 2004b; 26 (supl. III): 47-50.

Colom, F; Vieta, E; Sánchez-Moreno, J; Martínez-Arán, A; Torrent, C; Reinares, M; Goikolea, JM; Benabarre, A; Comes, M. Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disorders*. 2004c; 6(4): 294-8.

Colom, F.; Vieta, E.; Martínez-Arán, A; Reinares, M; Goikolea, JM; Benabarre, A; Torrent, C e outros. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2003a; 60(4): 402-7.

Colom, F; Vieta, E; Reinares, M; Martínez-Arán, A; Torrent, C; Goikolea, JM; Gastó, C. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry*. 2003b; 64(9): 1101-5.

Colom, F; Vieta, E. *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder*. 1ª ed. New York: Cambridge; 2006.

Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Goikolea JM, Popova E, Bonnín CM, Scott J. Psychoeducation for bipolar II disorder: an exploratory, 5-year outcome subanalysis. *J Affect Disord.* 2009a;112(1-3): 30-5.

Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Martínez-Arán A. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry.* 2009b; 194(3): 260-5.

Del-Bem, C.M. ; Vilela, J. A. ; Crippa, J. A. ; Hallak, J. E. ; Labate, C. M. ; Zuardi, A. W. – Confiabilidade da “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica” traduzida para o português – *Rev. Brasileira de Psiquiatria.* 2001; v. 23, p. 156-159.

D'Souza R, Piskulic D, Sundram S. A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: A pilot randomised controlled trial. *J Affect Disord.* 2009 May 8

Ferrier, I.N.; Stanton, B.R.; Kelly, T.P.; Scott, J. Neuropsychological Function in Euthymic Patients with Bipolar Disorder. *Br J. Psych.*1999; 175: 246-51.

First, M. B. ; Spitzer, R. L. ; Gibbon, M. ; Williams, J. B. – *Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Transtorno do Eixo I*, Edição para Pacientes (SCID-I/P) – New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 1997.

Fleck, M.P.A.F.; Leal, O.; Louzada, S.; Xavier, M; Chachamovich, E.; Vieira, G.; Lyssandra Santo, L.; Pinzon, V. Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. *Rev. Brasileira de Psiquiatria.* 1999; v.21 n.1.

Fountoulakis K.N; Vieta E. Treatment of bipolar disorder: a systematic review of available data and clinical perspectives. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2008 Nov; 11(7):999-1029. *Epub* 2008 Aug 28. Review.

Freitas, S.; Gorenstein, C. e Appolinario J.C. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. Assessment instruments for eating disorders. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002; vol.24 suppl.3.

Fristad, M.A; Gavazzi S.M; Mackinaw-Koons, B. Family psychoeducation: an adjunctive intervention for children with bipolar disorder. *Biol. Psychiatr.* 2003; 53(11): 1000-8.

Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS. Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *Am J Psychiatry*. 1995 Mar;152(3):379-84.

González-Pinto, A; Gonzales, C; Enjunto, S; Fernandez De Costa, B; Lopez, P; Palomo, J; Gutierrez, M; e outros. Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. *Acta Psychiatr. Scand*. 2004; 109(2): 83-90 (1).

Gorenstein, C; Andrade, L.H.S.G; Zuardi, A.W. (Eds.) - *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*, São Paulo: Lemos Editorial; 2000.

Gorenstein C.; Andrade L.H.S.G.; Moreno, R.A.; Bernik, M; Nicastri, S.; Cordás, T.; Camargo, A.P. escala de Auto-Avaliação de Adequação Social – Validação da Versão em Língua Portuguesa, cap. 41, p. 401-14. In: Gorenstein C.; Andrade L.H.S.G.; Zuardi, A. W. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. Versão atualizada e ampliada da *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 1999; v. 25, n. 5 e 6, 1998; v. 26, n. 1 e 2.

Guy, W. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Publication 76-338. Washington, US Department of Health, Education and Welfare, 1976.

Hamilton, M. A rating scale for depression. *J Neurol. Neurosurg Psychiatr*. 1960; 23; 56-62.

Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, Vittinghoff E. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *JAMA*. 1998 Aug 19;280(7):605-13.

Huxley, N; Parikh, S; Baldessarini, R. Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: state of the evidence. *Harv Rev Psychiatry*. 2000; 8:126-140.

Jacobson, E. Neuromuscular controls in man: Methods of self direction in the health and the disease. *Am. J. Psychol*. 1955; 68(4): 549-61.

Jones, S. Psychotherapy of bipolar disorder: a review. *Journal of Affective Disorders*. 2004;80; 101-14.

Keck PE Jr, McElroy SL, Strakowski SM, West SA, Sax KW, Hawkins JM, Bourne ML, Haggard P. 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry*. 1998 May;155(5):646-52.

Michalak, EE; Yatham, LN; Wan, DDC; Lam, RW. Perceived Quality of Life in Patients With Bipolar Disorder. Does Group Psychoeducation Have an Impact? *Can J Psychiatry*. 2005; vol 50, n° 2.

Miklowitz, D. Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder. State of the Evidence. *Am J Psychiatry*. 2008;165 (11):1408-19.

Miklowitz DJ, Frank E, George EL. New psychosocial treatments for the outpatient management of bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull*. 1996;32(4):613-21.

Miklowitz , D; George, EL; Richards, JA; Simineau, TL, Suddath, RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2003; 60(9): 904-12.

Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Kogan JN, Sachs GS, Thase ME, Calabrese JR, Marangell LB, Ostacher MJ, Patel J, Thomas MR, Araga M, Gonzalez JM, Wisniewski SR. Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007 Sep;164(9):1340-7.

Perry, A.; Tarrier, N.; Morriss, R. ; McCarthy, E.; Limb, K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*. 1999; 318; 149-53.

Roso MC e Moreno RA. In: Moreno e Moreno. *Da Psicose Maníaco-Depressiva ao Espectro Bipolar*, 3ªed .- São Paulo: Segmento Farma, 2008.

Roso MC, Moreno RA, Costa ES. Psychoeducational Intervention on mood disorders: the experience of GRUDA. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, May 2005; [Letter].

Tohen, M.; Zarate,C.A.; Hennen, J.; Khalsa, H.M.K.; Strakowski, S.M.; Medhin, P.G.; Salvatore, P. e Baldessarini, R.J. The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: Prediction of Recovery and First Recurrence. *Am. J. Psychiatry*. 2003;160:2099-2107.

Van Gent EM. Follow-up study of 3 years group therapy with lithium treatment. *Encephale*. 2000; 26(2):76-9.

Vilela, J.A.A. *Estudo da confiabilidade e validade de uma versão modificada da Young Mania Rating Scale*. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2000;180p.

Watson, S.; Young, A.H. Bipolar Disorder: New Approaches to Psychoterapy. *Expert Opin Pharmacother*. 2001; 2(4):601-12.

Weissman, M.M.; Bothwell, S. Assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1976; 33; 1111-5.

Young, R.C.; Biggs, JT; Ziegler, V.E.; Meyer, D.A. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br. J. Psychiatry*. 1978; 133; 429-35.

Zarate, C.A.Jr.; Tohen, M.L.; M Cavanagh, S. Funcional impairment and cognition in bipolar disorder. *Psychiatry*. 2000; Q 71; 309-29.

Zaretsky, A. Targeted psychosocial interventions for bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. 2003; 5 (Suppl. 2): 80-87.

Zubieta JK, Huguelet P, O'Neil RL, Giordani BJ. Cognitive function in euthymic bipolar I disorder. *Psychiatry Res*. 2001 May 10;102(1):9-20.