UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

CLARICE DE LOURDES ENES

TRANSTORNO BIPOLAR: FATORES PREDITIVOS DA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E PSICOSSOCIAL E QUALIDADE DE VIDA

Divinópolis
2018

CLARICE DE LOURDES ENES

TRANSTORNO BIPOLAR: FATORES PREDITIVOS DA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E PSICOSSOCIAL E QUALIDADE DE VIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico – da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão em Serviços de Saúde e Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Richardson Miranda Machado

Divinópolis

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

_____ Data___/___/___

Enes, Clarice de Lourdes.
Transtorno Bipolar: Fatores Preditivos da Adesão ao Tratamento Farmacológico e Psicossocial e Qualidade de Vida – Divinópolis: UFSJ, 2018. 92p.: il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), 2018
Orientador: Prof. Dr. Richardson Miranda Machado
1. Psicologia. 2. Transtorno bipolar. 3. Adesão ao Tratamento.
4. Qualidade de Vida. 5. Saúde Mental

CLARICE DE LOURDES ENES

TRANSTORNO BIPOLAR: FATORES PREDITIVOS DA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E PSICOSSOCIAL E QUALIDADE DE VIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico – da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências.

APROVADA em: _____ de _____de 2018.

Banca examinadora:

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

Ao meu companheiro Heraldo Luiz do Amaral, pelo inestimável apoio e contribuição a este trabalho, nos momentos em que mais necessitei. Sobretudo, pela paciência, encorajamento e disponibilidade sempre!

A meu filho Thomaz, por compreender minhas ausências necessárias.

AGRADECIMENTOS

A Deus, sem Ele nada seria possível!

Aos meus pais ausentes, dos quais herdei, dentre tantas coisas, determinação!

Ao meu orientador, Prof. Dr. Richardson Miranda Machado, pela confiança em mim depositada e pelo inestimável ganho acadêmico que me proporcionou. Obrigada pelo apoio, incentivo e colaboração.

Aos professores que compuseram a banca de qualificação, Prof.ª Dr.ª Denise Alves Guimarães e Prof. Dr. Humberto Ferreira de Oliveira Quites, pelos construtivos questionamentos e valiosas contribuições.

Ao NEPAG que sempre nos acompanhou e estimulou nessa jornada.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pelos conhecimentos proporcionados.

À equipe do SERSAM pelo acolhimento e contribuição ao desenvolvimento desse trabalho.

Aos pacientes do CAPS, pela colaboração no estudo.

À minha irmã Carla Cristina Enes, pelas orientações estatísticas prestadas que enriqueceram o estudo e pela disponibilidade, mesmo à distância.

À Fernanda Daniela Dornelas, pelo compartilhamento de suas experiências acadêmicas, pela afetividade e generosidade. Obrigada Fê!

A todos os companheiros do mestrado, em especial Aline Esteves Pacheco e Marco Tulio Clementino, pela colaboração, disponibilidade e amizade sempre!

ENES, C. L. **TRANSTORNO BIPOLAR:** FATORES PREDITIVOS DA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E PSICOSSOCIAL E QUALIDADE DE VIDA [Dissertação]. Divinópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Acadêmico, Universidade Federal De São João Del-Rei; 2018.

RESUMO

Introdução: o transtorno bipolar (TB) é uma doença mental crônica e recorrente que produz prejuízos pessoais, profissionais, relacionais e na qualidade de vida dos pacientes, contribuindo para aumento na utilização dos serviços e gastos em saúde. A adesão ao tratamento do TB é fundamental para sua eficácia, porém taxas de não adesão podem incidir em até 50% dos pacientes. Pacientes aderentes apresentam menos crises, melhores relações interpessoais, autocuidado e capacidade laboral, e procuram menos os serviços de saúde. A adesão ao tratamento do TB tem sido avaliada em pacientes inseridos em seu contexto social e familiar, após a alta do tratamento da crise aguda. Conhecer os fatores preditivos de adesão ou não adesão poderia contribuir para estruturar e reorganizar ações dos serviços de saúde mental em todos os seus níveis, favorecendo a estabilidade do paciente e redução das reinternações. **Objetivo**: avaliar a predição de adesão ao tratamento farmacológico e psicossocial e aspectos da qualidade de vida dos pacientes com transtorno bipolar. **Métodos**: estudo transversal, descritivo e não probabilístico. Participaram do estudo 35 pacientes. Critérios de inclusão: idade de 18 anos ou mais; entender e concordar em participar da pesquisa; ser usuário do CAPS III há mais de 6 meses; ter recebido alta da internação. Critérios de exclusão: apresentar condição interferente na produção de dados; recusar-se a participar da pesquisa. Foram coletados dados sociodemográficos e clínicos e aplicadas duas escalas de avaliação, uma que quantificou a predição da adesão ao tratamento no TB (ECPAT-TBH) e outra, que avaliou a qualidade de vida dos pacientes (*World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref - WHOQOL-bref*). A análise descritiva foi realizada por medidas de distribuição de frequência absoluta e relativa e tendência central. **Resultados**: pacientes, em sua maioria, do sexo feminino (68,6%), entre 41 e 50 anos (31,4%), sem companheiro (62,9%), aposentados (57,1%), com acompanhamento psiquiátrico há mais de 10 anos (74,3%) e uso de mais de 4 tipos de medicamentos/dia (82,9%). O uso da ECPAT-TBH indicou uma predição geral de adesão ao tratamento proposto (77,1%). A aplicação da escala WHOQOL-*bref* apresentou resultados com predomínio de QV regular, tanto na média geral (77,2%), quanto nos domínios. Aliança terapêutica e relações sociais impactaram positivamente na adesão e qualidade de vida, enquanto dificuldades em seguir o tratamento e meio ambiente tiveram um efeito negativo. **Conclusão:** evidenciou-se a importância da avaliação da tendência à adesão no momento da alta do tratamento, pois a predição permite sinalizar intervenções para a manutenção da estabilidade do paciente após seu retorno ao convívio familiar e social. O uso da escala ECPAT-TBH respondeu satisfatoriamente ao objetivo proposto, devido à sua especificidade. Instrumentos específicos de avaliação de QV em bipolares devem ser construídos, dada a complexidade do transtorno.

PALAVRAS-CHAVE: 1. Psicologia. 2. Saúde Mental. 3. Transtorno Bipolar. 4. Adesão ao Tratamento. 5. Qualidade de Vida.

ENES, C. L. **Bipolar disorder: predictive factors of adhesion to pharmacological/psychological treatment adherence and quality of life** [Thesis]. Divinópolis: Post-Graduation Program in Nursing Master's Degree, Federal University of São João Del-Rei; 2018.

ABSTRACT

Introduction: Bipolar disorder (BD) is a chronic and recurrent mental illness that produces personal, professional, relational and quality of life losses of the patients, contributing to an increase in health care expenditures and the use of health services. Adherence to TB treatment is critical for its efficacy, but non-adherence rates can affect up to 50% of patients. Adherent patients present fewer crises, better interpersonal relationships, self-care and work capacity, and seek less health services. Adherence to treatment in TB has been evaluated in patients inserted in their social and family context, after discharge from treatment of the acute crisis. Knowing the predictive factors of adherence or non-adherence could contribute to structuring and reorganizing actions of mental health services at all levels, favoring patient stability and reducing readmissions. **Objective**: To evaluate the prediction of adherence to pharmacological and psychosocial treatment and quality of life aspects of patients with bipolar disorder. **Method**: Cross-sectional, descriptive and non-probabilistic study. 35 patients were evaluated. Inclusion criteria: age 18 years or older; understand and agree to participate in the research; be an CAPS III user for more than 6 months; have been discharged from hospitalization. Exclusion criteria: present any interfering conditions in the production of data; refuse to participate in the survey. Socio-demographic and clinical data were collected and two assessment scales were applied, one that quantified the prediction of adherence to TB treatment (ECPAT-TBH) and another, which assessed patients' quality of life (World Health Organization Quality of Life Assessment-*bref*, WHOQOL-*bref*). The descriptive analysis was performed by measures of absolute and relative frequency distribution, and central tendency. **Results**: The majority of the patients were female (68.6%), between 41 and 50 years (31,4%), without a partner (62.9%), with psychiatric follow-up for more than 10 years (74.3%) and uses more than 4 types of medications/day (82.9%). The use of ECPAT-TBH indicated a general tendency to adherence to the proposed treatment (77.1%). The application of the WHOQOL-*bref* scale presented results with a predominance of regular QoL, both in the general mean (77.2%) and in the domains. Therapeutic alliance and social relations positively impacted on adherence and quality of life, while difficulties in following treatment and environment had a negative effect. **Conclusion**: It was evidenced the importance of evaluating the tendency to adherence at the time of treatment discharge, since the prediction allows to signal interventions to maintain patient stability after returning to family and social life. The use of the ECPAT-TBH scale responded satisfactorily to the proposed objective, due to its specificity. Specific instruments for assessing QOL in bipolar should be constructed, due to disorder complexity.

Keywords: 1. Psychology. 2. Mental Health. 3. Bipolar Disorder. 4. Cooperation and Adherence to Treatment. 5. Quality of Life

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Transtorno bipolar: curso da doença registrado em gráfico de humor e critérios diagnósticos segundo a quinta edição do "Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais" (Adaptado de STAHL, 2013**).....** 23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes com TB (n=35) atendidos no CAPS, Divinópolis, MG, Brasil, 2018..... 48

Tabela 2 – Distribuição da frequência dos pacientes com TB (n=35) quanto à predição da adesão ao tratamento proposto na alta do CAPS, Divinópolis, MG, Brasil, 2018..... 49

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes segundo a classificação de qualidade de vida da escala WHOQOL-*bref*, Divinópolis, MG, Brasil, 2018..... 49

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes, segundo domínios de qualidade de vida da escala WHOQOL-*bref*, Divinópolis, MG, Brasil, 2018..... 50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	*American Psychiatric Association* (Associação Americana de Psiquiatria)
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCO	*Campus* Centro-Oeste da Universidade Federal de São João Del-Rei
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
DSM	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais)
ECPAT-TBH	Escala Clínica para Prever a Adesão ao Tratamento no Transtorno Bipolar Do Humor
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMD	Psicose Maníaco-Depressiva
QV	Qualidade de Vida
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TB	Transtorno Bipolar
TBH	Transtorno Bipolar do Humor
UFSJ	Universidade Federal de São João Del-Rei
WHO	*World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde)
WHOQOL-*bref*	*World Health Organization Quality of Life Assessment*-bref (Escala de Avaliação da Qualidade de Vida-Resumida)

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**12**
2	**OBJETIVOS**	**17**
2.1	OBJETIVO GERAL	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	**REVISÃO DE LITERATURA**	**19**
3.1	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	20
3.2	ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA	27
3.3	ADESÃO E TRATAMENTO	29
3.4	QUALIDADE DE VIDA E TRANSTORNO BIPOLAR	33
4	**MÉTODOS**	**35**
4.1	TIPO DE ESTUDO	36
4.2	LOCAL DO ESTUDO	36
4.3	POPULAÇÃO	37
4.4	AMOSTRA	37
4.5	COLETA DE DADOS	37
4.5.1	Instrumentos de Coleta de Dados	37
4.5.2	Procedimento de Coleta de Dados	39
4.6	ANÁLISE DE DADOS	40
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	40
5	**RESULTADOS**	**41**
6	**ARTIGO: Predição da Adesão ao Tratamento e Qualidade de Vida de Pacientes com Transtorno Bipolar**	**43**
7	**LIMITAÇÕES**	**57**
8	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	**59**
REFERÊNCIAS		**61**
APÊNDICES		**67**
ANEXOS		**81**

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno Bipolar (TB) é uma doença mental crônica e recorrente, caracterizada por quadros episódicos de oscilações de humor que se manifestam sob as formas de depressão e mania (euforia), com diferentes graus de intensidade, sucedidos ou intercalados por períodos de remissão (GRANEK et al., 2016; CLEMENTE et al., 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o TB atinge aproximadamente 30 milhões de pessoas em todo o mundo, e no Brasil sua ocorrência é estimada em 4% da população (KESSING et al., 2017; MORAIS, 2017). O transtorno traz a seus portadores prejuízos pessoais, profissionais e relacionais, resultando em impactos negativos, na qualidade de vida dos pacientes e em aumento significativo na utilização dos serviços e gastos em saúde. (KAY-LAMBKIN et al., 2016).

A idade média dos primeiros sintomas do transtorno é de 25 anos, embora a doença possa surgir mais tarde, após os 40 ou 50 anos. Ocorre sem distinção de raça, etnia e classe social. Considera-se que o TB possa aumentar em até 20 vezes o risco de suicídio e, em função da idade de início da doença, reduzir a expectativa de vida entre 11 e 20 anos (KAY-LAMBKIN et al., 2016).

Sua etiologia complexa e multifatorial resulta da interação entre fatores genéticos, sociais e ambientais. Estudos epidemiológicos apresentam distribuição uniforme de casos de TB entre homens e mulheres e taxas de prevalência para herdabilidade em torno de 60%, fazendo com que sua ocorrência seja um dos principais fatores de risco para a recorrência da doença em outros membros da família. Assim, o risco de adoecimento entre parentes adultos de primeiro grau é, em média, dez vezes maior para portadores da doença (BOSAIPO et al., 2017; KESSING et al., 2017; SCHULZE et al., 2010).

O diagnóstico precoce e o tratamento dos episódios agudos favorecem o bom prognóstico do transtorno. Entretanto, sua complexidade clínica, constituída de variados padrões do humor, dificulta a precisão diagnóstica e a indicação terapêutica adequada. É comum o diagnóstico tardio nesse transtorno, podendo ocorrer em média até 10 anos após a manifestação dos primeiros sintomas. Além disso, critérios diagnósticos restritivos prejudicam a identificação da doença e retardam o tratamento, impactando em altos custos pessoais e sociais, risco de suicídio e demais complicações (CLEMENTE et al., 2015).

O TB afeta negativamente a qualidade de vida dos pacientes em vários aspectos, destacando-se a situação econômica, o lazer e os relacionamentos interpessoais. A gravidade

da doença também está associada a uma maior sobrecarga de trabalho para cuidadores, seja ele da família ou profissional de saúde (ARCISZEWSKA; SIWEK; DUDEK, 2015).

Pacientes bipolares, em geral, possuem piores níveis de qualidade de vida em relação a outras doenças mentais, que podem estar associados ao seguimento irregular do tratamento ou ao seu abandono. Nesse aspecto, justifica-se avaliar a qualidade de vida dos pacientes por permitir ampliar a compreensão dos desfechos de saúde para além dos critérios de risco e eficácia (MIGUEL, 2015).

Por suas características clínicas, o TB exige tratamento farmacológico contínuo como condição para melhora do prognóstico, resultando na diminuição dos sintomas maníacos, frequência dos episódios agudos e da alternância do humor (FREIRE et al., 2013; SOUZA et al., 2013; MIASSO et al.,2012).

A eficácia do tratamento está relacionada à adesão, compreendida como o cumprimento das recomendações clínicas pelo paciente. No entanto, estudos sobre adesão em doenças crônicas demonstram que os pacientes não seguem as prescrições por fatores clínicos, econômicos, culturais e sociais, o que leva à piora da doença (MAZZAIA & SOUZA, 2017).

Taxas de não adesão ao tratamento podem incidir em até 50% dos pacientes com TB, sendo motivo de preocupações na área da saúde mental pelo aumento do número de crises agudas. Estudos demonstram que 60% dos pacientes internados com mania aguda apresentaram falhas terapêuticas no mês que antecedeu a hospitalização, o que também está relacionado ao aumento do tempo de internação e de tentativas de suicídio (MIASSO et al., 2012; FREIRE et al., 2013).

A não adesão ao tratamento em TB está associada a crenças e desconhecimento sobre a doença, ao uso da medicação com seus fatores adversos, posologia complexa, interação medicamentosa e longa duração do tratamento, levando ao seu abandono (FREIRE et al., 2013).

Trabalhos que avaliam adesão indicam que pacientes aderentes ao tratamento apresentam menos crises, melhoram suas relações interpessoais, capacidade laboral e o autocuidado e procuram menos os serviços de saúde. Por outro lado, pacientes não aderentes apresentam maior recorrência de episódios de mania e de internações e aumenta o risco de suicídio (MAZZAIA & SOUZA, 2017; FREIRE et al., 2013).

O atual modelo de atenção à saúde mental preconizado pelo processo de desinstitucionalização psiquiátrica, com o propósito de promover a reinserção social dos pacientes e proporcionar tratamento mais humanizado, enfatizou a importância dos serviços

comunitários abertos, em contraposição ao tradicional modelo asilar/hospitalocêntrico, centrado na internação **(**RAMOS & GUIMARÃES, 2013).

Atendendo aos novos preceitos, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que passaram a oferecer um serviço de caráter aberto e atenção diária, estruturado segundo a lógica do território de saúde, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. Nesse novo contexto, a alta do tratamento, contrariamente ao modelo tradicional de ideal de "cura", foi redefinida como reabilitação psicossocial e passou a ser concebida como "transferência de cuidados". Para tanto, seria necessária uma rede de cuidados flexível, ágil e resolutiva, capaz de impactar na adesão ao tratamento reduzindo o índice de internação e reinternação psiquiátrica (GUEDES et al., 2017, RAMOS & GUIMARÃES, 2013).

Entretanto, apesar das novas propostas e alguns avanços conquistados, os índices de reinternações permaneceram elevados, conforme evidenciaram diversos estudos relatados por Ramos e colaboradores (2011). Os serviços psiquiátricos comunitários não conseguiram atender adequadamente às necessidades da nova política de tratamento nos aspectos clínico, social e ocupacional, de forma a garantir a reintegração psicossocial dos pacientes, sobretudo àqueles com distúrbios mais graves e persistentes (RAMOS et al., 2011).

Por conseguinte, o caráter aberto do novo modelo assistencial e a ausência de recursos comunitários adequados potencializaram o problema da não adesão ao tratamento, fazendo surgir o fenômeno da "porta giratória" nos serviços de saúde mental. O termo designa um ciclo recidivo de internação-alta-internação que sobrecarrega os profissionais de saúde, aumenta gastos com o tratamento e afeta negativamente a qualidade de vida dos pacientes (BRASIL, 2010; RAMOS et al., 2013).

No Brasil, a adesão ao tratamento em TB tem sido pesquisada, especialmente, em condições nas quais os pacientes já se encontram inseridos em seu contexto social e familiar, após a alta do tratamento da crise aguda. Em geral, são avaliados em serviços ambulatoriais de saúde mental destinados ao acompanhamento e manutenção do tratamento. Porém há escassez de estudos que estimem a predição de adesão ao tratamento em TB no momento da alta do paciente. O conhecimento dos fatores preditivos de adesão ou não adesão poderia contribuir para estruturar e reorganizar as ações dos serviços em todos os seus níveis, de forma a contribuir para a estabilidade do paciente e, consequentemente, para redução das reinternações.

Diante do exposto acerca da importância da adesão e manutenção do tratamento para controle e estabilização da doença em pacientes com TB, o presente estudo propôs avaliar a predição de adesão dos pacientes ao tratamento farmacológico e psicossocial no momento da

alta da internação no CAPS III do município de Divinópolis (MG). Propôs, ainda, descrever as condições sociodemográficas e clínicas desses pacientes e conhecer a sua percepção de qualidade de vida como forma de identificar fatores que poderiam afetar e impactar na adesão ao tratamento.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a predição de adesão ao tratamento farmacológico e psicossocial e qualidade de vida dos pacientes com transtorno bipolar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com transtorno bipolar.

b) Avaliar a predição de adesão ao tratamento farmacológico e psicossocial dos pacientes com TB.

c) Conhecer a percepção de qualidade de vida dos pacientes com transtorno bipolar.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Desde a antiguidade a literatura relata experiências humanas semelhantes aos estados de mania e depressão, porém com atribuições místicas. Na Grécia Antiga os fenômenos de alterações afetivas receberam a primeira explicação naturalística ao relacionar a saúde a quatro humores corporais, que classificavam o indivíduo em sanguíneo, fleumático, bilioso (colérico) ou melancólico. Hipócrates e Aristóteles foram os primeiros filósofos a descrever a melancolia como um estado caracterizado por tristeza e medos prolongados, decorrentes de uma predisposição natural, e a mania foi relatada como estado psicótico agitado (CLEMENTE, 2015).

No século I d.C., Aretaeus da Capadócia considerou, pela primeira vez, mania e melancolia como aspectos diferentes, porém constituintes de uma mesma doença, com caráter etiológico e de causas biológicas. Também naquele período, Soranus de Éfeso (século I-II, d.C.) e Galeno (129-199 d.C.) conceituaram a teoria dos humores e descreveram estados em que episódios de mania ocorriam mesclados a traços de melancolia, o que hoje poderia ser entendido como manifestações dos estados mistos do TB. Já se considerava ser possível que fatores não naturais, como paixões, pudessem originar desequilíbrios de humor (MARTIN, 2007).

Entre as Idades Média e Moderna, a melancolia foi tida como um estado contrito e profundo, que permeava as mais diversas concepções do conhecimento, das ciências às artes. A ideia de que havia relações entre alternâncias de humor e Astrologia foi defendida durante o período de influência da escola árabe sobre a medicina ocidental, entre os séculos X e XI. O cristianismo, por sua vez, estimulava a melancolia como caminho para a autocontemplação e a consciência da culpabilidade (FOUNTOULAKIS, 2010).

A partir, principalmente, do século XVII, inúmeros autores europeus se debruçaram sobre o estudo da melancolia. Os textos médicos desse período, como os do francês Jean Fernel (1607) e do inglês Thomas Willis (1681), faziam uso de abordagens filosóficas sobre o tema. Os termos mania e melancolia, até então, designavam perturbações cuja descrição, dependendo do tempo histórico, era mais ou menos detalhada. A mania, caracterizada por aumento de mobilidade e excessos imaginativos, era tida como a própria loucura. Já o termo melancolia possuía diversas conotações. Acreditava-se, então, na necessidade da presença do temperamento melancólico como condição para o desenvolvimento da melancolia (FOUCAULT, 2005).

Em seu clássico estudo *Anatomy of Melancholy*, de 1621, o acadêmico e vigário inglês Robert Burton estabeleceu relações entre a melancolia e a tristeza comum, descrevendo-a como um estado onírico sombrio e perturbador. A melancolia foi, pela primeira vez, descrita como uma patologia, dotada de caráter eventualmente hereditário, e cuja origem poderia estar associada a experiências educativas e sociais da infância (CLEMENTE, 2015).

Com a emergência do racionalismo científico na cultura ocidental, durante a transição entre os séculos XVIII e XIX, consolidou-se a concepção das perturbações mentais como patologias da razão. A partir dos primeiros trabalhos de classificação de Philippe Pinel (1745-1826) e seu discípulo Jean-Philippe Esquirol (1772-1840), o estudo das perturbações mentais passou a constituir um ramo da medicina (MORAIS, 2017).

A nosografia de Pinel, baseada na observação e descrição de sintomas e síndromes, estabeleceu as primeiras classes de manifestações mórbidas do que era então socialmente entendido e aceito como loucura: mania (alteração geral das faculdades mentais junto a uma intensa agitação), melancolia (delírio sobre algum dado objeto, preservando demais faculdades mentais), demência (depleção do pensamento e do juízo) e idiotia (embotamento das faculdades afetivas e intelectuais) (FOUCAULT, 2005).

A descrição da alternância entre mania e melancolia realizada por Esquirol, embora detalhada, não considerava estes estados como componentes de um mesmo transtorno. Até então, a orientação racionalista da Psiquiatria priorizava a psicopatologia da percepção e do pensamento na descrição das enfermidades, em detrimento das alterações afetivas. Os sintomas afetivos (tristeza ou euforia) não eram categorizados nem gozavam de relevância frente a outros sintomas (CLEMENTE, 2015).

Em meados do século XIX foram lançadas as bases da compreensão atual sobre os transtornos mentais e consolidou-se a evidência da relação entre melancolia e mania. A conceituação moderna do que passou a ser identificado como insanidade maníaco-depressiva ou psicose maníaco-depressiva (PMD) foi estabelecida pelo psiquiatra e neurologista francês Jules Baillarger. Ele descreveu uma nova forma dual de insanidade caracterizada, sobretudo, pela ocorrência de episódios de mania e depressão em um mesmo paciente. Seu compatriota, o também psiquiatra Jean-Pierre Falret, publicou um artigo descrevendo praticamente o mesmo transtorno, chamando-o de “insanidade circular” (CLEMENTE, 2015).

Baseando-se nos trabalhos de seus antecessores, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin classificou as enfermidades mentais e propôs a divisão das psicoses em dois grupos: psicose maníaco-depressiva (PMD) e demência precoce. Kraepelin empregou métodos meticulosos e

prospectivos de observação e avaliação clínica dos pacientes, e foi também o primeiro a considerar a importância de padrões de hereditariedade, o que o levou a investigar os históricos psiquiátricos familiares de seus pacientes. A nosologia de Kraepelin abriu importantes caminhos para o estudo das doenças mentais. Muitos aspectos da categorização por ele proposta fundamentam, não só as classificações atuais dos transtornos mentais, como também a própria pesquisa psiquiátrica (BOSAIPO et al., 2017).

Kraepelin, contudo, era contrário à separação desses subgrupos, mesmo reconhecendo as distintas evoluções da PMD. Ele acreditava que tais estados se originavam de um mesmo processo mórbido, relacionado a fatores genéticos e temperamentos comuns. Apesar de prevalente à época, a concepção kraepeliana "unitária" dos transtornos de humor sob o nome de "PMD" não era consensual. Já no início do século XX, inúmeros estudiosos opositores a essa concepção propuseram diversas abordagens que procuravam diagnosticar e classificar transtornos de humor segundo suas peculiaridades (PERES, 2006).

De modo geral, a partir daí os avanços nas terapias medicamentosas dos transtornos influíram significativamente sobre a clínica e a nosologia psiquiátrica. Em 1948, a sexta edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-6), publicada pela OMS, trouxe os primeiros resultados de um esforço de sistematização e padronização nosográfica das doenças mentais por parte da comunidade médica e científica. A descoberta dos efeitos antimaníacos dos sais de lítio, em 1949, e a posterior comprovação de sua eficácia terapêutica na estabilização do humor, reforçaram a ideia de que os transtornos afetivos possuíam grupos diagnósticos específicos, com respostas a medicamentos igualmente distintas (GOODWIN & JAMISON, 2010).

Em 1952, foi publicada a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais **(***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ou DSM), também conhecido como DSM-I, elaborado pela American Psychiatric Association (APA), a partir de um antigo sistema de classificação censitário de doenças mentais (APA, 2014), com 130 páginas e 106 categorias de transtornos mentais (GOODWIN & JAMISON, 2010).

A classificação publicada na segunda edição do manual (DSM-II), em 1968, continha alterações metodológicas e baseava-se no melhor julgamento clínico e na experiência clínica de membros da APA. Com relação aos distúrbios afetivos, procurava-se a diferenciação das psicoses maníaco-depressivas das depressões neuróticas (CLEMENTE, 2015).

A publicação do DSM III, em 1980, marcou uma mudança na classificação da doença com a substituição do conceito de psicose maníaco-depressiva de Kraepelin por categorizações diagnósticas denominadas "Transtornos do Humor", que passaram a englobar o transtorno

depressivo unipolar e o transtorno bipolar. Os episódios dos transtornos afetivos foram divididos em hipomaníacos, maníacos, depressivos ou mistos; leves, moderados ou graves; com ou sem sintomas psicóticos (MORAIS, 2017; CLEMENTE et al., 2015).

O DSM-IV, de 1994, distinguia quatro grupos de TB: tipo I, tipo II, transtorno ciclotímico e TB sem outra especificação. O tipo I é definido pela existência de um ou mais episódios depressivos associados com ao menos um episódio de mania. O diagnóstico do tipo II requer a presença de um ou mais episódios depressivos e ao menos um episódio de hipomania (sem episódio maníaco ou misto) (GOODWIN & JAMISON, 2010).

O DSM V (2013) propõe a divisão do TB em dois tipos principais: o tipo I, em que ocorrem episódios de mania; e o tipo II, em que a elevação do humor é mais branda e breve, caracterizando episódios de hipomania. Entretanto, duas outras categorias de diferenciação são igualmente importantes: o diagnóstico do TB com características mistas, que se aplica aos estados em que há a ocorrência concomitante de sintomas maníacos e depressivos; e o quadro de transtorno ciclotímico, que se caracteriza pela alternância entre períodos hipomaníacos e depressivos ao longo de pelo menos dois anos em adultos (ou um ano em crianças) sem, entretanto, preencher os critérios para um episódio de mania, hipomania ou depressão maior (Figura 1).

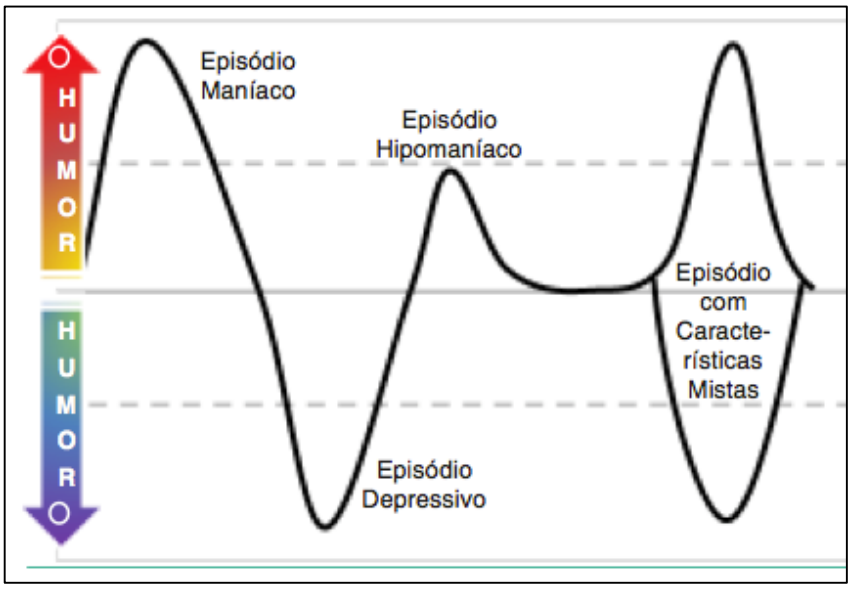

Figura 1 – Transtorno bipolar: *curso da doença registrado em gráfico de humor e critérios diagnósticos segundo a quinta edição do "Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais" (adaptado de STAHL, 2013).*

Dentre os critérios estabelecidos para divisão do transtorno, a principal distinção entre mania e hipomania encontra-se na gravidade dos sintomas maníacos: a mania resulta em

comprometimento funcional grave, pode manifestar-se como sintomas psicóticos e muitas vezes requer hospitalização; a hipomania não cumpre esses critérios por se tratar de uma forma mais branda de sintomas (APA, 2013).

A duração dos episódios de humor é altamente variável, podendo um episódio hipomaníaco durar dias a semanas, um episódio maníaco durar de semanas a meses, e um episódio depressivo de meses até anos. Outra característica da bipolaridade consiste na forma de apresentação dos episódios que podem se manifestar apenas em sintomas maníacos ou depressivos, como também na combinação desses sintomas. Desse modo, o indivíduo pode apresentar episódio maníaco ou hipomaníaco com características mistas ou um episódio depressivo com características mistas, dependendo de quais sintomas são predominantes (MCCORMICK et al., 2015; APA, 2013).

Embora a patologia do transtorno seja marcada por episódios recorrentes de estados de humor, intercalados por períodos de remissão (eutimia), alguns pacientes podem apresentar "ciclagem rápida" que consiste na ocorrência de pelo menos quatro episódios de humor no prazo de um ano. Em geral, são pacientes menos sensíveis ao tratamento, que apresentam pior desfecho e curso mais prolongado da doença, idade mais precoce de início e maior abuso de álcool e outras drogas. Além disso, a probabilidade de suicídio encontra-se aumentada para este quadro. A ciclagem rápida é uma "bandeira vermelha" que sinaliza a necessidade de encaminhamentos para cuidados mais especializados (MCCORMICK et al., 2015; CARVALHO et al., 2014).

No TB o paciente apresenta dificuldades de regulação emocional e alta comorbidade com transtornos de ansiedade (aproximadamente 62%). A mania caracterizada por humor elevado ou irritabilidade, pode estar associada ou não a sintomas psicóticos, provocando alterações no comportamento e funcionalidade do indivíduo. No polo oposto, a depressão caracterizada pelo humor deprimido ou perda de interesse em atividades pode apresentar alterações das funções vegetativas, como apetite, sono e atividade psicomotora, energia rebaixada, sentimento de culpa, alterações no pensamento e concentração, perda de libido e ideação ou tentativas de suicídio (BOSAIPO et al., 2017).

Estudos epidemiológicos psiquiátricos indicavam prevalência do TB na população entre 1% e 2% ao longo da vida. No entanto, muitos autores verificaram a incompatibilidade dessas estimativas com a realidade clínica do TB. Novas abordagens foram associadas, ampliando o uso de conceitos mais abrangentes, com subtipos mais leves, considerando a existência de um espectro bipolar. A proposta do espectro bipolar tem como princípio a tarefa de organizar e

categorizar as diferentes formas do TB ao longo de um mesmo espectro. Esse novo conceito amplia a classificação do TB, ao incluir padrões clínicos e genéticos, o que faz sua prevalência aumentar para até 10%. (BOSAIPO et al., 2017; BRITO, 2015; CLEMENTE et al., 2015].

O TB é considerado um dos transtornos psiquiátricos mais graves e prevalentes. Dados globais indicaram que entre 1990 e 2013 houve um aumento de 32,7 milhões para 48,8 milhões (49,1%) do número de casos prevalentes da doença (FERRARI et al., 2016). Devido à sua condição crônica e recorrente, afeta a qualidade de vida do paciente, acarretando forte impacto para familiares e sociedade em geral. A prevalência de comorbidade com outros transtornos mentais e clínicos, o prejuízo funcional e social, e a baixa adesão ao tratamento favorecem a alta carga e os custos elevados da doença (BRITO, 2015).

O TB é uma doença mental grave e crônica, caracterizada por variações acentuadas do humor, ocorrendo a alternância de episódios de depressão com os de euforia (mania). A crise depressiva é manifestada por tristeza profunda, apatia, isolamento social, alterações do sono e do apetite, redução significativa da libido, falta de sentido para a vida e ideias suicidas, dentre outras. Já o estado de euforia é comumente manifestado pelo aumento da atividade motora, a perda de sono, irritação, aumento do interesse sexual, ansiedade e impulsividade (PHILLIPS & KUPFER, 2013; POMPILI et al., 2014; GRANEK et al; 2016).

Em geral, a precocidade de início do TB acarreta grandes consequências ao indivíduo por afetar o período mais crítico de seu desenvolvimento socioeducacional e ocupacional. Estudos sobre a média de idade de início do primeiro episódio do transtorno foi de 21,2 anos para o tipo I; 20,5 anos para o tipo II; e 30,4 anos para a depressão maior (CLEMENTE, 2015).

No que se refere às diferenças de gênero no TB, estudos realizados em vários países apontam para proporções equilibradas na sua maioria. Alguns aspectos, entretanto, foram mais prevalentes para o gênero feminino, como maior frequência de TB do tipo II, estados mistos, ciclagem rápida, predominância de polaridade depressiva e distúrbios de personalidade. Por outro lado, risco de suicídio, características psicóticas, e hospitalizações são mais frequentes para o gênero masculino (FOUNTOULAKIS et al., 2017).

O diagnóstico do transtorno bipolar torna-se um desafio devido à sua variedade de manifestações clínicas e alternância dos diferentes estados de humor. O prognóstico da doença melhora consideravelmente com o diagnóstico precoce e o tratamento dos episódios de humor. Além disso, o diagnóstico deve considerar aspectos clínicos e evolutivos da doença, sendo igualmente importante a realização do diagnóstico diferencial. Comumente, portadores de TB apresentam ansiedade, fobia, sintomas obsessivos, crises de pânico, elementos psicóticos,

comportamentos compulsivos, semelhantes a outros quadros psiquiátricos (MCCORMICK et al., 2015).

Inquérito realizado com portadores de TB demonstrou que cerca de 70% de pacientes com TB tipo I ou tipo II receberam erroneamente outro diagnóstico no início do tratamento, sendo os mais frequentes associados a depressão unipolar, ansiedade e esquizofrenia. Os aspectos levantados parecem ser dificultadores do diagnóstico do TB, sendo de grande relevância a caracterização clínica e evolutiva da doença, sua polaridade, ciclicidade e gravidade dos episódios (CLEMENTE, 2015).

O subdiagnóstico ou o diagnóstico errôneo tem sido um grande dificultador do tratamento do TB. Estudos indicam que cerca de 70% dos pacientes não conseguiram receber um diagnóstico correto no primeiro ano de episódio inicial, e em aproximadamente 35% deles o diagnóstico correto foi realizado somente após 10 anos do início da doença. Em geral, na maioria dos pacientes, o primeiro episódio é depressivo. Portanto, eles recebem o diagnóstico de depressão unipolar e são tratados inadequadamente por períodos prolongados de tempo com monoterapia antidepressiva (VIETA, 2014). Quando comparados aos pacientes devidamente tratados, apresentam menor resposta à terapêutica do TB e podem apresentar uma aceleração do ciclismo do humor, piorando o curso da doença (VIETA & VALENTI, 2013).

Esse problema pode perdurar enquanto o diagnóstico psiquiátrico não se fundamentar em marcadores biológicos válidos e confiáveis que possam auxiliar em uma diferenciação diagnóstica mais precisa e no planejamento de um tratamento adequado. Acredita-se que, de todos os transtornos mentais, o TB seja aquele que alcançará mais benefícios com a introdução de marcadores biológicos para elucidação diagnóstica (FONTOULAKIS et al., 2017).

Nesse aspecto, estudos tem apontado a entrevista clínica como importante instrumento de diagnóstico e triagem bipolar. Na avaliação do paciente é necessário observar a presença de episódios passados ou atuais de sintomas maníacos ou depressivos; duração e gravidade dos episódios; impacto dos sintomas no funcionamento social, familiar e de trabalho; presença de comorbidades (como abuso de substâncias, transtorno de personalidade e transtorno de ansiedade); história e resposta dos tratamentos anteriores e história familiar (MCCORMICK et al., 2015).

A compreensão e aceitação de um diagnóstico de TB pelos pacientes e familiares pode ser difícil e muitas vezes envolver um longo período de tempo. Informar e esclarecer aspectos sobre seu diagnóstico é fundamental para estabelecer a base de um tratamento eficaz. Em geral, o diagnóstico inicial é provisório e requer observações adicionais ou informações históricas

para sua confirmação. O estigma social associado à doença mental pode levar muitos pacientes e seus familiares à negação do diagnóstico. Uma das ferramentas que podem facilitar a aceitação do diagnóstico são as dinâmicas motivacionais, que aconselham e estimulam atitudes de mudança por meio de um processo de colaboração e relacionamento (LAAKSO, 2012).

3.2 ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

A etiologia do TAB ainda não se encontra totalmente elucidada. Sabe-se que é uma doença de condição complexa e multifatorial, que supostamente envolve relações entre ambiente, relacionamentos interpessoais, comportamentos, sistemas neurais e genes. Atualmente, o TB é considerado um transtorno predominantemente neurobiológico, com sintomatologia psicológica e comportamental (VIEIRA et al., 2017; BOSAIPO et al., 2017; SCHIMITT et al., 2014).

Nesse contexto, a predisposição ao desenvolvimento do transtorno encontra-se associada à manifestação de sintomas decorrentes da vulnerabilidade biológica do indivíduo. A vulnerabilidade poderia ser explicada por diversos fatores de natureza genética e bioquímica, tais como alterações hormonais e imunológicas do organismo (SCHIMITT et al., 2014).

Apesar da importância do aspecto biológico, fatores ambientais podem ser igualmente determinantes para o desenvolvimento e evolução do quadro de TB. Assim, o desencadeamento da bipolaridade tanto pode estar associado a traumas precoces, como estresse no final da adolescência e uso de álcool e outras drogas, quanto a interações genéticas e comportamentais do paciente (VIEIRA et al., 2017; BOSAIPO, 2017; KERNER, 2014). Neste contexto, evidencia-se que a complexidade etiológica do TB deve ser compreendida para além das suas manifestações clínicas.

A fisiopatologia do TB parece estar diretamente ligada a certos mecanismos bioquímicos. Dentre estes, evidenciou-se que os distúrbios do ritmo circadiano possuem importância central nos transtornos do humor. O ritmo circadiano constitui um conjunto de funções fisiológicas reguladoras do corpo, como o ato de acordar e dormir, atividade diurna, níveis hormonais, sensações de fome ou sede, e a temperatura corporal (KERNER, 2014).

Estas funções encontram-se alteradas no indivíduo com transtorno bipolar, causando uma desordem profunda no sistema circadiano. Demonstrou-se, ainda, que, em pacientes com TB, as exacerbações de humor são provocadas por alterações na intensidade da luz, e sua ocorrência normalmente segue algum tipo de padrão sazonal (MILHIET et al., 2014). Medicamentos estabilizadores do humor, como os sais de lítio, atuam principalmente no

restabelecimento de alguns desses ritmos interrompidos ou desajustados (MOREIRA & GEOFFROY, 2016).

Estudos mais recentes procuram esclarecer aspectos da etiologia do TB relacionados à desorganização circadiana causada por alterações bioquímicas. A hipótese serotoninérgica é um dos modelos causais mais aceitos para explicar a etiologia do TB. Segundo esta hipótese, a deficiência na regulação de neurotransmissores como a serotonina (responsável pelo humor e o apetite) pode fazer com que estas substâncias sejam liberadas em quantidades desproporcionais em portadores de TB. A primeira alteração desencadeante da patologia bipolar ocorreria devido a episódios de estresse, responsáveis pela desorganização sistematizada de três grandes vias de circuitos neuronais (serotoninérgica, noradrenérgica e dopaminérgica). Isso afetaria principalmente os ciclos de sono e vigília, produzindo alterações na engrenagem circadiana e na atividade neurotransmissora de pacientes bipolares (MILHIET et al., 2014).

Sabe-se também que as interações entre fatores genéticos e ambientais, assim como processos psicossociais, podem induzir sintomas em indivíduos que já apresentam predisposição ao desenvolvimento do TB. Isso faz com que aspectos genéticos assumam maior relevância na etiologia do TB, em relação aos demais transtornos psiquiátricos (VIEIRA et al., 2017; SCHIMITT et al., 2014).

Um dos fatores de risco para a ocorrência da bipolaridade é o histórico familiar. Pesquisadores têm se preocupado em compreender a influência do contexto familiar no início, curso e tratamento do transtorno. O grau de herdabilidade do TB (60% a 80% entre gêmeos idênticos, e 6% entre parentes de primeiro grau adultos) é tido como considerável. Estudos indicaram uma maior ocorrência do TB tipo II associado às condições genéticas, enquanto no TB tipo I essa ocorrência foi menor (KESSING et al., 2017; BOSAIPO et al., 2017; BRITO, 2015).

Estudos biomoleculares têm contribuído significativamente para os avanços na descrição da etiopatogenia do TB, na medida em que tentam identificar fatores genéticos ou biomarcadores que possam apontar indivíduos expostos a risco e propiciar a maior precocidade possível para o diagnóstico e o tratamento. Sabe-se que o padrão hereditário do TB envolve complexas interações entre determinados genes, capazes de produzir alterações cromossômicas que atuam no processo de desencadeamento da patologia (KERNER, 2014).

Com técnicas de identificação e replicação dos genes, foi possível investigar os mecanismos ligados à associação entre o sistema circadiano e distúrbios do humor, bem como a patogênese de diferentes fenótipos dentro de distúrbios afetivos e sua relação com a

desregulação do mecanismo circadiano (LEE et al., 2013). Novos estudos evidenciaram a associação entre o ritmo circadiano e os distúrbios do humor. Algumas das disfunções dos sistemas neurais responsáveis pelo humor e cognição foram também encontradas em familiares sadios de pacientes bipolares, na forma de endofenótipos dessas disfunções (CLEMENTE et al., 2015).

O conceito de endofenótipo é a base de um modelo causal que tenta explicar as patologias psiquiátricas a partir de padrões biológicos, comportamentais e neurocientíficos. Os endofenótipos são alterações neuroanatômicas, neurofisiológicas, neuroquímicas, cognitivas ou neuropsicológicas, passíveis de caracterização e quantificação, sendo menos sujeitas às interações entre genes. Estudos têm demonstrado que em transtornos de maior complexidade, como o TB, os fenótipos se expressam de formas variadas em decorrência de associações e interações genéticas, produzindo diferentes reações sobre o comportamento do indivíduo (CLEMENTE et al., 2015).

A identificação de endofenótipos está relacionada a condições mais ou menos específicas, tais como sua associação a um dado transtorno mental, transmissão hereditária, ocorrência em pacientes e seus descendentes em proporção significativamente maior em relação à população geral, e presença mesmo em portadores assintomáticos de TB (CLEMENTE et al., 2015).

3.3 TRATAMENTO E ADESÃO

O tratamento da bipolaridade apresenta duas etapas subsequentes e complementares, sendo a primeira destinada a reduzir sintomas dos episódios agudos e riscos que o paciente possa apresentar para os outros e para si mesmo. A segunda etapa visa a manutenção da estabilidade do paciente no longo prazo, prevenção de futuras recaídas, recondução ao estado premórbido, melhora da saúde física e redução do risco de suicídio (BOSAIPO et al., 2017).

O tratamento do TB envolve terapêuticas farmacológicas e intervenções psicossociais para o controle dos episódios agudos e manutenção do quadro no longo prazo. Atualmente, existe amplo consenso acerca da eficácia dos psicofármacos na remissão de sintomas depressivos e maníacos e na diminuição da frequência de novos episódios e melhora do prognóstico. Fármacos mais eficazes e com menos efeitos colaterais têm sido apontados como facilitadores do tratamento. Contudo, tratamentos estritamente biológicos apresentam altos índices de não adesão e recaídas. É fundamental associar tratamentos complementares que

busquem a aplicação clínica do modelo biopsicossocial e a inclusão e valorização de pacientes e familiares (CLEMENTE et al., 2015; PETERS et al., 2015; MENEZES & SOUZA, 2012).

A farmacoterapia no TB é utilizada para restaurar o equilíbrio das funções psíquicas afetadas, o comportamento do indivíduo e o controle dos sintomas agudos, prevenindo a ocorrência de novos episódios. Nesse aspecto, o reconhecimento da sintomatologia característica de cada fase deve ser criteriosamente observado. Na fase aguda, a manifestação dos sintomas costuma ocorrer em períodos de curta duração. Porém, sintomas secundários ou subclínicos podem perdurar por quase toda a vida, causando significativa carga, deficiência e incapacidade ao paciente bipolar (GRANDE et al.,2016).

Em 1949, a descoberta dos efeitos antimaníacos dos sais de lítio e a posterior comprovação de sua eficácia terapêutica na estabilização do humor trouxe avanços na terapêutica farmacológica, reforçando a ideia de que os transtornos afetivos possuíam grupos diagnósticos específicos, com respostas medicamentosas igualmente distintas. A partir daí a terapêutica psicofarmacológica passou a influir crescentemente na clínica e nosologia psiquiátricas (BOSAIPO et al., 2017; CLEMENTE et al., 2015).

Desde então, tem havido amplo consenso sobre a eficácia da prescrição e manejo de psicofármacos na recuperação dos episódios depressivos e maníacos e na manutenção da estabilidade do humor (BOSAIPO et al., 2017; CLEMENTE et al., 2015).

O tratamento é realizado por meio de uma combinação de estabilizadores do humor, anticonvulsivantes e antipsicóticos atípicos como a quetiapina e olanzapina, que atuam eficazmente no restabelecimento do quadro clínico na fase de mania aguda (FOUNTOULAKIS et al., 2017). O carbonato de lítio é considerado “padrão-ouro” no tratamento, por reduzir crises maníacas, depressivas e o comportamento suicida (FREIRE et al., 2013; SOUZA et al., 2013).

Não existe um tratamento farmacológico único capaz de estabilizar o paciente com TB (GRANDE et al., 2016). A combinação de medicamentos com intervenções psicossociais tem se mostrado mais efetiva na terapêutica do transtorno por reduzir sintomas agudos e melhorar o cotidiano dos pacientes. Estudos clínicos e epidemiológicos demonstraram que, apesar dos avanços na pesquisa de medicações mais efetivas para o TB, 50% dos pacientes recaem no primeiro ano de tratamento, e 70% a 73% recaem dentro de cinco anos. Foi observado ainda que, apesar do uso contínuo da farmacoterapia, os pacientes geralmente continuam a experimentar sintomas residuais de humor, mesmo durante o estágio eutímico, justificando a necessidade de associar tratamentos (BOJIC & BECERRA, 2017; PETERS et al., 2014).

Segundo os profissionais de saúde, um dos aspectos mais importantes e essenciais ao tratamento psicossocial consiste em informar o paciente sobre sua patologia. Nesse contexto, as terapias cognitivas comportamentais (TCC), a psicoeducação e a terapia interpessoal têm sido comprovadamente eficazes em curto e longo prazo. Os aspectos clínicos do tratamento melhor observados são relativos à compreensão do diagnóstico, tratamento e reconhecimento precoce de sintomas e crises. Além de promover melhor aderência à terapêutica medicamentosa, tais estratégias podem favorecer maior controle e estabilidade da doença e melhor condução de situações do seu cotidiano (CHATTERTON et al., 2017; REINARES et al., 2014).

A psicoeducação, surgida na década de 1970, é uma das principais estratégias empregadas na modificação de aspectos negativos vivenciados pelos portadores de TB. Consiste em informar os pacientes e seus familiares sobre a natureza e o tratamento da doença, auxiliando o portador a melhorar seu *insight* sobre a própria condição, sua forma de lidar com preconceitos e estigmas, e a reconhecer sinais prodrômicos precoces. A psicoeducação também visa promover hábitos de vida saudáveis, regularidade de estilo de vida e evitar abuso de substâncias (MENEZES & SOUZA, 2012).

A adesão ao tratamento é definida como o cumprimento das recomendações clínicas pelo paciente e ocorre em função de múltiplos fatores, sendo um dos mais influentes a exigência de tratamento contínuo. Entretanto, ela tende a ser menor quando o curso da doença é prolongado, o tratamento não é curativo e as recaídas não apresentam consequências imediatas, constituindo-se, assim, numa das maiores dificuldades terapêuticas em TB. Estigmas e preconceitos também são fatores influentes para o abandono da terapêutica (SILVA et al., 2017).

A adesão implica em cooperação por parte do indivíduo adoecido, o que irá depender das orientações recebidas e de sua motivação. Em geral, nos episódios maníacos e depressivos graves o paciente bipolar não apresenta crítica sobre seu estado mórbido, não sendo capaz de avaliar de forma fidedigna seu estado afetivo e resistindo em aceitar o tratamento. Além disso, efeitos colaterais, como prejuízo na esfera social, ganho de peso, distúrbios do sono e prostração, são descritos como impeditivos para a adesão e a continuidade do tratamento, sendo necessário informar o paciente e à família sobre a ação e importância dos medicamentos que utiliza para a estabilização do seu quadro (BIN et al., 2014).

Estudos tem indicado que entre um e dois terços dos pacientes com TB são incompatíveis com o tratamento realizado. Além dos efeitos adversos da medicação, reais ou

“imaginários”, serem frequentemente relatados, alguns pacientes manifestam desejo de continuar a ter experiências de episódios maníaco ou hipomaníaco, que podem lhes parecer particularmente agradáveis nessa fase, dificultando a adesão ao tratamento (FONTOULAKIS et al., 2017).

A não adesão é uma questão importante e altamente prevalente no transtorno bipolar. O TB possui uma das taxas mais altas de não adesão em relação a outras formas de psicopatologia e suas consequências encontram-se relacionadas a um número maior de recorrências, recidivas e número de suicídio. Entre 20% e 60% dos pacientes são considerados não aderentes ao tratamento em qualquer fase da doença, sendo o abuso de substâncias e comorbidades clínicas considerado um forte fator preditivo de não adesão. Além disso, a utilização de maior número de medicamentos e presença de sintomas psiquiátricos mais graves se correlacionaram com pior adesão (GAUDIANO et al., 2017; LEVIN et al., 2017).

Nesse contexto, a não adesão implica em uma maior procura pelos serviços de emergência e hospitalizações. Pesquisas indicam que pacientes e seus familiares demonstram não ter clareza e compreensão da importância dos cuidados com a doença, sobretudo em aspectos relacionados à negação do diagnóstico e descrença na necessidade e efetividade dos medicamentos. Além destes, outros fatores, como o acesso insuficiente aos cuidados de saúde e limitação de recursos para custear o tratamento, podem influenciar na adesão (KARDAS et al., 2013).

O fenômeno da não adesão ocorre mesmo em pacientes com estabilidade clínica. Estudos indicaram que, dentre os pacientes eutímicos, 36,8% não são aderentes. Esses pacientes apresentaram pior funcionalidade, maior prevalência de comorbidades psiquiátricas, uso ou abuso de substâncias presentes e histórico de episódios depressivos com sintomas psicóticos. Atualmente, profissionais da saúde mental têm reconhecido a necessidade de investir mais tempo e recursos com os pacientes durante períodos em que se encontram assintomáticos, o que poderia otimizar o tratamento e também favorecer a redução de investimentos de alto custo (NAVARRO et al., 2016).

Portanto, parece haver uma clara necessidade de maior capacitação dos pacientes e seus cuidadores para o manejo do tratamento. Os profissionais precisam avaliar atitudes e crenças dos pacientes em relação aos medicamentos e auxiliá-los na reavaliação dessas questões numa perspectiva mais realista, orientando-os sobre as possibilidades de obterem mais saúde e qualidade de vida. Devem ainda tomar medidas para evitar o uso ou abuso de substâncias tidas como prejudiciais ao tratamento desses pacientes (NAVARRO et al., 2016).

3.4 QUALIDADE DE VIDA E TRANSTORNO BIPOLAR

O termo “Qualidade de Vida” (QV) vem sendo empregado com diversas finalidades, incorporando conceitos filosóficos, sociais, ambientais e de saúde. Concepções mais globais de QV associam o termo à ideia de grau de satisfação/insatisfação vivenciado pelas pessoas em diferentes aspectos da vida, como sentimentos de bem-estar, felicidade e satisfação (MIGUEL, 2015).

Segundo a OMS, a qualidade de vida deve ser compreendida e associada ao bem-estar físico, mental, psicológico e emocional do indivíduo. Consideram-se aqui os padrões de relacionamento social, como família e amigos, e também de saúde, educação, meio ambiente e outros parâmetros que afetam a vida humana (OMS, 2013).

Entretanto, para efeitos de avaliação em saúde, qualidade de vida está associada a componentes mais amplos, como funcionalidade, nível socioeconômico, autoestima e julgamento pessoal. Dentre eles, aspectos relacionados aos domínios físico, psicológico e social são considerados os mais significativos (MIGUEL, 2015).

A qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas e preocupações. Trata-se de um conceito ampliado, relacionando bem-estar subjetivo com componentes biológicos e psicológicos, qualidade do descanso e do sono, energia, vitalidade e satisfação geral (FREITAS et al., 2015).

Em geral, estudos tendem a avaliar diferenças na qualidade de vida entre os transtornos do humor e demais transtornos psiquiátricos, indicando uma maior redução de QV em bipolares quando comparados com transtornos depressivos unipolares ou de ansiedade, dependência química ou dor crônica. Por outro lado, os efeitos negativos da bipolaridade na qualidade de vida podem ser estabilizados e revertidos por meio de intervenções de tratamento psicoterápico combinadas aos psicofármacos (JANSEN et al., 2013).

Estes dados foram validados em estudos de revisão de Ishak e colaboradores (2012), que avaliaram o impacto do TB na qualidade de vida dos pacientes e observaram que bipolares apresentaram maior comprometimento mental, baixos escores de QV geral associados a sintomas depressivos, efeitos negativos nos domínios educação, relações sociais e finanças, e maior necessidade de suporte social. Observou ainda que estabilizadores do humor e as psicoterapias combinadas à farmacologia impactaram positivamente no tratamento (ISHAK, 2012).

Pesquisas sobre QV associada ao transtorno bipolar indicaram uma baixa qualidade de vida em pacientes com TB, mesmo quando eles são considerados clinicamente eutímicos. Considerando o longo curso da doença, pacientes bipolares avaliados exibiram pouca atenção seletiva e pior eficiência em execução de tarefas. Além disso, pacientes com TB tipo I apresentaram maior comprometimento cognitivo e incapacidade que os demais grupos. É possível que tais resultados possam ser significativos para contribuição ao diagnóstico, reabilitação e tratamento dessas condições. (COTRENA et al., 2016).

Sabe-se que o envelhecimento dos pacientes com TB influencia em suas habilidades cognitivas e sua qualidade de vida relacionada à saúde. A interação entre o envelhecimento e a doença interferem nos resultados cognitivos e psicossociais do paciente, sobretudo nos domínios cognitivo (emoções) e executivo (funcionamento), evidenciando ainda menor capacidade em realizar tarefas físicas. Em geral, o status da doença encontra-se associado a piores escores de QV na esfera psicossocial-afetiva e na maioria dos domínios cognitivos do bipolar (WEISENBACH et al., 2014).

A percepção emocional e o cuidado otimizado da doença podem melhorar a qualidade de vida e o funcionamento geral do paciente com TB, sendo igualmente importante para obter melhores resultados no tratamento. Por outro lado, sobrecarga da doença, estressores psicossociais, menor renda, maior gravidade depressiva e mais comorbidades psiquiátricas são apontados como aspectos indicativos de pior qualidade de vida e menor funcionamento de bipolares. (SYLVIA et al., 2014; FULFORD et al., 2014).

Nos últimos anos tem ocorrido um aumento considerável em estudos correlacionando transtorno bipolar e QV, e os resultados apontam para uma qualidade de vida menor nesses pacientes do que na população geral. Além disso, foram identificados poucos fatores mutáveis associados à qualidade de vida entre pessoas com TB, dada sua complexidade, variantes diagnósticas e de tratamento. Pesquisas futuras devem avaliar se os tratamentos direcionados ao controle de fatores clínicos, como sintomas de humor, comorbidades médicas e uso de substâncias podem contribuir para melhorias na QV de pessoas com transtorno bipolar e outras doenças mentais graves (ABRAHAM et al., 2014).

4 MÉTODOS

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e não probabilístico. O estudo transversal permite estimar a magnitude e distribuição de uma doença ou condição em um dado momento (PEREIRA, 2014). A abordagem descritiva refere-se aos padrões de ocorrência de doenças, ou de agravos à saúde, de acordo com certas características, particularmente em relação à pessoa, ao lugar e ao tempo. Tem o objetivo de informar sobre a distribuição de um evento na população em termos quantitativos, em relação a determinadas variáveis e seus padrões de distribuição. As investigações podem ser de incidência ou prevalência. Assim, a partir do conhecimento dos desfechos existentes, é possível estabelecer medidas de intervenção, controle e prevenção da doença e seus agravos (FRANCO, 2011; PEREIRA, 2014). A amostragem é do tipo não probabilística, uma vez que a população estudada não foi aleatoriamente selecionada, mas escolhida segundo um critério de conveniência para inclusão populacional estabelecido pelo estudo (TRIOLA, 2008).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) de Divinópolis, município situado na microrregião do Vale do Itapecerica, mesorregião Centro-Oeste, macrorregião do Alto São Francisco do Estado de Minas Gerais. A população do município é estimada em 234.937 habitantes (IBGE, 2017).

O CAPS é uma instituição pública considerada unidade de referência em saúde mental do município de Divinópolis. Trata-se de um serviço especializado em saúde mental, que promove a assistência à saúde em conformidade com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira. O referido serviço oferece três modalidades de atendimento: urgência/emergência, que realiza acolhimento ao paciente em crise e avalia suas condições clínicas, indicando necessidade ou não da internação no CAPS; permanência-dia, que está relacionada à internação do paciente para tratamento no CAPS no período diurno para aqueles que se encontram em crise e necessitam de cuidados intensivos; e permanência-noite, destinada aos pacientes acometidos pela gravidade do quadro clínico na crise e que necessitam permanecer em período integral no CAPS, para que possam se reabilitar e serem capazes de retornar ao convívio social (DIVINÓPOLIS, 2014).

A equipe do CAPS é composta por profissionais de saúde, entre psiquiatra, farmacêutico, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais, agentes administrativos e auxiliares de serviço. O serviço oferece acolhimento aos pacientes, familiares e cuidadores. Realiza diagnóstico, tratamento e cuidados aos usuários com transtornos mentais em crise por meio de oficinas terapêuticas, atendimentos individuais e em grupo, prescrição e fornecimento de medicamentos, psicoterapia e orientações sobre tratamento. O fluxo de atendimento do CAPS ocorre por demanda espontânea e referenciada (equipes de ESF ou Unidades Básicas de Saúde). Nos casos de crise de agitação ou agressividade, os usuários podem procurar diretamente o serviço acompanhados de responsável ou familiar (DIVINÓPOLIS, 2014).

4.3 POPULAÇÃO

A população do estudo constituiu-se de todos os pacientes com diagnóstico de transtorno bipolar (segundo a Classificação Internacional das Doenças - CID 10) que foram internados para tratamento no CAPS III devido à crise e tiveram alta do acompanhamento, no período de fevereiro de 2017 a fevereiro de 2018. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou maior de dezoito anos; capacidade de entender e concordar em participar da pesquisa; ser usuário do CAPS III há mais de 6 meses e estar de alta da internação do serviço. Critérios de exclusão: apresentar qualquer condição que interfira na coleta e na mensuração dos dados; recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento.

4.4 AMOSTRA

Para a constituição da amostra, optou-se por empregar uma amostragem não probabilística por conveniência do subtipo acidental. Neste tipo de amostragem, os sujeitos da amostra são selecionados em função de sua fácil obtenção, como a sua presença em local e momento específicos. No presente estudo, o local escolhido foi o CAPS III e o momento específico foi o dia da alta psiquiátrica da modalidade de tratamento “permanência dia”.

4.5 COLETA DE DADOS

4.5.1 Instrumentos de Coleta de Dados

Foram utilizados três instrumentos, sendo um questionário sociodemográfico e clínico e duas escalas de medida, uma para predizer a adesão ao tratamento no transtorno bipolar, e uma para avaliar a percepção do indivíduo quanto à sua qualidade de vida. O questionário foi

construído com base em dados da literatura pesquisada. Ambas as escalas são validadas e de acesso livre e gratuito.

1. Questionário Sociodemográfico e Clínico: foi utilizado para avaliar as seguintes variáveis: sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, ocupação, tempo de tratamento psiquiátrico, número de consultas realizadas por ano, número de medicamentos/dia.

2. Escala Clínica para Prever a Adesão ao Tratamento no Transtorno Bipolar do Humor (ECPAT-TBH): trata-se de um instrumento validado no Brasil, constituído por 21 itens que correspondem aos fatores mais relevantes no processo de adesão e não adesão ao tratamento pelos pacientes com transtorno bipolar. Permite avaliar a predição da adesão pelo paciente à terapêutica farmacológica e psicossocial proposta para o seu tratamento.

Na escala os itens agrupados de 1 a 5 estão relacionados ao comportamento do paciente e como ele se sente diante do tratamento medicamentoso. O item 6 refere-se à contribuição da religião na solução dos problemas decorrentes do TB. Os itens 7 a 11 estão relacionados à aceitação do TB pelo familiar ou cuidador do paciente, pelo próprio paciente e pela comunidade. Os itens 12 e 13 referem-se à manutenção do ritmo de vida social do paciente e a comorbidades com o uso de substâncias. Os itens 14 a 18 relacionam-se à adesão do paciente ao tratamento psicossocial, à aliança terapêutica do paciente com o médico, com o serviço e com outros profissionais da saúde mental vinculados ao tratamento. Os itens 19 a 21 referem-se à dificuldade de dar seguimento ao tratamento anterior e aos efeitos adversos da medicação. Cada questão possibilita identificar fatores impactantes no comportamento do paciente bipolar em aderir ao tratamento.

As alternativas de resposta da ECPAT-TBH estão dispostas em uma escala de cinco pontos (0 a 4), na qual quanto menor a pontuação (aproximando-se de 0), maior a possibilidade de não adesão ao tratamento. Por outro lado, quanto maior a pontuação (aproximando-se de 4), maior a possibilidade da adesão ocorrer. A somatória de todos os subitens assinalados corresponde ao resultado final (MARCHI, 2008).

3. Escala de Avaliação da Qualidade de Vida/World Health Organization Quality of Life Assessment-bref *(WHOQOL*-bref*):* trata-se de um instrumento composto por 26 questões fechadas, sendo duas de caráter geral, que avaliam a percepção da qualidade de vida e a satisfação com a saúde pelo paciente. As outras 24 questões são distribuídas em quatro domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente), representados, cada um, por várias facetas. A pontuação das questões é obtida por meio de uma escala do tipo Likert de cinco pontos (1 a 5). O domínio Físico é avaliado a partir das facetas dor e desconforto, energia

e fadiga, sono e repouso. O domínio Psicológico avalia os sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, imagem corporal e sentimentos negativos. O domínio Relações Sociais avalia as relações pessoais, suporte social e atividade social. O domínio Meio Ambiente avalia a segurança física, proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades de recreação/lazer, transporte e ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima).

A OMS classifica os valores médios de escore de qualidade de vida em: "Necessita melhorar" (de 1,0 até 2,9); "Regular" (de 3,0 a 3,9); "Boa" (de 4,0 a 4,9) e "Muito boa" (igual a 5,0). Optou-se, neste estudo, por agrupar os pacientes em três classes de distribuição de frequência: "Ruim" (de 1,0 até 2,9); "Regular" (de 3,0 a 3,9); e "Boa" (de 4,0 a 4,9). Esta adaptação foi necessária uma vez que não ocorreram valores de escore iguais a 5,0.

Ao final da aplicação da escala cada domínio tem seu escore calculado individualmente, o que permite a avaliação do nível de qualidade de vida em cada contexto. Deste modo, quanto mais alto o escore, melhor é a qualidade de vida em cada domínio (OMS, 2008).

4.5.2 Procedimento de Coleta de Dados

Semanalmente, durante o período do estudo, foi feito levantamento junto aos profissionais do CAPS III a respeito dos pacientes portadores de TB que estavam em tratamento na modalidade permanência-dia com previsão de alta psiquiátrica. Confirmava-se se os pacientes já estavam com o quadro da doença estabilizado e capazes de responder pelos seus atos dentro das prerrogativas legais, podendo assim ser convidados para participar da pesquisa.

O pesquisador se reuniu individualmente com cada paciente que aceitou participar da pesquisa, apresentando, com linguagem simples e de forma clara, o projeto de pesquisa e as questões abordadas nos instrumentos a serem respondidos. Após o esclarecimento de possíveis dúvidas de cada participante, ao mesmo era solicitado que assinasse o "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido".

Em seguida, o pesquisador realizou a coleta de dados por meio de entrevistas individuais em que as perguntas eram lidas e as respostas anotadas pelo entrevistador. O entrevistador explicou que não havia respostas certas ou erradas e solicitou aos participantes que respondessem aos instrumentos de maneira sincera. Foi explicado que o sigilo e o anonimato das informações seriam preservados.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Todos os dados obtidos nas coletas foram tabulados e tratados no programa Excel e, após a organização dos mesmos, foi realizada a análise de consistência. Adicionalmente, utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS), versão 21.

Foram conduzidas análises descritivas por meio de medidas de frequências (absoluta e relativa) e tendência central (média).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados coletados para realização dessa pesquisa obedeceram toda a proteção e segurança estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São João Del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu (UFSJ/CCO), localizada no município de Divinópolis. Todo processo seguiu os termos da Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que trata de normas sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado sob o parecer de Nº 1.868.647 (APÊNDICE B), seguido da aprovação da Secretaria Municipal de Saúde.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Os resultados e a discussão desta dissertação foram apresentados na forma de artigo científico, elaborado conforme as normas da revista. Adotou-se o formato Vancouver.

6 ARTIGO: Predição da Adesão ao Tratamento e Qualidade de Vida de Pacientes com Transtorno Bipolar

6 ARTIGO: Predição da Adesão ao Tratamento e Qualidade de Vida de Pacientes com Transtorno Bipolar

Clarice de Lourdes Enes

Richardson Miranda Machado

RESUMO

Objetivou-se nesta pesquisa avaliar a predição de adesão ao tratamento e a qualidade de vida de pacientes com Transtorno Bipolar (TB). Estudo transversal realizado com 35 pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial. Foram utilizadas escalas para avaliar a predição da adesão ao tratamento (ECPAT-TBH) e a qualidade de vida dos pacientes (WHOQOL-*bref*). Resultados mostraram maior tendência à adesão nos aspectos relacionados à aliança terapêutica com os profissionais (91,4%) e aceitação do transtorno pelos pacientes, familiares e comunidade (88,6%), enquanto efeitos adversos da medicação impactaram negativamente (91,4%). A maioria (77,2%) apresentou média de qualidade de vida regular. A qualidade de vida foi melhor no domínio Relações Sociais (31,5%), e pior no domínio Meio Ambiente (25,7%). O estudo evidenciou a importância da avaliação da predição da adesão ao tratamento proposto no momento da alta para o sucesso do seu seguimento e a promoção da qualidade de vida.

Descritores: Transtorno Bipolar; Saúde Mental; Adesão ao Tratamento; Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Bipolar (TB) é uma doença mental grave, crônica e recorrente, que atinge aproximadamente 30 milhões de pessoas no mundo[1]. Possui etiologia complexa e multifatorial, resultado da interação de fatores genéticos, psicossociais e ambientais. Caracteriza-se por quadros episódicos de oscilações de humor que se manifestam sob as formas de depressão e mania (euforia). O transtorno é responsável por impactos econômicos, sociais e relacionais negativos e na qualidade de vida dos pacientes, além de contribuir para o aumento da utilização dos serviços e dos gastos em saúde[2,3].

Por ser uma doença crônica, o tratamento contínuo é necessário como condição para melhora do prognóstico, diminuição dos sintomas maníacos e alternância do humor. A combinação entre terapêuticas farmacológicas e intervenções psicossociais tem se mostrado mais efetiva no tratamento do TB[4,5].

A eficácia do tratamento está relacionada à adesão que se compreende como sendo o cumprimento das recomendações clínicas pelo paciente. Entretanto, estudos sobre adesão demonstram que os pacientes não seguem as prescrições terapêuticas por fatores clínicos, econômicos, culturais e sociais, levando à piora da doença[5].

As taxas de não adesão ao tratamento em TB são elevadas, podendo atingir até 50% dos pacientes e podem estar associadas a atitudes e desconhecimento do paciente sobre a doença, aos fatores adversos pelo uso da medicação, posologia complexa, e longa duração do tratamento[6].

Pacientes aderentes ao tratamento apresentam menos crises, melhoram suas relações interpessoais, sua capacidade laboral e o autocuidado e utilizam menos os serviços de saúde. Por outro lado, aqueles não aderentes apresentam maior recorrência de mania, internações e risco de suicídio[5,6].

Segundo o modelo assistencial em saúde mental, para que ocorra a adesão ao tratamento do TB são necessárias estratégias terapêuticas que contemplem a multifatorialidade do transtorno, englobando seus aspectos biológicos, ambientais e psicossociais[7].

Nessa lógica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços abertos e de atenção diária, propõem paralelamente estratégias comunitárias articuladas de intervenção, favorecendo a autonomia, cidadania e direitos da pessoa com sofrimento psíquico, com o objetivo de reduzir índices de internação e reinternação psiquiátrica[8].

Entretanto, as políticas de saúde mental não têm oferecido recursos comunitários suficientes e adequados que possibilitem a reintegração psicossocial dos pacientes, potencializando o problema da não adesão. Consequentemente, houve maior incidência de reinternações e aumento dos gastos com tratamento, afetando negativamente a qualidade de vida dos pacientes[9,10].

Em geral, a adesão é avaliada após a alta do tratamento da crise aguda, em serviços ambulatoriais de saúde mental destinados ao acompanhamento e manutenção do tratamento, quando os pacientes já se encontram inseridos em seu contexto social e familiar. Entretanto, há escassez de estudos que estimem a tendência à adesão ao tratamento antes da alta do paciente. Conhecer os fatores preditivos da adesão ou não adesão ao tratamento possibilitaria melhor estruturação das políticas de saúde mental e reorganização das ações dos serviços em todos os seus níveis, contribuindo para a estabilidade do paciente e, consequentemente, para redução das reinternações.

Diante do exposto, o presente estudo objetivou avaliar a predição de adesão ao tratamento e a percepção de qualidade de vida de pacientes com TB.

MÉTODO

Estudo descritivo, transversal e quantitativo, realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) de Divinópolis/MG, no período de fevereiro de 2017 a fevereiro de 2018.

Foi empregada uma amostragem não probabilística, por conveniência, constituída por todos os 35 pacientes com diagnóstico de TB internados no CAPS para tratamento da crise aguda no período do estudo.

Foram utilizados como critérios de inclusão pacientes maiores de 18 anos de ambos os sexos; usuários do CAPS há mais de seis meses; com alta da internação no serviço. Como critérios de exclusão apresentar qualquer condição que interfira na coleta e na mensuração dos dados e recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento.

Semanalmente, foi realizado levantamento dos pacientes com previsão de alta psiquiátrica do CAPS devido à estabilização do quadro clínico e aptos a participar da pesquisa, a qual utilizou-se de três instrumentos para coleta dos dados: um questionário sociodemográfico e clínico, e duas escalas sendo uma para predição de adesão ao tratamento e outra para avaliar a percepção do indivíduo sobre sua qualidade de vida (ambas validadas no Brasil). Durante as entrevistas, as perguntas eram lidas e as respostas anotadas pelo pesquisador.

O questionário sociodemográfico e clínico foi elaborado pela autora do projeto com base na literatura e caracterizou os sujeitos segundo: sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, ocupação, além de aspectos clínicos como tempo de tratamento, número de medicamentos/dia e de consultas anuais.

A Escala Clínica para Prever a Adesão ao Tratamento no Transtorno Bipolar do Humor (ECPAT-TBH) foi empregada no estudo principalmente por sua especificidade. É constituída de 21 itens, distribuídos em cinco grupos: comportamento e sentimento do paciente diante do tratamento medicamentoso; contribuição da religião no enfrentamento do TB; aceitação do TB pelo paciente, familiar/cuidador e pela comunidade; manutenção do ritmo de vida social e comorbidades advindas do uso de substâncias; adesão ao tratamento psicossocial e aliança terapêutica com o médico, o serviço e profissionais da saúde mental vinculados ao tratamento; e dificuldade de prosseguir o tratamento e efeitos adversos da medicação. As alternativas de resposta da ECPAT-TBH compõem uma escala de cinco pontos (0 a 4), sendo que quanto maior

a média obtida, maior a possibilidade de adesão ao tratamento[11]. Considerou-se que pacientes com médias de escores entre 0,0 e 3,0 possuem tendência a não adesão ao tratamento; médias acima de 3,0 caracterizam pacientes com tendência a adesão.

A Escala de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (*World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref, WHOQOL*-bref) foi empregada na avaliação da qualidade de vida dos participantes do estudo, por ser de aplicação fácil e rápida, possuir características psicométricas satisfatórias e, também, pela inexistência de instrumento específico para avaliação da QV de pessoas com transtorno bipolar adaptado à realidade brasileira. Compõe-se de 26 questões, sendo duas de caráter geral, que avaliam a percepção da qualidade de vida e a satisfação com a saúde pelo paciente, e outras 24 questões distribuídas em quatro domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente). Cada domínio tem seu escore calculado individualmente, o que permite a avaliação do nível de qualidade de vida em cada contexto. Deste modo, quanto mais alto o escore, melhor a qualidade de vida em cada domínio[12]. A pontuação é obtida por meio de uma escala do tipo Likert de cinco pontos (1 a 5). O presente estudo adaptou a classificação da OMS, agrupando os pacientes de acordo com três classes de distribuição de frequência, segundo os valores médios de qualidade de vida: "ruim" (de 1,0 até 2,9); "regular" (de 3,0 a 3,9); e "boa" (acima de 4,0).

Os dados obtidos foram inicialmente digitados duplamente no programa Excel e posteriormente analisados utilizando-se o *software Statistical Program for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. A análise descritiva foi realizada por meio de cálculo de medidas de distribuição de frequência (absoluta e relativa) e tendência central (médias).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ/CCO), sob o nº 1.868.647 sendo o estudo conduzido de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. A participação dos pacientes nesse estudo ocorreu somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Os 35 pacientes estudados foram caracterizados por serem predominantemente do sexo feminino (68,6%), entre 41 e 50 anos (31,4%), sem parceiro (62,9%), com ensino fundamental (57,1%) e aposentados (57,1%). A maioria relatou tempo de tratamento há mais de 10 anos (74,3%), com realização de até duas consultas anuais (65,7%), e uso de mais de 4 tipos de medicamentos /dia (82,9%), conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes com TB (n=35) atendidos no CAPS, Divinópolis, MG, Brasil, 2018.

Variável	**n**	**%**
SEXO		
Masculino	11	31,4
Feminino	24	68,6
IDADE (anos)		
20 - 30	3	8,5
31 - 40	8	22,9
41 - 50	11	31,4
51 - 60	8	22,9
> 60	5	14,3
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Sem parceiro(a)	22	62,9
Com parceiro(a)	13	37,1
ESCOLARIDADE		
Ensino fundamental	20	57,1
Ensino médio	8	22,9
Ensino superior	7	20,0
OCUPAÇÃO		
Trabalha	4	11,4
Aposentado	20	57,1
Recebe ajuda financeira	11	31,4
TEMPO DE TRATAMENTO (anos)		
1 a 4	4	11,4
5 a 10	5	14,3
> 10	26	74,3
NÚMERO DE CONSULTAS/ANO		
Até 2 consultas	23	65,7
Mais de 2 consultas	12	34,3
MEDICAMENTOS POR DIA		
Até 4 tipos de medicamento	6	17,1
Mais de 4 tipos de medicamento	29	82,9

A Tabela 2 apresenta tendências de adesão/não adesão dos pacientes ao tratamento proposto na alta do CAPS, considerando médias de escores obtidas para os diferentes grupos de questões da ECPAT-TBH.

Tabela 2 – Distribuição da frequência dos pacientes com TB (n=35) quanto à predição da adesão ao tratamento proposto na alta do CAPS, Divinópolis, MG, Brasil, 2018.

Grupos	Adesão		Não adesão	
	n	%	n	%
Grupo 1 (comportamento e sentimento diante do tratamento medicamentoso)	20	57,1	15	42,9
Grupo 2 (contribuição da religião no enfrentamento do TB)	18	51,4	17	48,6
Grupo 3 (aceitação do TB pelo paciente, familiar ou cuidador, e pela comunidade)	31	88,6	4	11,4
Grupo 4 (manutenção de vida social e comorbidades pelo uso de substâncias)	21	60,0	14	40,0
Grupo 5 (adesão ao tratamento psicossocial e aliança terapêutica com os profissionais e serviços de saúde mental)	32	91,4	3	8,6
Grupo 6 (dificuldade em seguir o tratamento e efeitos adversos da medicação)	3	8,6	32	91,4
Predição Geral	27	77,1	8	22,9

Os resultados obtidos pela escala ECPAT-TBH indicaram uma tendência geral dos pacientes em aderir ao tratamento proposto (77,1%). Verificou-se que o número de pacientes com predição de adesão foi maior no Grupo 5 (91,4%) e Grupo 3 (88,6%), enquanto o Grupo 6 foi aquele que mais impactou negativamente na predição de adesão (91,4%).

A Tabela 3 mostra a distribuição de frequência dos pacientes de acordo com níveis gerais de classificação de qualidade de vida, segundo a escala WHOQOL-*bref*, da OMS.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes segundo a classificação de qualidade de vida da escala WHOQOL-*bref*, Divinópolis, MG, Brasil, 2018.

Qualidade de vida (escore médio)	Frequência (n)	Percentual (%)
Ruim (até 2,9)	6	17,1
Regular (3,0 a 3,9)	27	77,2
Boa ($\geq$ 4,0)	2	5,7
Total	**35**	**100,0**

A Tabela 4 mostra a distribuição de frequência, por domínios, dos pacientes quanto à sua percepção de qualidade de vida, segundo escores médios obtidos na aplicação da escala WHOQOL-*bref*, da OMS.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes, segundo domínios de qualidade de vida da escala WHOQOL-*bref*, Divinópolis, MG, Brasil, 2018.

Domínios	QV ruim		QV regular		QV boa	
	n	%	n	%	n	%
QV Geral (auto percepção da QV e satisfação com a saúde)	5	14,3	17	48,6	13	37,1
Domínio Físico	7	20,0	23	65,7	5	14,3
Domínio Psicológico	6	17,1	24	68,6	5	14,3
Domínio Relações Sociais	6	17,1	18	51,4	11	31,5
Domínio Meio Ambiente	9	25,7	24	68,6	2	5,7

A aplicação da escala WHOQOL-*bref* apresentou resultados com predomínio de QV regular para os pacientes estudados, tanto na média geral (77,2%) quanto por domínios, sendo mais significativos nos domínios Psicológico e Meio Ambiente (68,6%). A percepção geral dos pacientes quanto à qualidade de vida e satisfação com a saúde, apresentou que maioria (85,7%) considera sua QV regular (48,6%) ou boa (37,1%). Considerando a influência dos domínios na QV, o maior percentual de QV boa foi observado no domínio Relações Sociais (31,5%), e o maior índice de QV ruim se deu no domínio Meio Ambiente (25,7%).

DISCUSSÃO

No que se refere à caraterização dos sujeitos do estudo, identificou-se que a maioria era do sexo feminino. Embora estudos apontem proporções semelhantes de acometimento do TB para ambos os sexos[13,14,15], a presença de maior número de mulheres no estudo pode ser explicada pelas diferenças relativas aos aspectos sociais, psicológicos, fisiológicos e de manifestação do curso da doença[3,14], que se diferem entre os gêneros e levam as mulheres a uma maior procura por tratamento.

Quanto à situação conjugal dos entrevistados, foi observado percentual mais elevado de indivíduos sem parceiro, corroborando dados da literatura que descrevem taxas maiores de solteiros entre portadores de TB quando comparados à população geral[6,14,15]. Dificuldades em manter relacionamento conjugal podem decorrer de limitações e sintomatologias apresentadas pelos bipolares, como impotência sexual (pelo uso de fármacos), oscilações do humor, dificuldades para cuidar dos filhos, dentre outras[15].

A maioria dos pacientes estudados se encontrava aposentada ou recebia ajuda financeira de terceiros. Os dados corroboram a literatura, que aponta o TB como doença incapacitante, responsável por prejuízos profissionais e ocupacionais aos seus portadores[15,16]. Os entrevistados relataram que frequentes oscilações do humor, crises e internações e efeitos da medicação impactavam negativamente no desempenho das suas atividades laborativas, levando ao abandono ou demissão do trabalho.

A utilização de mais de quatro tipos de medicamentos/dia pelos sujeitos avaliados foi observada no estudo. Há consenso na literatura de que o tratamento do TB é complexo devido às frequentes oscilações do humor, sendo comum a prescrição com associações de psicofármacos que visam a estabilização do quadro clínico, manutenção e prevenção de recorrências[14,17]. O uso de vários fármacos pelos pacientes do estudo pode ser atribuído ao fato de terem sido entrevistados no momento da alta do tratamento e demandarem ainda uso de vários medicamentos.

Em relação ao tempo de tratamento, a maioria dos pacientes relatou possuir histórico de tratamento de mais de dez anos. Esses achados podem estar relacionados ao fato de o TB ter como característica a precocidade, que leva com maior frequência ao acometimento do indivíduo no início da fase adulta. Estudos apontam que a idade de ocorrência dos primeiros sintomas da doença é, em média, 25 anos[3]. Tais dados reforçam esta evidência pelo grande percentual de pacientes do estudo apresentarem mais de 30 anos de idade[6].

No que se refere aos resultados da predição da adesão ao tratamento do TB, a maioria dos pacientes apresentou tendência geral de adesão ao tratamento proposto na alta do CAPS. Embora a literatura[6,15] indique altas taxas de não adesão ao tratamento (em média 50%), o resultado obtido nesse estudo pode ser explicado pelo fato do instrumento ser preditivo da adesão e por ter abordado a tendência à adesão de forma ampla, não restrita apenas à ótica da medicação, mas considerando também aspectos psicossociais, relacionais, religiosos, igualmente determinantes para a adesão.

Em relação à aceitação do TB pelo paciente, familiar/cuidador, e pela comunidade, a maioria dos participantes apresentou predição de adesão. Este resultado pode refletir uma percepção do indivíduo, estabilizado após a melhora da crise, quanto à sua capacidade de melhor aceitação pessoal e social. Por outro lado, estudos relatam dificuldades de pacientes e familiares em aceitar o diagnóstico de TB e enfrentar estigmas relacionados à doença[18], que prejudicam a manutenção do quadro clínico e o seguimento do tratamento.

Observou-se que a maioria dos pacientes avaliados quanto à manutenção do ritmo de vida social/comorbidades por uso de substâncias apresentou predição de adesão. O dado corroborou estudos que indicam que pacientes aderentes ao tratamento possuem melhores relações interpessoais, aumento da capacidade laboral e o autocuidado[5,6]. Participantes do estudo informaram que, na ausência dos sintomas do TB, sentem melhor disposição e conseguem realizar melhor suas atividades sociais como lazer, convívio social, rotinas domésticas e religiosidade.

A adesão ao tratamento psicossocial e aliança terapêutica com os profissionais e serviços de saúde mental foram os itens melhor avaliados pelos entrevistados para adesão ao tratamento proposto. A literatura enfatiza a importância da aliança terapêutica como aspecto fundamental à adesão no TB, pela criação de vínculo e confiança nos profissionais e acessibilidade ao serviço[5].

Dificuldades em seguir o tratamento e os efeitos adversos da medicação foram os fatores de maior influência para a não adesão ao tratamento pela maioria dos pacientes. Pesquisas[10,12] revelam que a utilização de terapêuticas medicamentosas com posologias complexas e que causam efeitos adversos como ganho de peso, distúrbios do sono e prostração, tem sido relacionadas como uma das principais causas do não seguimento e abandono do tratamento. Por outro lado, outros estudos[10,12] apontam que a estabilização do quadro clínico do TB proporcionada pelo uso da medicação faz com que os pacientes se sintam bem e "curados", o que os leva a acreditar não necessitarem mais da medicação e abandonar o tratamento.

O nível regular de QV foi predominante, tanto no resultado global do estudo quanto nos domínios avaliados, corroborando dados encontrados na literatura, que associam menores escores de QV e prejuízos funcionais à presença de transtorno bipolar e demais transtornos mentais[21,22,23].

Os resultados obtidos pelo presente estudo indicaram QV regular para o domínio físico, confirmando dados da literatura que atribuem a pacientes com TB maior incapacidade e pior eficiência na execução de tarefas físicas[24,25]. Possivelmente, este dado pode estar relacionado aos efeitos adversos da medicação, que causam alterações do sono e sedação, afetando suas atividades motoras. Estudo que avaliou prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres indicou que as pacientes apresentaram prejuízos funcionais, contribuindo para baixos escores de QV[23].

Com relação ao domínio psicológico, a maioria dos entrevistados relatou prejuízos na concentração, insatisfação com a imagem corporal e diminuição da autoestima. Dada a

cronicidade da doença, o uso prolongado dos psicofármacos impactou negativamente na aparência física (ganho de peso) e nos aspectos cognitivos dos participantes. Estudo realizado com bipolares em estados mistos evidenciou efeitos colaterais da medicação, como fadiga e sedação, e dificuldades de aceitação de ganho de peso em mulheres[22].

Devido à fragilidade física e emocional, e ao nível de dependência vivenciados pelo adoecimento, os portadores de TB necessitam do suporte social para o enfrentamento do quadro clínico. Observou-se que a maioria dos entrevistados referiu satisfação com suas relações sociais e apoio social. Entretanto, a vida sexual dos participantes mostrou-se ruim, devido à perda da libido pelos efeitos adversos da medicação. Estudo que avaliou QV associada a fatores de estresse e saúde mental de pacientes verificou a importância do apoio social impactando positivamente na satisfação com a vida[21].

Foi no domínio meio ambiente que os participantes tiveram seus piores escores de qualidade de vida. A maioria informou sentir-se satisfeita em relação ao ambiente físico, moradia, segurança, serviços de saúde e transporte. Porém, predominantemente, relataram grande insatisfação quanto aos recursos financeiros e condições de lazer. Estes aspectos estão relacionados às condições sociais e financeiras dos entrevistados, em grande parte aposentados ou financeiramente dependentes. A literatura aponta o domínio meio ambiente como sendo o mais sensível a variações socioeconômicas[21].

Considerações sobre este estudo são necessárias. Embora vários estudos avaliem a adesão ao tratamento do TB após a alta da internação, há uma lacuna na literatura no que se refere a estudos que investiguem fatores preditivos de adesão no momento da alta. Na revisão de literatura deste estudo não foram encontrados trabalhos que utilizaram a ECPAT-TBH como instrumento de avaliação.

A alta do tratamento tem hoje a conotação de reabilitação psicossocial, contrária ao antigo ideal de "cura", sendo concebida como "transferência de cuidados", onde a rede de atenção deve atuar de forma articulada, flexível e resolutiva na reintegração social do sujeito[20]. Acredita-se que a estimativa da predição pode detectar possíveis fatores impeditivos da adesão no momento da alta da internação e, assim, auxiliar na proposição de estratégias de intervenção para melhorar a adesão.

No decorrer deste estudo, doze pacientes (34%) reinternaram no CAPS III, configurando o fenômeno da "porta giratória", ciclo recidivo de internação-alta-internação que sobrecarrega os profissionais e serviços de saúde, aumenta gastos com o tratamento e afeta negativamente a qualidade de vida dos pacientes[6,8,10,23].

CONCLUSÃO

Pode-se considerar que o emprego da escala ECPAT-TBH atingiu os objetivos propostos e se mostrou adequado para uso em portadores de TB, devido à sua especificidade. Contudo, a inexistência de outros trabalhos que utilizaram esta escala não permitiu comparações com o presente estudo.

A predição da adesão ao tratamento na alta do CAPS foi considerada elevada nos pacientes estudados. Evidenciou-se a possibilidade de que esta avaliação possa sinalizar as intervenções necessárias à manutenção do tratamento e da estabilidade do quadro clínico do paciente após seu retorno ao convívio familiar e social, evitando-se, assim, a "porta giratória".

A qualidade de vida mostrou-se regular, tanto na percepção geral de QV quanto nos domínios estudados.

Estudos futuros que busquem correlacionar transtorno bipolar e qualidade de vida devem construir e validar instrumentos de pesquisa específicos para este tipo de avaliação nesses indivíduos, capazes de melhor traduzir a complexidade de seus aspectos mentais e psíquicos.

A concepção de alta do tratamento como "transferência de cuidados" é necessária para que a reabilitação psicossocial dos pacientes com transtornos mentais graves ocorra nos diversos níveis de atenção da rede de saúde, melhorando os fluxos, construindo parcerias e promovendo o vínculo entre as equipes.

A corresponsabilização pelos pacientes por parte das equipes e o conhecimento das suas condições de saúde, necessidades e fragilidades, podem favorecer ações promotoras de adesão ao tratamento pós-alta.

REFERÊNCIAS

1. Kessing LV, Munkholm K, Faurholt-Jepsen M, Miskwiak KW, Nielsen LB, Frikke-Schimdt R, et al. The bipolar illness onset study: research protocol for the BIO cohort study. BMJ Open. 2017;7(6):e015462.

2. Granek L, Danan D, Bersudsky Y, Osher Y. Living with bipolar disorder: the impact on patients, spouses, and their marital relationship. Bipolar Disord. 2016;18(2):192-9.

3. Kay-Lambkin FJ, Thornton L, Lappin JM, Hanstock T, Sylvia L, Jacka F, et al. Study protocol for a systematic review of evidence for lifestyle interventions targeting smoking, sleep, alcohol/other drug use, physical activity, and healthy diet in people with bipolar disorder. Syst Rev. 2016;5:106.

4. Bojic S, Becerra R. Mindfulness-based treatment for bipolar disorder: a systematic review of the literature. Eur J Psychol. 2017;13(3):573-98.

5. Mazzaia MC, Souza MA. Adesão ao tratamento no transtorno afetivo bipolar: percepção do usuário e do profissional de saúde. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2017;17:34-42.

6. Freire EC, Feijó FC, Fonteles MMF, Soares JES, Carvalho TMJP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários com transtorno do humor de centro de atenção psicossocial do nordeste do Brasil. Rev Cien Farm Básica Apl. 2013;34(4):565-70.

7. Silva RC, Santos VC, Mochizuki AB, Anjos KF. Transtorno afetivo bipolar: terapêuticas, adesão ao tratamento e assistência de enfermagem. REBRASF. 2017;1(1):10-20.

8. Ramos DKR, Guimarães J. Novos serviços de saúde mental e o fenômeno da porta giratória no Rio Grande do Norte. Rev Min Enferm. 2013;17(2):434-45.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Febre amarela: risco se aproxima e Ministério alerta para a vacinação. Regimento da 4º Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, 2010, Brasília, Brasil [Internet]. 2002 [acesso em: 25 jan. 2018]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/ portal/arquivos/pdf/regimento_interno_conferencia_02_03.pdf.

10. Ramos, DKR, Guimarães J, Enders BC. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. Interface. 2011;15(37):519-27.

11. Marchi R. Escala clínica para prever a adesão ao tratamento: transtorno bipolar do humor [tese]. Campinas: PUC-Campinas; 2008.

12. World Health Organization. WHO. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.

13. Bosaipo NB, Borges VF, Juruena MF. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. Medicina. 2017;50(Supl. 1):S72-84.

14. Souza C, Vedana KGG, Mercedes BPC, Miasso AI. Transtorno bipolar e medicamentos: adesão, conhecimento dos pacientes e monitorização sérica do carbonato de lítio. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2013;21(2):1-8.

15. Miasso AI, Carmo BP, Tirapelli CR. Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. Rev Esc Enferm USP. 2012;3(46):689-95.

16. Clemente AS, Diniz BS, Nicolato R, Kapczinski FP, Soares JC, Firmo JO, et al. Prevalência no transtorno bipolar: uma revisão sistemática e meta-análise da literatura. Rev Bras Psiquiatr. 2015;37(2):155-161.

17. Bai Y, Chang C, Tsai S, Chen Y, Hsiao M, Li C, et al. Taiwan consensus of pharmacological treatment for bipolar disorder. J Chin Med Assoc. 2013;76(10):547-56.

18. Clemente AS, Santos WJ, Nicolato R, Firmo JOA. Stigma related to bipolar disorder in the perception of psychiatrists from Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. Cad Saúde Pública. 2017;33(6):e00050016.

19. Bin LCP, Campos LKS, Santos JA, Turato E. R. Significados dos episódios maníacos para pacientes com transtorno bipolar em remissão: um estudo qualitativo. J Bras Psiquiatr. 2014;63(2):142-8.

20. Guedes AC, Olschowsky A, Kantorski LP, Antonacci MH. Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial. Rev. Eletr. Enf. [Internet].; 2017[acesso em: 21 out. 2018];19:1-9. Available from: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.43794.

21. Portugal FB, Portugal FB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ, Fortes SLCL. Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. Ciênc Saúde Coletiva. 2016; 21(2):497-508.

22. Mortensen GL, Vinberg M, Mortensen SL, Jorgensen MB, Eberhard J. Bipolar patients' quality of life in mixed states: a preliminary qualitative study. Psychopathology. 2015;48 (3):192-201.

23. Borges TL, Hegadoren KM, Miasso AI. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(3):195-201.

24. Weisenbach SL, Marshall D, Weldon AL, Ryan KA, Vederman C, Kamali M, et al. The double burden of age and disease on cognition and quality of life in bipolar disorder. Int J Geriatr Psychiatry. 2014;29(9):952-61.

25. Cotrena C, Branco LD, Shansis FM, Fonseca RP. Executive function impairments in depression and bipolar disorder: association with functional impairment and quality of life. J Affect Disord. 2016;190:744-753.

7 LIMITAÇÕES

7 LIMITAÇÕES

Os resultados desta pesquisa devem ser interpretados com cautela em razão das seguintes limitações:

- A amostra estudada não é probabilística, o que implica a necessidade de uma análise mais criteriosa em relação à validade externa;

- A amostra final foi constituída à medida que o paciente se internava no serviço para tratamento do quadro clínico (conveniência), tendo em vista ter sido a mais apropriada a este estudo;

- A amostra de pacientes estudados foi relativamente pequena, inviabilizando análises de associação. Todavia, este delineamento respondeu bem às questões norteadoras do estudo e aos objetivos propostos da pesquisa. Estudos futuros deverão contar com amostras mais representativas para obterem melhor consistência estatística.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

a) A predição da adesão ao tratamento proposto na alta do CAPS foi considerada elevada nos pacientes estudados;
b) Tratamento psicossocial e aliança terapêutica constituíram fatores preditivos de adesão; uso contínuo da medicação e seus efeitos adversos foram fatores preditivos de não adesão;
c) O estudo evidenciou a importância da avaliação da predição da adesão no momento da alta do tratamento, pois permite sinalizar intervenções para melhorar o tratamento proposto ao paciente antes da alta do CAPS.
d) O uso da escala ECPAT-TBH respondeu satisfatoriamente ao objetivo proposto, devido à sua especificidade;
e) A qualidade de vida geral mostrou-se regular, sendo mais prejudicada no domínio de meio ambiente e melhor avaliada no domínio relações sociais;
f) Verificou-se necessidade de construir instrumentos específicos de avaliação de qualidade de vida em portadores de TB, dada a complexidade do transtorno;
g) Entendendo a concepção atual de alta do tratamento como “transferência de cuidados”, é necessário que a reabilitação psicossocial dos pacientes com transtornos mentais graves ocorra nos diversos níveis de atenção da rede de saúde, melhorando os fluxos, construindo parcerias e promovendo o vínculo entre as equipes.
h) A corresponsabilização pelos pacientes por parte das equipes e o conhecimento das suas condições de saúde, necessidades e fragilidades, podem favorecer ações promotoras de adesão ao tratamento pós-alta.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, K. M. et al. Self-efficacy and quality of life among people with bipolar disorder. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v. 202, n. 8, p. 583-588, Aug. 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.

_____. **The diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5).** 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013. 991 p.

ARCISZEWSKA, A.; SIWEK, M.; DUDEK, D. Caregiving burden and psychological distress among spouses of bipolar patients. Comparative analysis of subtype I and II. **Psychiatria Polska,** Warszawa, v. 49, n. 6, p. 1289–1301, 2015.

BIN, L. C. P. et al. Significados dos episódios maníacos para pacientes com transtorno bipolar em remissão: um estudo qualitativo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 142-148, 2014.

BOJIC, S.; BECERRA, R . Mindfulness-based treatment for bipolar disorder: a systematic review of the literature. **Europe's Journal of Psychology**, Bucharest, v. 13, n. 3, p. 573-598, Aug. 2017.

BOSAIPO, N. B.; BORGES, V. F.; JURUENA, M. F. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. **Medicina,** Ribeirão Preto, v. 50, supl. 1, p. S72-84, jan./fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Febre amarela: risco se aproxima e Ministério alerta para a vacinação. In: REGIMENTO DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL, 4., 2010, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regimento_interno_ conferencia_02_03.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2018.

BRITO, M. E. **Traços de personalidade em pacientes com diagnóstico de transtornos do humor.** 2015. 92p. Dissertação (Mestrado em Ciências Biomédicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

CARVALHO, A. F. et al. Rapid cycling in bipolar disorder: a systematic review. **The Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 75, n. 6, p. e578-586, June 2014.

CHATTERTON, M. L. et al. Psychosocial therapies for Psychosocial therapies for the adjunctive treatment of bipolar disorder in adults: network meta-analysis. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 210, n. 5, p. 333-341, May 2017.

CLEMENTE, A. S. **Concepções dos psiquiatras sobre o transtorno bipolar do humor e sobre o estigma a ele associado.** 2015. 283 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2015.

CLEMENTE, A. S. et al. Prevalência no transtorno bipolar: uma revisão sistemática e meta-análise da literatura. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 155-161, abr./jun. 2015.

_____. Stigma related to bipolar disorder in the perception of psychiatrists from Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, p. e00050016, July 2017.

COTRENA, C. et al. Executive function impairments in depression and bipolar disorder: association with functional impairment and quality of life. **Journal of Affective Disorders,** Amsterdam, v. 190, p. 744-753, Jan. 2016.

DECKERSBACH, T. Age at onset, course of illness and response to psychotherapy in bipolar disorder: results from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). **Psychological Medicine**, London, v. 44, n. 16, p. 3455–3467, Dec. 2014.

FERRARI, A. J. et al. The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. **Bipolar Disorders**, Copenhagen, v. 18, n. 5, p. 440-450, Aug. 2016.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005. 552 p.

FOUNTOULAKIS, K. N. et al. Diretrizes de tratamento do transtorno bipolar do International College of Neuropsychopharmacology (CINP) para o transtorno bipolar em adultos (CINP-BD-2017), Parte 4: necessidades não atendidas no tratamento do transtorno bipolar e recomendações para futuras pesquisas. **The International Journal of Neuropsychopharmacology**, Cambridge, v. 20, n. 2, p. 196-205, fev. 2017.

FOUNTOULAKIS, K. N. The emerging modern face of mood disorders: a didactic editorial with a detailed presentation of data and definitions. **Annals of General Psychiatry**, London, v. 9, p. 14, 2010.

FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. **Fundamentos de epidemiologia.** 2. ed. Barueri: Manole, 2011. 424 p.

FREIRE, E. C. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários com transtorno do humor de centro de atenção psicossocial do nordeste do Brasil. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Ceará, v. 34, n. 4, p. 565-570, 2013.

FREITAS, P. H. B. et al. Esquizofrenia refratária: qualidade de vida e fatores associados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 60-68, jan./fev. 2016.

FULFORD, D. et al. Emotion perception and quality of life in bipolar I disorder. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 152/154, p. 491-497, Jan. 2014.

GAUDIANO, B. A. et al. Valued living and its relationship to medication adherence in patients with bipolar and comorbid substance use disorders. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v. 205, n. 3, p. 178-181, Mar. 2017.

GOODWIN, F.; JAMISON, K. R. Diagnóstico. In: _____. **Doença maníaco-depressiva:** transtorno bipolar e depressão recorrente. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. cap. 3, p. 120-50.

GRANDE, I. et al. Transtorno bipolar. **Lancet**, London, v. 387, p. 1561-1572, 2016.

GRANEK, L. et al. Living with bipolar disorder: the impact on patients, spouses, and their marital relationship. **Bipolar Disorders,** Copenhagen, v. 18, n. 2, p. 192-199, Mar. 2016.

GUEDES, A. C. et al. Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 19, p. 1-9, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cidades.** Divinópolis: IBGE, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/divinopolis/panorama>. Acesso em: 19 mar. 2017.

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

JANSEN, K. et al. Quality of life and mood disorder episodes: community sample. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 147, p. 123-127, 2013.

KARDAS, P.; LEWEK, P.; MATYJASZCZYK, M. Determinantes da adesão ao paciente: uma revisão das revisões sistemáticas. **Frontiers in Pharmacology**, Lausanne, v. 4, p. 91, 2013.

KAY-LAMBKIN, F. J. et al. Study protocol for a systematic review of evidence for lifestyle interventions targeting smoking, sleep, alcohol/other drug use, physical activity, and healthy diet in people with bipolar disorder. **Systematic Reviews**, London, v. 5, p. 106, 2016.

KERNER, B. Genetics of bipolar disorder. **The Application of Clinical Genetics**, Auckland, v. 7, p. 33–42, 2014.

KESSING, L. V. et al. The bipolar illness onset study: research protocol for the BIO cohort study. **BMJ Open**, London, v. 7, n. 6, p. e015462, June 2017.

LAAKSO, L. J. Entrevista motivacional: abordando a ambivalência para melhorar a adesão à medicação em pacientes com transtorno bipolar. **Issues in Mental Health Nursing**, New York, v. 33, n. 1, p. 8-14, Jan. 2012.

LEE, H. J.; SON, G. H.; GEUM, D. Circadian rhythm hypotheses of mixed features, antidepressant treatment resistance, and manic switching in bipolar disorder. **Psychiatry Investigation**, Seoul, v. 10, n. 3, p. 225–232, Sept. 2013.

LEVIN, J. B. et al. Reexamination of nonpsychiatric medication adherence in individuals with bipolar disorder and medical comorbidities. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v. 205, n. 3, p. 182-187, Mar. 2017.

MARCHI, R. **Escala clínica para prever a adesão ao tratamento:** transtorno bipolar do humor. 2008. 260 p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2008.

MARTIN, E. **Bipolar expeditions:** mania and depression in American culture. Princeton: Princeton University Press, 2007. 370 p.

MAZZAIA, M. C; SOUZA, M. A. Adesão ao tratamento no transtorno afetivo bipolar: percepção do usuário e do profissional de saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 17, p. 34-42, jun. 2017.

MCCORMICK, U.; MURRAY, B.; MCNEW, B. Diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: A review for advanced practice nurses. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, Malden, v. 27, n. 9, p. 530–542, Sept. 2015.

MENEZES, S. L.; SOUZA, M. C. B. M. Implicações de um grupo de psicoeducação no cotidiano de portadores de transtorno afetivo bipolar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 124-131, 2012.

MIASSO, A. I.; CARMO, B. P.; TIRAPELLI, C. R. Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 689-95, jun. 2012.

MIGUEL, S. R. P. S. **Intervenção padronizada no Sistema Único de Saúde (SUS) para sujeitos com transtorno de humor bipolar em episódio misto:** avaliação de efetividade e qualidade de vida. 2015. 211 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

MILHIET, V. et al. Circadian abnormalities as markers of susceptibility in bipolar disorders. **Frontiers in Bioscience**, Searington, v. 6, p. 120-137, Jan. 2014.

MORAIS, J. L. **A proliferação do transtorno bipolar como paradigma do discurso capitalista.** 2017. 297 p. Tese (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

MOREIRA, J.; GEOFFROY, P. A. Lithium and bipolar disorder: impacts from molecular to behavioural circadian rhythms. **Chronobiology International**, Oxford, v. 33:, n. 4, p. 351–373, 2016.

NAVARRO, S.; RODRIGUEZ, F.; ACOSTA, F. J. G. Variables associated with nonadherence in clinically stable patients with bipolar disorder. **Actas Españolas de Psiquiatria**, Madrid, v. 44, n. 5, p. 157-65, Sept. 2016.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia:** teoria e prática. Editora Guanabara, 2014. 583 p.

PERES, U. T. **Depressão e melancolia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006. 63 p.

PETERS, A. T. et al. Medical burden, body mass index and the outcome of psychosocial interventions for bipolar depression. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, Carlton South, v. 50, n. 7, p. 667-77, July 2016.

PHILLIPS, M. L.; KUPFER, D. J. Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. **Lancet,** London, v. 381, n. 9878, p. 1663-1671, May 2013.

POMPILI, M. et al. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. **Bipolar Disorders,** Copenhagen, v. 15, n. 5, p. 457-490, Aug. 2013.

RAMOS, D. K. R.; GUIMARÃES, J. Novos serviços de saúde mental e o fenômeno da porta giratória no Rio Grande do Norte. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 434-445, abr./jun. 2013.

RAMOS, D. K. R.; GUIMARÃES, J.; ENDERS, B. C. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. **Interface:** comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 519-527, abr./jun. 2011.

REINARES, M.; SÁNCHEZ-MORENO, J.; FOUNTOULAKIS, K. N. Psychosocial interventions in bipolar disorder: what, for whom, and when. **Journal of Affective Disorder**, Amsterdam, v. 156, p. 46-55, Mar. 2014.

SCHMITT, A. et al. The impact of environmental factors in severe psychiatric disorders. **Frontiers in Neuroscience**, Lausanne, v. 8, p. 19, Feb. 2014.

SCHULZE, T. G. Genetic research into bipolar disorder: the need for a research framework that integrates sophisticated molecular biology and clinically-informed phenotype characterization. **The Psychiatric clinics of North America**, Philadelphia, v. 33, n. 1, p. 67-82, Mar. 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde Mental - 2014 a 2017**. Divinópolis: Diretoria de Saúde Mental, 2014. 55 p.

SILVA, R. C. et al. Transtorno afetivo bipolar: terapêuticas, adesão ao tratamento e assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, Bahia, v. 1, n. 1, p. 10-20, jun. 2017.

SOUZA, C. et al. Transtorno bipolar e medicamentos: adesão, conhecimento dos pacientes e monitorização sérica do carbonato de lítio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 1-8, 2013.

STAHL, S. M. **Stahl's essential psychopharmacology:** neuroscientific basis and pratical applications. 4th ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2013. 626 p.

SYLVIA, L. G. et al. The effect of personalized guideline-concordant treatment on quality of life and functional impairment in bipolar disorder. **Journal of Affective Disorder**, Amsterdam, v. 169, p. 144-148, Dec. 2014.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 696 p.

VIEIRA, T. C.; MARQUES, E. L. L. Possíveis estratégias e técnicas para o transtorno bipolar na perspectiva cognitivo comportamental. **Psicologia.pt**, Portugal, ago. 2017. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0418&area=d5> Acessado em: 27 jan. 2018.

VIETA, E. Antidepressivos no transtorno bipolar I: nunca como monoterapia. **American Journal of Psychiatry**, Washington, v. 171, p. 1023-1026, 2014.

VIETA, E.; VALENTI, M. Manejo farmacológico da depressão bipolar: tratamento, manutenção profilaxia. **CNS Drugs**, Auckland, v. 27, p. 515-529, 2013.

WEISENBACH, S. L. et al. The double burden of age and disease on cognition and quality of life in bipolar disorder. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Chichester, v. 29, n. 9, p. 952-961, Sept. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Comprehensive mental health action plan 2013-2020.** Geneva: World Health Organization, 2013. 45 p.

_____. **The global burden of disease: 2004 update.** Geneva: World Health Organization, 2008. 146 p.

YATHAM, L. N. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. **Bipolar Disorders**, Copenhagen, v. 15, n. 1, p. 1-44, Feb. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Convite aos pacientes

Você _____, do sexo _____ com ____ anos de idade, natural de _____, residente na rua _____, de profissão _____, RG nº_____, está sendo convidado a participar da pesquisa **"TRANSTORNOS AFETIVO BIPOLAR: Adesão e Satisfação com o Tratamento, Sobrecarga Familiar, Profissional, Competência Social e Qualidade de Vida dos Pacientes"** sob a responsabilidade do pesquisador Prof. Dr. Richardson Miranda Machado. Na intenção de permitir ao próprio paciente um maior conhecimento sobre as formas de lidar com a doença e promover a sua saúde, o objetivo principal desta pesquisa, é avaliar a adesão ao tratamento pelo paciente com TB no Centro de Atenção Psicossocial III. Entendemos que este estudo poderá trazer benefícios, como a ampliação do conhecimento sobre o transtorno bipolar, favorecendo a construção de políticas públicas de saúde que melhorem a vida dos pacientes, implantando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde física e mental das pessoas afetadas. Caso esteja de acordo em participar desta pesquisa, você deverá responder a três entrevistas em formato de questionário. O primeiro questionário "Escala Clínica Para Prever Adesão ao Tratamento no Transtorno Bipolar do Humor (ECPAT-TBH)" avalia os fatores mais importantes da adesão ou não adesão ao tratamento; a "Escala de Avaliação da Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR)" investiga a satisfação com o tratamento; a "Escala de Avaliação de Qualidade de vida (WHOQOL-bref) mede a qualidade de vida do paciente em relação aos aspectos físicos, psicológicos, relações sociais e meio ambiente. Desta forma, você e todos os participantes serão reunidos em uma sala, para responderem por escrito de forma individual os questionários entregues pelo pesquisador, onde serão orientados sobre a forma de preenchimento, mantendo o sigilo das informações e a privacidade de cada participante. Os riscos da quebra de sigilo dos dados coletados serão diminuídos pois será permitida, pelo pesquisador, somente a presença dos participantes da pesquisa no local. Entre a aplicação dos questionários será promovida pelo pesquisador uma técnica de relaxamento para evitar que os participantes se sintam estressados diante o número de questões. Ainda assim, desconfortos e riscos da participação que podem existir neste estudo, como o possível constrangimento ou apresentação de reações emocionais durante a aplicação dos questionários, serão minimizados através da realização em local calmo e confortável. Para reduzir efeitos e condições inesperadas que possam causar dano ao seu bem-estar ou de outros participantes, o psicólogo do serviço estará alerta e poderá ser chamado pelo pesquisador para lhes atender de forma imediata. Em casos de danos materiais decorrentes da pesquisa medidas de ressarcimento serão

garantidas, como cobertura de suas despesas e do seu familiar responsável por acompanhar o seu tratamento, caso houver (transporte, alimentação ou outra despesa decorrente da pesquisa), assim como será garantida indenização a você, caso necessário. É previsto que a entrevista seja concluída em quarenta minutos e durante esse tempo você poderá pedir esclarecimentos se desejar, bem como, você em qualquer momento poderá solicitar a interrupção de sua participação na pesquisa. As informações coletadas, além dos termos de consentimento, serão mantidas sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos e após serão eliminados. Os resultados do estudo poderão ser divulgados em seminários e por meio de artigos científicos, mas a confidencialidade da sua identidade será preservada. Ao término da pesquisa os resultados serão apresentados a todos participantes. Todas as páginas deste termo serão rubricadas pelo pesquisador responsável e ao fim do texto este irá assinar por extenso assim como você, conforme aceite. Este documento será emitido em duas vias para serem assinadas, sendo uma entregue a você e outra arquivada com o pesquisador. Deste modo, conforme o convite para participar dessa pesquisa, você declara que aceita espontaneamente em participar deste estudo, pois foi devidamente esclarecido sobre as questões da pesquisa e sobre a sua participação nela. Declara ainda que sabe que pode retirar se consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou perda de qualquer benefício; que sabe que será ressarcido e indenizado, caso algum dano decorrente da pesquisa ocorra e que receberá toda a assistência conforme necessidade. Declara saber que pode obter informações sobre a pesquisa em qualquer momento com o pesquisador e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João Del Rei- UFSJ.

Eu, _____, li e ouvi as informações acima e entendi qual o motivo da pesquisa e o que será realizado, como está escrito neste termo, e declaro que aceito o convite em participar da pesquisa em questão, por livre vontade, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão ou influência indevidas.

_____ _____

Assinatura do Participante de Pesquisa Assinatura do Pesquisador Responsável

Data: _____/ _____/_____

Contato do Pesquisador: Prof. Dr. Richardson Miranda Machado - Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400. Bairro Chanadour, CEP 35.501-296. Divinópolis – MG, Telefone: (37) 8801-9356. E-mail: richardson@ufsj.edu.br	**Contato do Comitê de Ética UFSJ-CCO:** Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400. Bairro Chanadour, CEP 35.501-296. Divinópolis – MG, Telefone: (37)3221-1580, Fax: (37) 3221-1580 E-mail: cepes_cco@ufsj.edu.br

APÊNDICE B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: Adesão e Satisfação com o Tratamento, Sobrecarga Familiar, Profissional, Competência Social e Qualidade de Vida

Pesquisador: Richardson Miranda Machado

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60788516.7.0000.5545

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal de São João Del Rei - C. C. Oeste Dona

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.868.647

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo avaliativo fundamentado na triangulação de métodos, integrando abordagem quantitativa (transversal) e qualitativa. O estudo será realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III, instituição pública considerada unidade de referência em saúde mental da cidade de Divinópolis/MG. Será utilizado o método de amostragem não probabilística, envolvendo no estudo todos os pacientes com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (segundo a Classificação Internacional das Doenças - CID 10) que forem atendidos no CAPS III, no período de 01 de Dezembro de 2016 a 01 de Dezembro de 2017, incluindo os familiares responsáveis pelo tratamento dos pacientes (cujo nome deve constar como responsável por este no registro do serviço) e os profissionais responsáveis pelo tratamento do paciente no CAPS III. Baseados nos atendimentos feitos em 2015 o pesquisador estima que haverá uma participação de 60 pacientes e 60 cuidadores no estudo e 30 profissionais, o que corresponde ao número de profissionais que compõe a equipe do CAPS III no momento atual. Na coleta de dados serão usados as seguintes escalas:

1- Com os portadores de TAB:

1.1 - “Escala Clinica para Prever Adesão ao Tratamento no Transtorno Bipolar do Humor” - avalia

os fatores mais relevantes no processo de adesão e de não adesão ao tratamento;
1.2 - “Escala de Avaliação da Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental”, para a avaliação do nível de satisfação do paciente com o tratamento;
1.3 - “Escala de Avaliação de Qualidade de Vida - WHOQOL-bref que avalia as condições de qualidade de vida em quatro domínios: 1. Físico; 2. Psicológico; 3. Relações Sociais; 4. Meio Ambiente.
1.4 - Qualitativamente serão realizadas entrevistas semiestruturadas e utilizada a técnica de observação participante com roteiro semiestruturado

2- Com os familiares:
2.1 - “Escala de Avaliação da Satisfação dos Familiares em Serviços de Saúde: Para mensurar a satisfação dos familiares com o tratamento
2.2 - “Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares” para mensurar a sobrecarga gerada no cuidado
2.3 - “Escala de Avaliação do Cotidiano de Pacientes Psiquiátricos através do Desempenho de Papéis” para analisar o cotidiano dos portadores de TAB

3- Com os profissionais:
3.1 - “Escala de Avaliação da Satisfação da Equipe em Serviços de Saúde Mental “ - pretende-se mensurar a satisfação dos profissionais com o tratamento,
3.2 - “Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental – pretende-se mensurar a sobrecarga gerada
3.3 – Entrevistas semiestruturada : para analisar o cotidiano de trabalho.
3.4 - Serão analisadas a distribuição espacial dos portadores de TAB na rede assistencial; a utilização de Sistemas de Informação em Saúde na gestão do trabalho local e do cuidado dos portadores de TAB através de entrevistas semiestruturadas e observação da dinâmica de utilização dos sistemas.

Os instrumentos possuem metodologias específicas, definidas pelos seus autores e avaliam aspectos relativos à adesão, satisfação, sobrecarga, competência social, qualidade de vida e cotidiano dos envolvidos com o tratamento do TAB. Os dados coletados nas escalas serão armazenados e processados no software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 serão explorados a partir de estatísticas descritivas e de frequência a partir das

respostas das alternativas, que estão dispostas em uma escala do tipo Likert de 5 pontos. Os dados coletados na etapa qualitativa serão organizados e analisados seguindo-se o referencial teórica Análise de Conteúdo, modalidade Temático-Categorial. Para sistematização desta análise será utilizado o software Atlas Ti.

Recrutamento dos participantes:
Ao final de cada semana durante o período do estudo, será feito um levantamento junto aos profissionais do CAPS III a respeito dos pacientes portadores de TAB, que em detrimento de uma desestabilização do quadro da doença, estarão em tratamento no serviço na modalidade permanência dia e com previsão de alta para a semana seguinte.De posse dos nomes dos pacientes serão identificados junto ao serviço de saúde , os nomes dos familiares cuidadores e também dos profissionais que correspondem a cada paciente. Diante dessas informações será enviado aos familiares uma carta convite. O convite será entregue aos pacientes, aos profissionais e enviado com antecedência aos familiares por intermédio do serviço social do CAPS III.

Os critérios de inclusão e exclusão foram separados por categoria de participantes, sendo:
Pacientes
Critérios de Inclusão: idade igual ou maior de dezoito anos; capacidade de entender e concordar em participar da pesquisa; declarar-se alfabetizado (independente de ter frequentado o sistema formal de educação); ser usuário do CAPS III (> 6 meses) e estar de alta da internação no serviço.Critérios de Exclusão: ter dificuldade física que impeça a leitura dos questionários; preenchimento errôneo ou incompleto do TCLE e/ou dos questionários utilizados, apresentar qualquer condição que interfira na coleta e na mensuração dos dados; recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento.
Familiares
Critérios de Inclusão: idade igual ou maior de dezoito anos; capacidade de entender e concordar em participar da pesquisa; declarar-se alfabetizado (independente de ter frequentado o sistema formal de educação); ter grau de parentesco com paciente portador de transtorno afetivo bipolar usuário do CAPS III e que esta de alta da internação no serviço; ser cuidador direto do paciente (> 6 meses).Critérios de Exclusão: ter dificuldade física que impeça a leitura dos questionários; preenchimento errôneo ou incompleto do TCLE e/ou dos questionários utilizados.
Profissionais
Critérios de Inclusão: ter nível superior e atuar no CAPS III a mais de 6 meses; ser o profissional de

referência técnica do paciente portador de transtorno afetivo bipolar usuário do CAPS III e que esta de alta da internação no serviço.Critérios de Exclusão: estar de férias ou licença do serviço, preenchimento errôneo ou incompleto do TCLE e/ou dos questionários utilizados.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar a adesão ao tratamento pelo paciente com TAB no Centro de Atenção Psicossocial III

Específicos:

1) Identificar os fatores preditivos da adesão do paciente ao tratamento farmacológico e psicossocial;
2) Mensurar a satisfação de pacientes, familiares e profissionais com o tratamento e a sobrecarga gerada;
3) Avaliar a competência social e qualidade de vida dos pacientes portadores de transtorno afetivo bipolar;
4) Analisar o cotidiano de portadores de TAB e o cotidiano de trabalho dos profissionais no CAPS III;
5) Analisar a distribuição espacial dos portadores de TAB na rede assistencial;
6) Analisar a utilização de Sistemas de Informação em Saúde na gestão do trabalho local e do cuidado dos portadores de TAB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Foram destacados os riscos de quebra de sigilo, constrangimento e reações emocionais

Os riscos da participação neste estudo, relacionados a possibilidade de quebra de sigilo, constrangimento ou reações emocionais durante a realização das entrevistas, serão minimizados através da realização das entrevistas em local confortável , em ambiente calmo e seguro e com codificação dos questionários, Providências e cautelas serão empregadas, para reduzir efeitos e condições inesperadas que possam causar dano, considerando o bem estar do participante, a exemplo da proposta de realização do exercício de relaxamento durante a coleta de dados. Caso necessário, o Psicólogo/psiquiatra do serviço estará de prontidão para execução de medidas emergenciais. Em casos de danos decorrentes da pesquisa serão tomadas as medidas de ressarcimento - como a compensação material, cobertura de despesas do participante e acompanhante, caso houver, como transporte, alimentação ou outro dano decorrente do

procedimento. É garantido o total sigilo e esclarecimentos sempre que o desejar, e em qualquer momento poderá solicitar a interrupção de sua participação na pesquisa.

BENEFICIOS Este estudo poderá trazer benefícios como a ampliação do conhecimento referente ao transtorno afetivo bipolar, a partir do qual almeja-se subsidiar a construção de políticas públicas de saúde direcionadas a esta população, a fim de que sejam implementadas ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde física e psíquica, para a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, bem escrita e fundamentada. Contempla os aspectos éticos previstos na resolução 466/2012. Apresenta descrição detalhada das etapas do estudo bem como os aspectos éticos referentes a cada fase do estudo. O Comitê compreende a relevância do trabalho bem como seu impacto científico e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos/termos

- TCLE pacientes (para entrevistas / questionários, observação)
- TCLE profissionais (para entrevistas/questionários, observação)
- TCLE familiares
- Autorização SEMUSA
- Declaração de infraestrutura
- folha de rosto
- carta de respostas ás pendências
- projeto completo reestruturado
- instrumentos de coleta (roteiro de entrevista, observação e escalas usadas)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas pelo Colegiado foram atendidas. Projeto Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_797531.pdf	23/11/2016 10:41:30		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Atendimento_Pendencias_CEPES_CCO_21_Nov.docx	23/11/2016 10:40:58	Richardson Miranda Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLES_Projeto_TAB_Corrigidos_22_nov.doc	23/11/2016 10:40:13	Richardson Miranda Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TAB_Corrigido_22_Nov.doc	23/11/2016 10:38:55	Richardson Miranda Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Lattes_Ricardo_Bezerra_Cavalcante.pdf	06/10/2016 22:09:32	Aline Esteves Pacheco	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Lattes_Richardson_Miranda_Machado.pdf	06/10/2016 22:09:07	Aline Esteves Pacheco	Aceito
Brochura Pesquisa	Capa.pdf	06/10/2016 20:37:54	Aline Esteves Pacheco	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Secretaria_Municipal_de_Saude.pdf	06/10/2016 19:51:04	Aline Esteves Pacheco	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_de_Setor_e_Declaracao_de_Infraestrutura.pdf	06/10/2016 19:50:44	Aline Esteves Pacheco	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Projeto_TAB.pdf	06/10/2016 19:41:30	Aline Esteves Pacheco	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

DIVINOPOLIS, 15 de Dezembro de 2016

Assinado por:
JULIANO TEIXEIRA MORAES
(Coordenador)

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Nome completo do paciente:

Nº do paciente:	Data da coleta: / /	Local da entrevista: ( ) 1.Serviço de saúde ( ) 2.Casa do paciente
Data de Nascimento: ___/___/___	1. Sexo: ( ) 1.Masculino ( ) 2.Feminino	

Entrevistador: a partir desta parte você deve ler as perguntas para o paciente

2. Qual é o seu estado civil? ( ) 1.Solteiro(a) ( ) 2.Casado(a)/União Consensual ( )Divorciado(a)/Desquitado(a)/Separado(a)( ) 4.Viúvo(a) ( ) 5. Não sabe/ignorado

3. Até que série você estudou ou ainda estuda? ( ) 1.Analfabeto ( ) 2.Ensino fundamental incompleto ( ) 3.Ens. fundamental completo ( ) 4.Ensino médio incompleto ( ) 5.Ensino médio completo ( ) 6. Ens. Superior incompleto ( ) 7.Ensino superior completo ( ) 8.Não sabe/ignorado

4. Quantos filhos você tem? ( )1.Não tem ( ) 2.Um filho ( ) 3.Dois filhos ( ) 4.Três filhos ou mais ( ) 5.Não sabe/ignorado

5. Você trabalha atualmente? ( ) 1.Sim ( ) 2.Não	5.a -Se SIM, qual é o seu trabalho atual? _____

5.a – Se **NÃO**, há quanto tempo parou de trabalhar? _____ **Não se aplica ( ) (Marcar "0")**	"Entrevistador marque sim ou não" 6.a.1 – Tem trabalho remunerado com carteira ( ) 1.Sim ( )2.Não 6.a.2 – Tem trabalho diário remunerado sem carteira ( ) 1.Sim ( ) 2.Não 6.a.3 – Tem trabalho não diário regular remunerado ( ) 1.Sim ( ) 2.Não 6.a.4 – Faz "bicos" externos esporádicos remunerado ( ) 1.Sim ( ) 2.Não 6.a.5 – Recebe aposentadoria ( ) 1.Sim ( ) 2.Não 6.a.6 – Recebe ajuda financeira de alguém ( ) 1.Sim ( ) 2.Não **Não se aplica ( ) (Marcar "0")**

6. Com quem você mora atualmente? ( ) 1.Pais ( ) 2. Esposo(a) ( ) 3.Filhos ( ) 4.Sozinho ( ) 5.Instituição ( ) 6.Outros ( ) 7.Não sabe	7. Quantas pessoas moram em sua casa? _____

8. Qual é a sua renda familiar atual? (Somando os salários de todas as pessoas de sua casa)
( ) 1.Até 1 salário mínimo(R$724,00) ( ) 2.Até 2 salários mínimos(R$1448,00)
( ) 3.De 3 a 4 salários mínimos(R$2172,00-R$2896,00) ( ) 4.Acima de 5 salários mínimos(R$3620,00)
( ) 6.Não sabe

9. Onde você faz o acompanhamento psiquiátrico? ( ) 1.Rede Pública ( ) 2. Rede particular	10.Há quanto tempo você faz tratamento psiquiátrico? ( ) 1.Menos de 1 ano ( ) 2.De 1 a 2 anos ( ) 3.De 3 a 4 anos ( ) 4. De 5 a 9 anos ( ) 5.Acima de 10 anos ( ) 6.Não sabe

11. Quantas vezes você vai ao médico psiquiatra para consulta?
_____

12. Você já ficou internado em hospital psiquiátrico? ( ) 1Sim ( ) 2.Não	13. Se sim, quantas vezes foi internado? _____

14. Há quanto tempo você usa clozapina?
( ) 1.Há menos de 1 ano ( ) 2.Entre 1 e 2 anos ( ) 3.Entre 3 e 4 anos ( ) 4.Acima de 5 anos
( ) 5.Não sabe

16. Você possui alguma destas doenças?
( ) 1.Hipertensão ( ) 2.Diabetes ( ) 3.Doença do coração ( ) 4.Doença renal
( ) 5.Outra:_____
( ) 6.Não possui

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

17. Quantos remédios você toma por dia?
( ) 1.Apenas 1 ( ) 2. 2 medicamentos
( ) 3. 3 medicamentos ( ) 4. Acima de 4
( ) 5.Não sabe

18. Quais são eles?
( ) 1.Não Sabe

Nome	Quantidade diária
2.	
3.	
4.	
5.	

15. Você acha que o (os) remédio (os) que você toma lhe prejudica?(de alguma forma, provocando uma sensação desagradável).
( ) 1.Não prejudica em nada ( ) 2.Prejudica, mas convivo bem com eles ( ) 3.Prejudica e atrapalha muito
( ) 4.Outros ( ) 5.Não sabe

19. O que você diria da sua satisfação com a saúde? Você se considera:
( ) 1.Uma pessoa insatisfeita (apresenta várias queixas)
( ) 2.Uma pessoa mais ou menos satisfeita (algumas queixas)
( ) 3.Uma pessoa completamente satisfeita com a saúde (nenhuma queixa)
( ) 4.Não sabe

20. Você fuma atualmente?
( ) 1.Sim ( ) 2. Não → siga para a 26
( ) 3.Ex-fumante → siga para a 23

21. Quantos cigarros você fuma por dia?
_____

22. Há quanto tempo você fuma?
_____

23. Há quanto tempo que parou de fumar?
_____

24. Quantos cigarros você fumava por dia?
_____

25. Durante quanto tempo você fumou?
_____

26. Você faz uso de bebida alcoólica atualmente?
( ) 1.Sim ( ) 2. Não → ir para a 28

27. Quantas vezes, nos últimos 30 dias, você bebeu um ou mais drinques em um único dia? (Um drinque = uma lata de cerveja de 350 ml, uma taça de vinho ou uma dose de bebida destilada)
() 1.Todos os dias ou 4 – 6 vezes por semana ( ) 2. De 3 a 5 vezes por semana ( ) 3.De 1 a 2 vezes por semana
( ) 4. Menos de uma vez por semana ( ) 5. Não bebeu nos últimos 30 dias ( ) 6.Não sabe

28. Durante seus períodos de folga ou lazer, nos últimos 90 dias, com que frequência você caminhou para fazer exercícios ou fez ginástica ou praticou algum esporte por pelo menos 30 minutos?
( ) 1.Todos os dias ou 4 – 6 vezes por semana ( ) 2. De 3 a 5 vezes por semana ( ) 3.De 1 a 2 vezes por semana
( ) 4. Menos de uma vez por semana ( ) 5.Não caminhou nos últimos 90 dias ( ) 6.Não sabe

VERIFIQUE SE TODAS AS QUESTÕES FORAM PERGUNTADAS E AS RESPOSTAS CORRETAMENTE ANOTADAS. SE SIM, AGRADEÇA AO ENTREVISTADO E ENCERRE A ENTREVISTA

NOME ENTREVISTADOR: _____

ASSINATURA: _____ Data: ____/____/____

ANEXOS

ANEXO 1 – ESCALA CLÍNICA PARA PREVER A ADESÃO AO TRATAMENTO NO TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR (ECPAT-TBH)

Escala Clínica para
Prever a Adesão ao Tratamento:
Transtorno Bipolar do Humor
(ECPAT – TBH)

Nome do paciente: .....

Local da aplicação: .....

Data: ...../...../.....

01. Razões pessoais para não seguir o tratamento preventivo:

(0) Sente-se bem, não havendo a necessidade da medicação.
(1) Acredita que ficará dependente dos remédios.
(2) Não gosta da ideia do remédio controlar seu humor. Sente que ele mesmo precisa se controlar.
(3) Sente-se menos criativo e produtivo, com falta dos “altos”.
(4) Não se opõe.

02. O que pensa de ter que tomar remédio:

(0) O remédio prejudica o seu desempenho sexual.
(1) Tomar remédio é sinal de fraqueza.
(2) No passado o remédio não o ajudou.
(3) Parentes passaram mal e/ou não viu melhora em pessoas que tomaram remédio.
(4) Sente que o remédio pode ajudar.

03. Razões para ter interrompido anteriormente a medicação:

(0) Falta de eficácia e efetividade dos medicamentos.
(1) Efeitos adversos do medicamento.
(2) Regimes posológicos completos.
(3) Interações medicamentosas.
(4) Não interrompeu.

04. Como o paciente se sente frente ao tratamento psicoterápico para TBH:

(0) Pensa que é perda de tempo.
(1) Experiência própria negativa no passado.
(2) Se não deu certo para outros, com ele ocorrerá da mesma forma.
(3) Acredita que poderá ajudá-lo.
(4) Ajuda muito.

05. Barreiras para aceitação do tratamento medicamentoso:

(0) Efeitos colaterais.
(1) O custo do remédio e/ou a necessidade de um tratamento prolongado.
(2) Presença de familiares e/ou cuidadores que não compram os remédios.
(3) Ausência de alguém que supervisione a administração do medicamento.
(4) Não há barreiras quanto á aceitação do tratamento.

06. Contribuição da religião para a solução do problema atual:

(0) É solução ideal e não há a necessidade do uso de remédio.
(1) Depende da religião.
(2) Não é de valia, só o uso do remédio resolve.
(3) Pode ajudar desde que o psicofármaco seja também administrado.
(4) Ajuda desde que haja concomitante acompanhamento psicoterápico e psicofarmacológico.

07. A visão do(s) genitor(es), filho(s)/a(s) ou de parentes mais próximos(*) a respeito do paciente:

(0) Não aceita(m) que o TBH seja um transtorno mental.
(1) Acredita(m) que o(a) paciente tenha controle sobre seus sintomas e comportamentos.
(2) O(s) genitor(es) afirma(m) que evitaria(m) a gravidez se tivesse(m) a certeza que o transtorno mental pudesse ocorrer. O/A(s) filho/a(s) e/ou parente(s) evita(m) a convivência ou o fazem o mínimo possível.
(3) O(s) genitor(es) afirma(m) que teria(m) evitado o casamento se soubessem antes que o transtorno mental pudesse ocorrer. O/A(s) filho/a(s) e/ou parente(s) se sente(m) frustrado/a(s) e envergonhado/a(s) com o problema do(a) paciente e evita(m) aparecer em público com o(a) mesmo(a).
(4) Aceita(m) o problema.

(*) – Corresponde a irmão(s)/irmã(s), sobrinho/a(s), primo/a(s) ou cunhado/a(s)

08. A visão do(a) namorado(a), noivo(a), cônjuge ou alguém com quem conviva maritalmente a respeito do paciente:

(0) Não aceita que o TBH seja um transtorno mental.
(1) Acredita que o paciente tenha controle sobre seus sintomas e comportamentos.
(2) Refere que não teria filhos com o paciente se soubesse que o transtorno mental pudesse ocorrer.
(3) Afirma que não casaria com o paciente pelo fato deste ter um transtorno mental ou mesmo não teria se casado com o paciente se soubesse antes que ele tinha um transtorno mental.

(4) Aceita o paciente com TBH.

09. Comportamento da família frente ao paciente:

(0) Rejeita o paciente.
(1) Adota atitudes críticas e de envolvimento emocional muito intenso.
(2) Não apoia qualquer tentativa de tratamento por parte do paciente.
(3) Não se sente responsável pelo problema do paciente.
(4) Aceita o paciente a despeito do problema.

10. Comportamento de pessoas da comunidade frente ao paciente:

(Este item compreende as atitudes de amigos, vizinhos e moradores conhecidos da rua e do bairro em que reside o paciente adotam frente ao mesmo).

(0) Ao se referirem ao paciente, é criticado simplesmente pelo fato do mesmo apresentar um transtorno mental.
(1) Sentimentos negativos são generalizados e expressos contra o paciente, como se este tivesse controle sobre seus comportamentos.
(2) Sentimentos negativos são expressos somente contra comportamentos inadequados e específicos do paciente, sem generalização dos mesmos.
(3) Demonstram comportamento de pena e de proteção excessiva.
(4) As pessoas da comunidade não expressam rejeição ao paciente, mas compreensão e aceitação do problema apresentado pelo mesmo.

11. Comportamento da família frente ao paciente:

(0) Desconhece e nega que o TBH seja um transtorno mental, recusando-se a obter qualquer tipo de informação.
(1) Não tem conhecimento prévio sobre o TBH, mas ao aceitar receber informações a respeito do TBH demonstra indiferença frente aos dados que são fornecidos.
(2) Conhece, percebe a sua falta de controle sobre os sintomas quando o quadro clínico está descompensado, mas demonstra completa negação da severidade do seu quadro clínico e que precisa de tratamento.
(3) Não tem conhecimento prévio, mas aceita o TBH, sua gravidade e o tratamento, demonstrando interesse em obter mais informações sobre o transtorno mental.
(4) Conhece e aceita o TBH como transtorno mental, a sua severidade e o tratamento.

12. Manutenção do ritmo de vida social:

(Neste item deve-se avaliar se a presença de pessoas com quem o paciente convive são estimulantes ou não para que possa manter uma rotina de vida social estável).

(0) Não consegue manter, apesar da presença de um número elevado de pessoas que o estimulam.
(1) Para conseguir manter depende do estímulo excessivo de outras pessoas.
(2) Precisa estar acompanhado por mais pessoas para conseguir manter.
(3) Precisa de pelo menos uma pessoa que o estimule a ter uma rotina de vida estável.
(4) Não depende do estímulo de outras pessoas.

Comorbidade com abuso ou dependência de substâncias:

(0) Cocaína e derivados.
(1) Álcool.
(2) Canabinoides ou Anorexígenos.
(3) Cafeína, Teína e/ou tabaco.
(4) Ausente.

13. Comportamento do paciente diante do profissional da Saúde Mental no momento que é entrevistado juntamente com seu familiar/cuidador:

(Este item compreende o relato pelo paciente de sentimentos ou reações hostis em relação ao familiar/cuidador, ao profissional de Saúde Mental que fará seu seguimento, e ao tratamento profilático proposto).

(0) Demostra hostilidade ao extremo, com manifestação de agressão física para com o outro e/ou para com objetos do local da entrevista.
(1) Mostra-se verbalmente hostil, faz ameaças e se ausenta do local da entrevista.
(2) Apesar de demonstrar moderada impaciência ou irritabilidade, tolera a entrevista e a fala do familiar/cuidador, mas precisando ser acalmado.
(3) Demonstra pouca impaciência ou irritabilidade, mas consegue por si próprio se acalmar.
(4) Ausência de sinais de impaciência, irritabilidade, crítica ou hostilidade.

14. Dificuldade de dar continuidade ao tratamento:

(0) Pela falta de profissionais da Saúde Mental.
(1) Pela indisponibilidade do médico quanto ao pronto atendimento.
(2) Pela dificuldade de transporte até o local de atendimento.
(3) Por dificuldade na marcação de consultas.
(4) Não há dificuldade.

15. Comportamento do profissional da Saúde mental frente ao paciente (baseado no relato do paciente ou de parentes):

(0) Adota atitudes críticas.
(1) Não oferece apoio e encorajamento ao tratamento.
(2) Não oferece continuidade do cuidado ao paciente.
(3) Utiliza palavras muito técnicas para explicar o TBH e o tratamento.
(4) Estabelece vínculo terapêutico satisfatório.

16. Acolhimento do paciente pelo Serviço de Saúde Mental:

(0) Demora na obtenção da vaga para o tratamento.
(1) Comparecimento irregular do médico às consultas.
(2) Tempo reduzido da consulta.
(3) Falta de colaboração de quem marca as consultas.
(4) Não há prejuízo.

17. Envolvimento terapêutico do médico psiquiatra com o paciente:

(0) Faz mudanças constantes do esquema terapêutico medicamentoso.

(1) Não comenta se o paciente deixa de tomar os medicamentos.

(2) Não solicita exames complementares durante o acompanhamento do tratamento.

(3) Não demonstra preocupação com o comparecimento do paciente às consultas.

(4) Envolvimento terapêutico eficiente e eficaz.

18. Seguimento terapêutico profilático anterior:

(Este item refere-se ao tempo de duração do tratamento psiquiátrico clínico do paciente e/ou o período durante o qual está ocorrendo uma intervenção psicoterápica).

(0) Ausente.

(1) Até 1 ano.

(2) De 1 a 3 anos.

(3) De 3 a 5 anos.

(4) Acima de 5 anos.

19. Número de intervenções psicoterápicas combinadas com o tratamento medicamentoso:

(Considerar como *Intervenções Psicoterápicas*: Psicoterapia interpessoal, Terapia focada na família, Terapia cognitivo-comportamental (TCC) e Intervenção psicoeducacional).

(0) Zero.

(1) Uma.

(2) Duas.

(3) Três.

(4) Quatro.

20. Efeitos adversos dos medicamentos:

(0) Sintomas extrapiramidais.

(1) Prejuízo na esfera sexual.

(2) Ganho de peso.

(3) Distúrbio do sono.

(4) Não apresentou.

ANEXO 2 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT-BREF – WHOQOL-BREF)

		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

b

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 lhe ajudou a preencher este questionário? .....

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

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!