



TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: SENTIMENTOS, ESTIGMAS E LIMITAÇÕES

BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER: FEELINGS, STIGMAS AND LIMITATIONS

TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR: SENTIMIENTOS, ESTIGMAS Y LIMITACIONES

Hérica Dayanne de Sousa Moura¹, Jefferson Abraão Caetano Lira², Mônica Madeira Martins Ferraz³, Camylla Layanny Soares Lima⁴, Ângela Raquel Cruz Rocha⁵

RESUMO

Objetivo: compreender os sentimentos, estigmas e limitações laborais, familiares e sociais do transtorno afetivo bipolar para a pessoa e o familiar cuidador. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, em um Centro de Atenção Psicossocial, de porte II, com 12 pessoas diagnosticadas com transtorno afetivo bipolar e quatro familiares cuidadores. Obtiveram-se os dados mediante entrevista com roteiro semiestruturado, analisando-os mediante a técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Análise de Conteúdo Temática. **Resultados:** identificou-se que o transtorno afetivo bipolar é visto com preconceito e carrega vários estigmas sociais, como vergonha, medo, raiva e tristeza. Expressou-se, por alguns participantes, a dificuldade em manter vínculo empregatício ou ingressar no mercado de trabalho após a manifestação do transtorno. **Conclusão:** compreendeu-se que o transtorno afetivo bipolar carrega a marca da cronicidade e do preconceito. **Descritores:** Transtorno Bipolar; Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica; Transtornos Mentais; Estigmas Sociais; Cuidadores.

ABSTRACT

Objective: to understand the feelings, stigmas and work, family and social limitations of bipolar affective disorder for the person and family caregiver. **Method:** this is a qualitative and descriptive study in a Psychosocial Care Center, size II, with 12 people diagnosed with bipolar affective disorder and four family caregivers. Data was obtained through interviews with semi-structured script, analyzing them using the technique of Content Analysis in the Thematic Content Analysis modality. **Results:** it was identified that bipolar affective disorder is viewed with prejudice and carries various social stigmas, such as shame, fear, anger and sadness. Some participants expressed the difficulty in maintaining employment or entering the labor market after the onset of the disorder. **Conclusion:** it was understood that bipolar affective disorder bears the mark of chronicity and prejudice. **Descriptors:** Bipolar Disorder; Mental Health; Psychiatric Nursing; Mental Disorders; Social Stigma; Caregivers.

RESUMEN

Objetivo: comprender los sentimientos, estigmas y las limitaciones laborales, familiares y sociales del trastorno afectivo bipolar para la persona y el cuidador familiar. **Método:** se trata de un estudio cualitativo y descriptivo en un Centro de Atención Psicossocial, tamaño II, con 12 personas diagnosticadas con trastorno afectivo bipolar y cuatro cuidadores familiares. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas con guiones semiestructurados, analizándolos en la técnica de Análisis de Contenido en la modalidad de Análisis de Contenido Temático. **Resultados:** se identificó que el trastorno afectivo bipolar es visto con prejuicio y conlleva varios estigmas sociales, como la vergüenza, el miedo, la ira y la tristeza. Algunos participantes expresaron la dificultad de mantener el empleo o ingresar al mercado laboral después de la manifestación del trastorno. **Conclusión:** se entendió que el trastorno afectivo bipolar lleva la marca de cronicidad y prejuicio. **Descriptores:** Trastorno Bipolar; Salud Mental; Enfermería Psiquiátrica; Trastornos Mentales; Estigma Social; Cuidadores.

^{1,3,4,5}Universidade Estadual do Piauí/UEPI. Teresina (PI), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7216-9943> <https://orcid.org/0000-0001-9148-727X> <https://orcid.org/0000-0001-5015-6597> <https://orcid.org/0000-0001-8929-2027> ²Universidade Federal do Piauí/UFPI. Teresina (PI), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7582-4157>

Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso <<Transtorno Bipolar: estigmas e limitações de atividades laborais nas relações familiares e sociais>>. Universidade Estadual do Piauí, 2017.

Como citar este artigo

Moura HDS, Lira JAC, Ferraz MMM, Lima CLS, Rocha ARC. Transtorno afetivo bipolar: sentimentos, estigmas e limitações. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e241665 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241665>

INTRODUÇÃO

Caracteriza-se transtorno afetivo bipolar (TAB) por alterações de humor que vão do estado de depressão profunda à euforia extrema. Descreve-se o TAB por episódios maníacos ou hipomaníacos separados por períodos de normalidade. Acrescenta-se, além disso, que as pessoas com esse transtorno podem apresentar delírios, alucinações, em padrão sazonal, que podem levar ao acometimento temporário de suas funções cognitivas, comportamentais e afetivas.¹⁻²

Divide-se o TAB em tipos I e II, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5). Caracteriza-se o tipo I por elevação do humor, em uma perspectiva grave e persistente, denominada de mania, em que há episódios depressivos leves e/ou graves intercalados com períodos de normalidade e fases maníacas bem caracterizadas. Configura-se o tipo II por elevação branda de humor, descrita por hipomania, o qual requer um ou mais episódios depressivos maiores e, pelo menos, um episódio hipomaníaco durante o curso da vida.^{1,3}

Constata-se que o TAB é uma condição multidimensional envolvendo uma interação complexa e dinâmica entre fatores biológicos e psicossociais. Enfatiza-se que, embora a farmacoterapia seja o tratamento de primeira linha, as intervenções psicossociais também são ferramentas importantes para o gerenciamento de fatores emocionais e comportamentais durante o curso da doença.⁴

Estima-se que o TAB afeta cerca de 1% da população mundial, de acordo com estudo.⁵ Ressalta-se que as manifestações clínicas dos primeiros sintomas ocorrem, geralmente, na adolescência, especificamente entre os 18 e 22 anos. Salienta-se que o risco de desenvolvimento do TAB é maior em adultos jovens, em que metade dos casos se inicia antes dos 25 anos de idade.⁶

Definem-se transtornos mentais como alterações cognitivas e emocionais recorrentes, resultando na deterioração ou perturbação do funcionamento cerebral, que ocasionam perdas na vida social, afetiva e profissional.⁷ Tem-se que o distúrbio do humor é grave, uma vez que compromete o funcionamento ocupacional, o relacionamento interpessoal e as atividades sociais usuais.¹

Enfatiza-se que pessoas com sofrimento psíquico enfrentam uma grande barreira, que é o estigma. Vive-se em uma cultura que discrimina e segrega o indivíduo com transtorno psiquiátrico. Adiciona-se que a doença mental, permeada de preconceitos e estigmas, é vista de forma negativa, o que interfere não só na pessoa com o transtorno, mas também na família. Reforça-se, ainda, que isso dificulta a recuperação e a reabilitação, repercutindo na qualidade de vida

tanto daqueles que sofrem com TAB quanto na de seus familiares.⁸

Destaca-se que a Enfermagem poderá influenciar positivamente o tratamento à pessoa com TAB.⁵ Enfatiza-se que cabe ao enfermeiro, nesse sentido, atender às necessidades da pessoa com TAB e seus familiares e realizar ações de saúde que visem ao esclarecimento sobre esse transtorno com o intuito de reduzir estigmas e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

OBJETIVO

- Compreender os sentimentos, estigmas e limitações laborais, familiares e sociais do transtorno afetivo bipolar para a pessoa e o familiar cuidador.

MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo, descritivo, em um Centro de Atenção Psicossocial, de porte II, em Teresina (PI), Brasil, com 12 pessoas com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, acompanhadas por técnica de referência, e quatro familiares cuidadores. Incluíram-se pessoas com o diagnóstico de TAB há um ano, com idades de 18 a 60 anos e, em relação aos familiares cuidadores, aqueles maiores de 18 anos e que conviviam há mais de um ano com a pessoa com TAB. Excluíram-se as pessoas com outra morbidade associada e aquelas com dependência química. Ressalta-se que o número de participantes necessário foi estabelecido no campo da pesquisa quando o objetivo do estudo foi atingido. Recrutaram-se os participantes por conveniência.

Obtiveram-se os dados mediante entrevista com roteiro semiestruturado abordando os aspectos sociodemográficos, os estigmas e as limitações laborais, sociais e familiares do TAB. Destaca-se que as entrevistas foram gravadas em dispositivo de áudio MP4 *player* e transcritas, posteriormente, na íntegra. Enfatiza-se que, para garantir o anonimato, os cuidadores foram identificados por pseudônimo de flor e as pessoas com TAB, por letra do alfabeto. Realizou-se a produção dos dados no mês de agosto de 2016.

Analisaram-se os dados mediante a técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Temática, dividida em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação. Realizou-se, na pré-análise, uma leitura exaustiva do material. Elaboraram-se, na exploração do material, as categorias temáticas. Agruparam-se, no tratamento dos resultados e interpretação, os núcleos de significado.⁹

Obedeceram-se aos preceitos éticos da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo este estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do

RESULTADOS

♦ Estigmas e limitações laborais, sociais e familiares da pessoa com transtorno afetivo bipolar do ponto de vista do cuidador

Demonstra-se, no ponto de vista do cuidador, que o TAB inviabiliza a realização plena das atividades diárias, de forma autônoma e independente.

Ela não trabalha, fica só em casa mesmo, lava louça, lava roupa, varre casa. Tudo eu tenho que ficar ensinando, digo: “Mãe, faz aquilo...”. É só cuidar dela, cuidado, atenção, ensinar, porque tem que ensinar a vida pra ela, porque, se ela faz uma coisa hoje, amanhã ela já esquece. Ai tem que ensinar tudo de novo. (CRAVO)

Verificou-se, no que se refere à capacidade do doente mental para o trabalho, a crença na impossibilidade ou a dificuldade desse em estar preparado para exercer seu emprego.

Ele vendia picolé. Ainda hoje ele tem vontade de vender picolé. As pessoas enrolam ele de todo jeito, própria gente da família dele enrola. Ele tem problema de se relacionar socialmente com as pessoas. Ele não é de interagir com as pessoas. Ele é doido pra vender picolé, mas eu não deixo. (ROSA)

Enfatiza-se, em contrapartida, que um cuidador destacou a contribuição do trabalho na melhora do estado de saúde das pessoas com TAB.

Quando ele tá em crise, eu boto ele pra trabalhar. Eu dou forças pra ele trabalhar e lá o pessoal se dá muito bem com ele, tanto os clientes como os funcionários. Sinto que, quando ele está trabalhando, ele fica bem melhor. (MARGARIDA)

Reforça-se a possibilidade, mesmo com o diagnóstico de TAB, de a pessoa levar uma vida normal.

Hoje, ela faz tudo sozinha, é autônoma, faz tudo normal, como uma pessoa normal, com os remédios controlados. Quando a doença tá controlada, não interfere nada não. Agora, quando ela tá em transtorno, atrapalha. (TULIPA)

Mostra-se, na fala abaixo, que as pessoas não levam em consideração as potencialidades dos indivíduos com TAB nem as necessidades de socialização e, muitas vezes, os ignoram, por considerarem que são pessoas especiais.

Algumas pessoas fazem é entrar por um ouvido e sair pelo outro porque sabem que ela é especial, e eu aviso logo para o pessoal que a mamãe é assim porque ela é legal, mas vai em cima. Se ela não gosta, já se

Transtorno afetivo bipolar: sentimentos, estigmas...

defende. Ela não aceita as pessoas falarem as coisas com ela. (CRAVO)

Percebe-se que outras pessoas fora do convívio diário com o doente mental possuem concepções errôneas ou místicas sobre a doença.

Na nossa frente, não tem preconceito, mas muita gente sabe que ela é doente e tratam ela normal. Só tratam, quando tá em crise, por causa do modo de agir. Falavam que ela é doida, doente. A gente se sentia muito mal porque é a família da gente, né? (TULIPA)

Só uma moça que chamou ele de “lelé” e os vizinhos que chamam assim: “E aí, doido?”. Eu nem gosto quando falam assim com ele. Eu me sinto ofendida por ele. Eu não gosto. (MARGARIDA)

♦ Sobrecarga dos cuidadores

Observou-se, de uma maneira uniforme, que o cuidador retrata solidão no acompanhamento de seus familiares com TAB, pois, normalmente, um único membro da família fica com o encargo do cuidado.

Meus irmãos não fazem nada, é só eu e ela. Sexta, sábado e domingo, só saio quando ela dorme. Dentro de uma e duas horas, volto para dentro de casa. O negócio é sério. (CRAVO)

Não, a família dele não acompanha ele. Eu cuido dele, falo: “Tu toma o remédio direitinho!”. E ele vai e toma e ele não bota banca de jeito nenhum. (ROSA)

O jeito foi assumir, né, não? Quando a pessoa gosta, a pessoa tem que lutar! Hoje, só eu cuido dele. (MARGARIDA)

♦ Estigmas e limitações laborais, sociais e familiares da pessoa com transtorno afetivo bipolar do ponto de vista da pessoa com esse transtorno

Reconhece-se que o TAB carrega consigo a marca da cronificação e que as pessoas com esse transtorno sofrem muitos preconceitos dentro da própria família. Identificou-se que a entrevistada abaixo escondeu, por muitos anos, esse transtorno, por medo do estigma e da discriminação.

No início, eu nem sabia o que eu tinha. Eu sentia aquela coisa estranha, aquela vontade de chorar, vontade de ficar sozinha. Não tinha ânimo pra nada. Era uma coisa horrível e isso foi durante dez anos que fiquei sentindo isso sozinha e nunca dizia pra ninguém porque as pessoas, eu imaginava, que ninguém ia acreditar em mim. Quando comecei a sentir isso fui levando, tentando comigo mesma, dizendo que eu não tinha nada pra ninguém perceber, só eu mesmo sentia, era a coisa mais ruim do mundo... (G)

Compreendeu-se, neste estudo, que algumas pessoas com TAB apresentaram limitações laborais e outras não.

Não, não, limita não. (D)

Não, limita não. Mas, às vezes, a gente fala alguma coisa que não deve, fala demais. E, às vezes, uns não compreende. (B)

Às vezes, assim, de tanto passar troco, eu vendo o picolé, eu passo troco bastante. Aí, eu me perco... (A)

Tem dia que eu estou bem, tem dia que eu não estou, tem dia que eu tenho paciência, tem dia que eu não tenho. Tenho problema só com o trabalho porque não tenho disponibilidade pra todo dia tá no mesmo ritmo. (I)

Me atrapalha na questão de trabalho porque eu fico muito nervosa. Eu até consegui, em 2010, um trabalho, só que eu não estava sabendo lidar com aquela rotina do trabalho. Aí, tinha que tomar o remédio. Eu estava esquecendo de tomar o remédio e entrei em crise; aí, fui demitida quando descobriram porque a empresa não sabia. A empresa também tem preconceito porque, na hora que souberam, me demitiram. (H)

Identificou-se que a diminuição da motivação, o isolamento e a retração social foram alguns dos sintomas citados do TAB.

Até em casa mesmo, às vezes, fico sem vontade de fazer as coisas. Só aquela vontade de ficar deitada. (G)

Observou-se, em uma fala, que a construção de um relacionamento amoroso sólido, devido às crises do TAB, é uma limitação.

Limitação só no relacionamento amoroso porque eu começo a me relacionar com uma pessoa e, como a crise não avisa quando vai chegar... aí, de repente, eu estou num relacionamento bacana e vem uma crise. A pessoa que estou me relacionando não está preparada pra isso. Aí, termina atrapalhando o relacionamento e acaba não entendendo. (E)

DISCUSSÃO

Destaca-se que a falta de informação, o preconceito e a discriminação ocorrem devido a crenças negativas acerca dos transtornos mentais, o que leva à rejeição e ao evitamento por parte da maioria das pessoas.⁷ Repercute-se, em geral, o diagnóstico de um membro da família com transtorno mental em abalo e sentimentos de medo, vergonha e tristeza.¹⁰ Destaca-se, dessa maneira, que é de suma importância a família permitir e estimular a inclusão social do indivíduo com TAB, visando a minimizar o preconceito, estigma e receio.

Repercute-se, assim, o TAB em impacto emocional, dificuldades sociais e de desenvolvimento. Acrescenta-se que o diagnóstico de TAB modifica a dinâmica familiar, além de ocasionar estresse e apreensão nos cuidadores, devido às novas responsabilidades ao estigma social arraigado.¹¹

Afirma-se que a sobrecarga de trabalho gera, no familiar cuidador, exaustão física e psíquica, e o acúmulo de tarefas compromete as atividades cotidianas, a exemplo do trabalho, do lazer e do próprio autocuidado.¹² Observou-se, com isso, que o TAB modifica a dinâmica familiar, em decorrência de mudanças na rotina, gastos financeiros, desgaste físico e emocional com o cuidado, por isso, a importância da distribuição de tarefas entre os membros familiares a fim de não sobrecarregar apenas um ente.¹³

Reforça-se que a desconfiança, em relação ao indivíduo com TAB, é observada na área laboral, com incertezas sobre suas capacidades e restrições, o que dificulta, muitas vezes, o acesso dessas pessoas ao trabalho.¹⁴ Enfatiza-se que o apoio familiar, o tratamento contínuo e a inclusão social dessas pessoas são imprescindíveis na melhora da qualidade de vida e do quadro clínico desses indivíduos com TAB.

Compreende-se que o TAB, em alguns casos, torna os doentes incapazes de executarem atividades simples, a exemplo dos afazeres domésticos, higiene pessoal, uso da medicação e preparo da alimentação, ou, quando as realizam, não as executam bem, como foi explicitado no depoimento de Cravo. Salienta-se que, mesmo com as limitações, é relevante estimular essas pessoas a realizarem atividades da vida diária, pois a divisão dos afazeres domésticos é uma terapia eficiente e também uma forma de inclusão.¹⁵

Observou-se, de acordo com o depoimento de Rosa, que o familiar tem o desejo de voltar a trabalhar, mas esse possui dificuldade de interagir socialmente. Acrescenta-se que, em decorrência disso, ela prefere preservá-lo, por receio. Evidenciou-se esse fato em outro estudo, pois, segundo a ótica das famílias, a pessoa com sofrimento psíquico fica desprotegida e indefesa na rua, por isso, preferem preservá-las, mas isso dificulta a inclusão social dessas com TAB.¹⁶

Realça-se que as famílias, muitas vezes, não têm o conhecimento da patologia e não sabem o grau de comprometimento da doença de seus entes.¹⁶ Entende-se que, além de compreender que o indivíduo com transtorno mental possui problemas e dificuldades na vida social, é necessário considerar suas potencialidades.¹⁷ Afirma-se que a possibilidade de o indivíduo se sentir incluído na sociedade decorre da participação dele em uma rede de produção e consumo, sendo a atividade laboral um meio de

ocupar a mente, produzir vínculos, gerar satisfação, prazer e melhorar a autoestima.¹⁸

Notou-se, entretanto, que alguns indivíduos com TAB deixam de exercer seu poder participativo nas conversas, diálogos e assuntos do cotidiano, devido às características da doença ou em decorrência do quadro clínico, principalmente, quando não há o tratamento contínuo, ou até mesmo em decorrência da concepção preconceituosa e da falta de credibilidade por parte das pessoas por acreditarem que os indivíduos com transtorno mental são incapazes e incompetentes.¹⁹

Identificou-se que o medo e a vergonha, atrelados à insegurança e à imprevisibilidade de comportamento das pessoas com TAB, corroboram o desgaste psicológico dos cuidadores. Adiciona-se que a rejeição e o abandono da pessoa com TAB, por parte de alguns familiares, também ocorrem por impaciência e desinformação acerca desse transtorno mental.²⁰⁻²¹

Averiguou-se que o estigma desestimula as pessoas com TAB a buscarem ajuda, por medo de serem rotuladas, o qual se configura como principal barreira para que essas pessoas procurem serviços especializados e deem continuidade ao tratamento por medo de sofrerem represálias socialmente. Sabe-se que o estigma e a discriminação podem aumentar os níveis de angústia, estresse e diminuir o funcionamento psicossocial das pessoas com TAB, potencializando os sentimentos de raiva, tristeza, desencorajamento, baixa autoestima e, consequentemente, a diminuição do investimento, por parte do doente, no seu processo de recuperação, o que destaca a importância do apoio familiar e da efetividade das redes de atenção psicossocial para minimizar essas barreiras.²²

Evidenciou-se que o descrédito, em relação às capacidades e potencialidades das pessoas com TAB, gera situação de dependência econômica.¹⁶ Frisa-se que, apesar de o TAB cursar com fases de mania e depressão, o tratamento efetivo e contínuo controla tais comportamentos, melhorando a vida social e laboral dessas pessoas.²³

Enfatiza-se que as pessoas com TAB possuem prejuízos nas relações familiares e amorosas devido a apresentarem emoções instáveis, oscilatórias, imprevisibilidade e inconstância. Verifica-se que, durante os episódios maníacos, esses indivíduos aparentam ter mais prejuízos, colocando em risco o convívio interpessoal, relacionamentos íntimos e, até mesmo, a segurança daqueles que o cercam, ressaltando que o tratamento adequado e a realização de terapias cognitivo-comportamentais são fundamentais para minimizar essas condutas.²⁴

CONCLUSÃO

Identificou-se, contudo, que o TAB é visto com preconceito e carrega vários estigmas sociais, gerando abalos emocionais, como vergonha, medo, raiva e tristeza, tanto para os familiares cuidadores quanto para as pessoas com TAB. Observou-se que alguns familiares cuidadores possuem conhecimento sobre a importância da inserção social das pessoas com TAB para aumentar a autoestima e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas com transtorno.

Constatou-se que esses estigmas arraigados, em relação aos transtornos mentais, desestimulam as pessoas com TAB a buscarem ajuda, por receio de serem rotuladas, o que dificulta o diagnóstico precoce e a continuidade do tratamento. Compreende-se, de fato, que a desinformação das pessoas acerca da saúde mental é marcante no Brasil e isso contribui para que os estereótipos de doidos e loucos sejam comumente empregados, de forma desrespeitosa, a quaisquer pessoas com problema mental.

Percebeu-se que as fases de mania e depressão, características do TAB, ocasionaram, em alguns indivíduos, limitações laborais, sociais e familiares, pois alguns foram demitidos do trabalho, não conseguiam fazer simples afazeres domésticos, quando estavam em crise, além de apresentar dificuldade em estabelecer vínculos amorosos duradouros. Verificou-se, também, que o TAB gera sobrecarga física e emocional ao familiar cuidador.

Sugere-se que a saúde mental precisa ser trabalhada na comunidade, por meio de educação em saúde, a fim de desmistificar falsas crenças e estereótipos relacionados aos transtornos mentais, no intuito de facilitar a terapêutica, melhorar a qualidade de vida e possibilitar a inserção social das pessoas com TAB.

REFERÊNCIAS

1. Dalgalarondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3th ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
2. Machado D, Soares MRZ, Costa RS. Avaliação de uma intervenção em grupo baseada na terapia de aceitação e compromisso para indivíduos diagnosticados com transtorno bipolar. Contextos Clín. 2019 Jan/Apr;12(1):26-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2019.121.02>
3. Zapata CPM, Villa MP, Morales KJR, Arenas AAQ, Febrys ICU, Gómez MLÁ. Características demográficas, de salud, necesidades de cuidado y diagnósticos de enfermería de personas hospitalizadas que sufren trastorno afectivo bipolar. Investig enferm. 2019 Jan/June;21(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.cdsn>

4. Bridi KPB et al. Differences in coping strategies in adult patients with bipolar disorder and their first-degree relatives in comparison to healthy controls. *Trends psychiatry psychother.* 2018 Oct/Dec;40(4):318-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0140>
5. Silva RC, Santos VC, Mochizuki AB, Anjos KF. Transtorno afetivo bipolar: terapêuticas, adesão ao tratamento e assistência de enfermagem. *Rebrasf [Internet]*. 2017 June [cited 2019 June 18];1(1):10-21. Available from: <http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF/article/view/848/669>
6. Bosaipo NB, Borges VF, Juruena MF. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2017 Jan/Feb;50(Supl.1):72-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p72-84>
7. Prado AL, Bressan RA. O estigma da mente: transformando o medo em conhecimento. *Psicopedagogia [Internet]*. 2016 [cited 2019 June 18];33(100):103-9. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v33n100/12.pdf>
8. Rocha FL, Hara C, Paprocki J. Doença mental e estigma. *Rev méd Minas Gerais*. 2015;24(4):596-98. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150127>
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14th ed. São Paulo: Hucitec;2014.
10. Vicente JB, Mariano PP, Buriola AA, Paiano M, Waidman MAP, Marcon SS. Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos familiares. *Rev gaúch enferm.* 2013;34(2):54-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200007>
11. Granek L, Danan D, Bersudsky Y, Osher Y. Hold on Tight: coping strategies of persons with Bipolar Disorder and Their Partners. *Family Relations*. 2018 Dec;67(5):589-99. DOI: <https://doi.org/10.1111/fare.12328>
12. Kebbe LM, Rose LBR, Fiorati RC, Carretta RYD. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. *Saúde debate*. 2014;38(102):494-505. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140046>
13. Costa GM, Pessôa CKL, Soares CA, Rocha SAM. A importância da família nas práticas de cuidado no campo da Saúde Mental. *Cadernos ESP [Internet]*. 2014 [cited 2019 June 16];8(1):41-57. Available from: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/106/85>
14. 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 July;33(6):1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00050016>
15. Mitre ANM. A loucura em diferentes épocas: a convivência da família com o portador de transtorno mental. *Mental [Internet]*. 2017 [cited 2019 June 15];11(20):4-28. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n20/v11n20a02.pdf>
16. Carvalho Júnior ACN, Amparo DM, Nogueira RN. O grupo de escuta como um dispositivo clínico em um centro de atenção psicossocial (CAPS II). *Psicol clín.* 2019 Jan/Apr;31(1):123-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0031n01A06>
17. Jardim VMR, Kantorski LP, Oliveira MM, Treichel CAS, Rodrigues CGSS, Dias LV. Limitações de comportamento social entre usuários da Rede de Atenção Psicossocial no sul do Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(5):1371-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015205.15262014>
18. Vechi LG, Chiroso OS, Prado JNC. A inserção social pelo trabalho para pessoas com transtorno mental: uma análise de produção científica. *Rev Psicol Saúde*. 2017 Jan/Apr;9(1):111-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v9i1.368>
19. Nascimento LA, Leão A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *Hist ciênc saúde-Manguinhos*. 2019 Jan/Mar;26(1):103-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702019000100007>
20. Nascimento KC, Kolhs M, Mella S, Berra E, Olschowsky A, Guimarães AN. The family challenge in for people care suffering from mental disorder. *J Nurs UFPE on line*. 2016 Mar;10(3):940-8. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2016.1003201601>
21. Santos CF, Eulálio MC, Barros PM. O sentido do cuidar para familiares de pessoas com transtorno mental. *Mudanças*. 2015;23(2):25-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v23n2p27-35>
22. Oliveira ARF, Azevedo SM. Estigma na doença mental: estudo observacional. *Rev port med geral fam [Internet]*. 2014 [cited 2019 June 16];30(4):227-34. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v30n4/v30n4a04.pdf>
23. Motizuki CS, Mariotti MC. Percepções de indivíduos com transtornos mentais e familiares sobre o desempenho ocupacional: contribuições da terapia ocupacional. *Rev ter ocup.* 2014;2(supl.25):101-10. DOI:

<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i2p100-110>

24. Malta DL, Cafieiro GM. Transtorno Afetivo Bipolar: fragilidade nas relações afetivas. Rev Brasileira de Ciências da Vida [Internet]. 2018 Dec [cited 2019 July 10];6(1):1-12. Available from: <http://jornal.faculdadecienciasdavid.com.br/index.php/RBCV/article/view/443>

Correspondência

Jefferson Abraão Caetano Lira
E-mail: j.abraaolira@gmail.com

Submissão: 29/06/2019

Aceito: 16/07/2019

Copyright© 2019 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.