



**FUNDAÇÃO PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – FUPAC  
FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS DE UBÁ  
GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**MAÍSA MORFÓRIO DA CRUZ**

**O QUE MUDOU NA ABORDAGEM DOS PACIENTES COM  
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR APARTIR DA REFORMA  
PSIQUIATRICA**

**UBÁ  
2013**

**MAÍSA MORFÓRIO DA CRUZ**

**O QUE MUDOU NA ABORDAGEM DOS PACIENTES COM  
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR APARTIR DA REFORMA  
PSIQUIATRICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Faculdade Presidente Antônio Carlos – FAPAC, como  
requisito parcial para obtenção do título de Psicólogo.

Orientadora: Cristiane Berriel Veroneze, professora  
especialista

**UBÁ  
2013**

## ***RESUMO***

Este artigo fez uma revisão bibliográfica acerca do movimento de mudança na assistência aos pacientes com transtornos mentais e de discurso na cultura, visando a modificação do conceito e trato da loucura na sociedade, o qual foi chamado de Reforma Psiquiátrica. Neste contexto, pretendeu-se averiguar se com as mudanças implementadas pela Reforma Psiquiátrica e o uso adequado dos fármacos, os portadores de Transtorno Afetivo Bipolar passaram a ter condições de realizar suas atividades cotidianas e se reabilitarem psicossocialmente. Conforme o exposto pela revisão bibliográfica deste artigo, concluiu-se que o paciente que desenvolve um quadro clínico de TAB não necessita ser afastado do convívio social, pois existem formas de abordagem que permitem a sua inserção na sociedade. O tratamento farmacológico, a atuação da equipe multidisciplinar e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) fizeram com que os pacientes portadores de TAB tivessem uma melhora significativa na sua qualidade de vida, o que demonstra a sua capacidade de socialização e suas consequências, como o exercício da vida laborativa.

**Palavras-Chave:** Transtorno Afetivo Bipolar. Reforma Psiquiátrica. Reinserção social.

## INTRODUÇÃO

Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, defendeu ideias em sua área de atuação que entraram para a história, dado o seu conteúdo revolucionário. Após uma sistemática observação de doentes mentais, Pinel experimentou libertá-los das correntes e prisões dentro dos manicômios (AMARANTE, 2007).

Amarante (2007) destaca que este acontecimento foi muito importante para a medicina, principalmente para o campo da saúde mental e da psiquiatria. Na época, Pinel propôs o chamado 'tratamento moral', o termo "moral" se situa aí porque para tratar, usava-se banhos gelados, treinamentos de comportamentos, castigos e punições para exercer a conduta moralmente correta e terem "a razão" devolvida às suas mente e o isolamento para a cura dos transtornos psiquiátricos Pinel dizia que os loucos teriam adoecido devido ao seu ambiente. portanto, o tratamento moral deveria ser feito dentro do hospital, fora do convívio de outras pessoas que poderiam prejudicar o tratamento, além de contribuir também elaborando uma classificação das perturbações mentais.

Uma contribuição foi a consolidação do conceito de Alienação ou seja apartado da razão, alienado do mundo racional e a criação de hospitais, que inicialmente eram empregados para abrigar mendigos, miseráveis e doentes que necessitavam de assistência social, como os leprosos e os loucos. Atualmente, os hospitais são instituições de assistência e cuidado em saúde e não têm mais essa característica essencialmente assistencialista (AMARANTE, 2007).

Amarante (2007) explica que com o passar do tempo e o aumento de miseráveis e loucos na França, o Hospital Geral surgiu no século XVII como solução para ordenar a sociedade. Michel Foucault chamou o Hospital de 'O Grande Enclausuramento', definindo-o como novo lugar social para o louco e a loucura na sociedade ocidental.

Com a criação do Hospital Geral, as internações passaram a ser determinadas por autoridades reais e judiciais que, ao lado do poder constituído, decidiam, julgavam e executavam. (CASTEL, 1978) Ao longo das décadas foram criadas algumas estratégias para melhorar a qualidade de vida desses pacientes, visando a substituição progressiva dos manicômios, como as colônias com trabalhos terapêuticos.

Entretanto, foi somente no século XX que se propôs a real substituição do modelo manicomial, construindo-se aos poucos estratégias de cuidado e acolhimento para além dos muros dos hospitais, nas ruas das cidades, nas instituições abertas e dentro das comunidades. Este movimento de mudança na assistência aos pacientes com transtornos mentais e de discurso na cultura, visando a modificação do conceito e trato da loucura na sociedade foi chamado de Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2007).

De acordo com Amarante (2007), a Reforma implementada teve como pressuposto a desospitalização. Os enfermos passaram a ser atendidos através de apoio terapêutico, bem como as suas famílias, de modo a facilitar sua reinserção social.

Neste contexto, diante da complexa questão do cuidado com a saúde mental, tem-se como exemplo os portadores do Transtorno Afetivo Bipolar – TAB, um transtorno mental que estatisticamente tem afetado milhões de pessoas, o que impele a cuidados. Segundo Menezes e Souza (2010), é estimado que a bipolaridade possa afetar em torno de 1% da população geral, o que tem grande representatividade em termos de controle coletivo.

Dessa forma, tendo em vista a gravidade dos sintomas e a sua grande incidência, pretendeu-se averiguar se com as mudanças implementadas pela Reforma Psiquiátrica e o uso adequado dos fármacos, os portadores de Transtorno Afetivo Bipolar passaram a ter condições de realizar suas atividades cotidianas e se reabilitarem psicossocialmente.

## **2 A REINSERÇÃO SOCIAL DOS PORTADORES DO TAB E A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO**

Cheniaux (2011) aponta que o tratamento de indivíduos com transtorno bipolar é uma tarefa altamente complexa, uma vez que envolve estratégias distintas para lidar com as diferentes fases da doença, sendo que a mania, a depressão e a eutimia, que apesar de ser uma fase de equilíbrio no humor ; exigem abordagens distintas. A agência americana responsável pelo controle de medicamentos e alimentos, a *Food and Drug Adminis ( Departamento de programas internacionais )* - FDA, aprovou o uso do lítio, a clorpromazina, a carbamazepina, o divalproato e antipsicóticos atípicos como a risperidona, a olanzapina, a quetiapina, a ziprasidona, o aripiprazol e, mais recentemente, a asenapina, para o tratamento da mania. O FDA recomenda a combinação de olanzapina-fluoxetina e quetiapina para lidar com a depressão bipolar.

O autor esclarece ainda que o FDA sugere para o tratamento de manutenção o lítio, a olanzapina, o aripiprazol e a lamotrigina. Todas essas substâncias, exceto a clorpromazina,

demonstraram sua eficácia por meio de estudos clínicos realizados de forma séria, com grandes amostras, randomizados, duplo-cegos e também controlados por placebo.

De acordo com Lotufo Neto (2004) o transtorno bipolar é eminentemente de origem biológica, sendo tratável com medicamentos capazes de controlar o humor do paciente. A psicoterapia é capaz de contribuir para o tratamento, contudo, é pouco explorada. É importante destacar que o TAB é uma doença crônica, que necessita de acompanhamento e controle por toda a vida. Diante disso, valer-se da psicoterapia é de grande valia, uma vez que representa um *plus* no tratamento, não se utilizando apenas medicamentos. O TAB é ainda influenciável pelo stress e tem consequências psicossociais e interpessoais, o que reduz a qualidade de vida do paciente. Uma parcela significativa de portadores de TAB não tem boa resposta aos tratamentos convencionais, apresentando oscilações ao longo da vida, apesar de adequadamente tratados. A estigmatização social, a desmoralização, os problemas da família e as dificuldades e conflitos psicodinâmicos também são problemas enfrentados pelos pacientes.

Prosseguindo, Amarante (2007) diz que ao longo do tempo, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes com TAB, foram desenvolvidas medidas para humanizar ,tais como as colônias com trabalhos terapêuticos, alguns movimentos da Reforma Psiquiátrica, como a Comunidade Terapêutica, a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva. De acordo com o autor, o principal feito obtido com a Reforma Psiquiátrica foi a desospitalização dos pacientes com transtornos mentais, o que levou ao desenvolvimento de ações substitutivas, como o atendimento através de apoio terapêutico para os pacientes e suas famílias.

Amarante (2007, p. 109) ainda afirma que “as transformações promovidas pelo processo da Reforma Psiquiátrica bem como o desenvolvimento dos psicofarmacos trouxeram para estes pacientes maior qualidade de vida e condições de realizarem normalmente suas atividades”.

Segundo o *Instituto Nacional de Saúde Mental* (2008, p. 01):

o Transtorno Bipolar, também conhecido como doença maníaco-depressiva, é um transtorno mental que causa mudanças incomuns do humor, energia, níveis de atividade e da habilidade de realizar as tarefas do dia-a-dia. Os sintomas do Transtorno Bipolar são graves, diferentes dos altos e baixos que todos passamos de tempos em tempos. Os sintomas do Transtorno Bipolar podem resultar em relacionamentos prejudicados, desempenho insatisfatório no trabalho e na escola e até mesmo suicídio. Entretanto o Transtorno Bipolar pode ser tratado e portadores deste transtorno podem viver vidas plenas e produtivas.

De acordo com Sanches e Jorge (2004) o modo como se lida com os transtornos mentais tem influência de aspectos étnicos e culturais porém estudos abordando esta questão no tratamento do TAB são escassos. Os autores citam como exemplo os Estados Unidos, onde pacientes psiquiátricos negros parecem apresentar uma maior probabilidade de receberem medicação psicotrópica suplementar ou de serem submetidos à contenção física quando internados. Um estudo feito com o objetivo de verificar a utilização de psicofármacos demonstrou que adolescentes afro-americanos internados com diagnóstico de TAB estavam duas vezes mais sujeitos a receberem antipsicóticos que pacientes caucasianos diagnosticados com o mesmo problema. Esta é uma situação que possivelmente indique a superestimação da presença de sintomas psicóticos em indivíduos negros.

Sanches e Jorge (2004, p. 01) explicam que:

estudos farmacogenéticos sugerem a existência de diferenças na resposta terapêutica do TAB relacionadas a determinados genótipos, alguns dos quais certamente ligados a etnias específicas. Esses aspectos apontam a existência de aspectos transculturais do tratamento medicamentoso do TAB.

De acordo com Menezes e Souza (2010), o quadro de TAB possui aspectos biológicos e genéticos, portanto requer a utilização de medicamentos como o lítio, anticonvulsivantes, antipsicóticos e antidepressivos, indispensáveis para seu tratamento.

Os referidos autores destacam ainda que existem estudos que apontam a causalidade psíquica como fator importante do TAB e evidências crescentes sugerem a possibilidade de o curso do transtorno bipolar ser modificado por meio de abordagens psicoterápicas como Psicoeducação, Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), Terapia de Ritmo Social e Terapia Focada na Família.

De acordo com Menezes e Souza (2010) o TAB é uma patologia mental crônica, complexa e com elevados índices de morbidade e mortalidade, sendo caracterizada por episódios de mania ou hipomania, alternados com períodos de depressão e/ou eutimia. Os referidos autores apontam ainda que existem estimativas de que cerca de 1% a 5% da população mundial sofre de bipolaridade, cujas primeiras manifestações ocorrem na adolescência, mais especificamente entre os 18 e 22 anos.

Menezes e Souza (2010) esclarecem que as intensas variações de humor dos portadores de TAB dificultam até mesmo o sua atividade laboral.

É alto o índice de tentativa de suicídio, principalmente em pacientes que não aderem ao tratamento. Nota-se que os fatores psicossociais, o stress social, familiar, laborativo e psicológico também têm influenciado para o desenvolvimento da doença.

Menezes e Souza (2010) evidenciam ainda que o melhor tratamento para os portadores de TAB é obtido com a associação entre psicofármacos e estratégias psicoterápicas. Existem estudos que comprovam a eficiência desta medida, demonstrando que os pacientes reagem muito melhor quando tratados desta forma, apresentando uma melhor adesão ao tratamento, e diminuindo consideravelmente as crises e a necessidade de hospitalização.

Ao contribuir para o assunto, Volpato Cordioli (2007) diz que o TAB tem origem em alterações biológicas, mas também ressalta que o transtorno é influenciado por fatores ambientais e sociais. O tratamento do TAB inclui uma gama de fatores terapêuticos, nos quais estão as intervenções biológicas, como o de uso de medicamentos; o uso de psicoterapias e as estratégias de intervenção psicossocial. Além disso, o trabalho de reinserção social é indispensável a estas pessoas, no que toca ao seu tratamento.

Kaplan e Sadock (2007) acrescentam que muito embora as psicoterapias tenham contribuído para a melhoria das abordagens terapêuticas que visavam tratar o transtorno depressivo maior, foi a utilização de medicamentos que contribuiu consideravelmente no tratamento dos transtornos do humor.

Kaplan e Sadock (2007) ressaltam que os médicos precisam conciliar o uso de medicamentos com intervenções psicoterapêuticas. E os médicos que tratam os transtornos de humor como apenas decorrentes de temas psicodinâmicos podem mostrar-se ambivalentes quanto ao emprego de medicamentos, o que pode causar uma resposta insatisfatória, resultando em uma falta de adesão ao tratamento. Por outro lado, se o médico ignorar as necessidades psicossociais do paciente, o resultado da farmacoterapia pode ser comprometido.

Segundo observação de Volpato Cordioli (2007), entre as décadas de 1960 e os anos 2000, poucos estudos em psicoterapia sobre o TAB foram desenvolvidos, contudo, apontam a superioridade da psicoterapia aliada ao tratamento farmacológico sobre o tratamento convencional. Tais estudos indicaram ainda que a intervenção psicossocial pode ter impacto considerável no tratamento do TAB. O tratamento farmacológico somente apresenta limitações, tendo em vista a complexidade do transtorno, o que se verifica até mesmo na nomeação e categorização da doença nos manuais psiquiátricos.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, representada pela sigla CID, atualmente em sua décima edição (CID10), estabelece códigos representativos das doenças e a cada estado de saúde é atribuído uma categoria e código correspondente, que contém até 6 caracteres. Tais categorias podem incluir um conjunto de doenças semelhantes. A CID é organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo utilizada para indicar estatísticas de morbidade e de mortalidade.

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, conhecido como DSM-IV classifica dois tipos de Transtorno Afetivo Bipolar. O Transtorno Bipolar do Humor Tipo I, onde a maioria dos episódios de alteração do humor são do tipo euforia e o Transtorno Bipolar do Humor Tipo II, predominando os episódios depressivos.

De acordo com Ballone (2005), a característica essencial do Transtorno Bipolar Tipo I apontada pelo DSM-IV é um curso clínico caracterizado pela ocorrência de um ou mais Episódios Maníacos ou Episódios Mistos. Com frequência, os indivíduos também apresentaram um ou mais Episódios Depressivos Maiores. Já em relação ao Transtorno Bipolar Tipo II, sua característica essencial é um curso clínico marcado pela ocorrência de um ou mais Episódios Depressivos Maiores, acompanhados por pelo menos um Episódio Hipomaníaco.

Ainda de acordo com Ballone (2005), o tratamento do TAB tem por objetivo em excelência, manter o paciente em eutímia, ou seja, com remissão dos sintomas e equilíbrio do seu estado de humor. Esse equilíbrio faz com que o paciente retorne às suas atividades diárias, à sua rotina, ocorrendo a integração funcional de sua vida emocional, social e laboral.

O referido autor ainda acrescenta que com a compreensão, a adesão e a aceitação da doença o paciente melhora sua qualidade de vida. O tratamento farmacológico associado às abordagens psicossociais tem demonstrado resultados positivos no quadro de pacientes com TAB.

Nesta perspectiva Volpato Cordioli (2007) afirma que cada vez mais o papel da equipe multidisciplinar tem se tornado necessário, desde a avaliação e diagnóstico até o tratamento do TAB. O objetivo da equipe multidisciplinar é indicar o melhor tratamento para o paciente, levando em consideração o seu quadro clínico, seu ambiente social, familiar e cultural. Neste contexto, os pacientes terão condições de entender melhor sua doença, seus sintomas e a melhor forma de lidar com eles.

### **3 A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DO TAB**

De acordo com Vieira et. al. (2004), a equipe multidisciplinar possui várias funções no tratamento do paciente bipolar. E embora existam poucos estudos que tenham avaliado de forma controlada e sistemática a eficácia da abordagem multidisciplinar no TAB, é possível verificar vantagens e desvantagens na associação de mais de uma técnica de tratamento. Torna-se válido ressaltar que qualquer plano de tratamento multidimensional deve ser baseado

em intervenções embasadas na definição dos problemas e dos objetivos a serem alcançados. Como regra geral, inúmeras funções exercidas pela equipe multidisciplinar relacionam-se diretamente com o curso e prognóstico do TAB.

Estes estudiosos (2004) salientam ainda que a abordagem multidisciplinar no tratamento do TAB é essencial desde o primeiro contato com o paciente, na avaliação inicial. É importante, prioritariamente, estabelecer o possível diagnóstico multiaxial <sup>1</sup> (baseado em eixos), a lista de problemas vistos tanto pelo paciente como pela família e as metas do tratamento. Posteriormente, a avaliação da aliança terapêutica alcançada pelo paciente, da adesão e progresso no tratamento com a equipe trazem a possibilidade de uma avaliação da eficácia da intervenção proposta. O bom vínculo terapêutico ainda é a melhor forma de se chegar a um bom prognóstico. A educação para a doença, a identificação e manejo de comorbidades, bem como o estímulo para mudanças positivas no estilo de vida do paciente e sua família são importantes papéis exercidos pela equipe multidisciplinar no tratamento de pacientes com transtornos de humor.

Prosseguindo, Vieira et. al. (2004) destacam ainda que outro aspecto a ser avaliado pela equipe multidisciplinar é o modelo de suporte social disponível ao paciente com TAB, que se relaciona com a diversidade de opções e facilidade de acesso aos serviços de saúde para o tratamento do transtorno. Deve-se oferecer ao paciente e sua família opções terapêuticas como hospitais-dia, grupoterapia, acompanhamento individual e acesso facilitado ao sistema de saúde, incluindo referências e contra-referências. Desta forma, a atuação de uma equipe multidisciplinar no tratamento dos pacientes com TAB e o fácil acesso à medicação de forma sistemática e continuada podem melhorar o prognóstico.

### 3.1 Abordagens utilizadas pela equipe multidisciplinar

<sup>1</sup> O diagnóstico multiaxial do DSM IV trabalha com 5 eixos:

EIXO	ANOTAÇÕES
EIXO 1-	- Motivo principal da consulta
EIXO 2-	- Transtornos de personalidade, mecanismos de defesa ou retardo Mental
EIXO 3-	- Doença orgânica relacionada ao transtorno Mental
EIXO 4	- Questões Psicossociais relevantes
EIXO 5	- Nota sobre o funcionamento Global do Sujeito

Segundo Vieira et. al. (2004), nos últimos anos, pesquisadores têm realizado estudos avaliando a eficácia de diversos tratamentos psicossociais associados à farmacoterapia para pacientes com TAB. Várias razões para o uso adicional de tratamento psicossocial têm sido demonstradas, tais como a elevada taxa de não-aderência e recaídas pelo uso somente de medicação.

Vieira et. al. (2004) esclarecem que as abordagens psicossociais tem como característica principal a interação técnica e empática entre o paciente, família e a equipe multidisciplinar, auxiliando na recuperação funcional global do paciente. Tal abordagem diminui o estresse vital, monitora para identificação de sintomas precoces e melhora a aderência medicamentosa. Também facilitam a aceitação da doença e a aderência ao tratamento farmacológico através de mudanças no estilo de vida, prevenindo, assim, o surgimento de novos episódios. Outras abordagens estimulam o paciente a lidar com conflitos e eventos de vida negativos, enfatizando as características positivas do paciente fora da doença. Outro ponto bastante relevante é o aumento do conhecimento sobre a doença e até mesmo da prevenção de crises, o que acaba sendo possibilitado pela identificação e tratamento adequado de sintomas prodrômicos e residuais interepisódicos.

Atualmente, as intervenções mais utilizadas para o tratamento de pacientes com TAB são a Psicoeducação, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Terapia Focada na Família (SANTIN ET. AL., 2005).

Santin et. al. (2005) explicam que estudos clínicos mostraram diferenças significativas entre os grupos que receberam intervenção e controle. No grupo tratado com psicoeducação houve redução significativa no número de recaídas e recorrências da doença, aumento do tempo de aparecimento de sintomas hipomaníacos, maníacos, depressivos e episódios mistos, além da diminuição do número e do tempo de permanência nos hospitais.

De acordo com Santin et. al. (2005), o processo de psicoeducação contribui para o fato importantíssimo que é o aumento do conhecimento do paciente em relação à sua doença e ao medicamento, o que melhora sua qualidade de vida nos domínios físico e social, diminuindo os sintomas psiquiátricos, reduzindo as recaídas e aumentando a adesão.

Ao contribuir para o assunto, Vieira et. al. (2004) esclarecem que a Psicoeducação contribui para o aumento da adesão ao tratamento, melhorando o prognóstico dos pacientes com TAB.

A Psicoeducação procura explicar ao paciente o que é o transtorno e quais seus tratamentos, o que contribui para a identificação precoce dos sintomas, especialmente relacionados à mania. A abordagem psicoeducacional presta um apoio continuado e estratégias para a solução dos problemas, além de oferecer um suporte social. Sobre este

aspecto, Knapp e Isolan (2005) explicam que um dos principais objetivos da psicoeducação é a adesão à medicação, que tem como objetivo dar aos pacientes informações sobre a natureza e o tratamento do transtorno bipolar, provendo ensinamentos teóricos e práticos que auxiliam na compreensão da doença. Em seu trabalho Santin et. al. (2005) descrevem que a TCC melhora as condições do paciente com TAB, ao passo que aumenta a adesão ao medicamento, o que diminui as hospitalizações.

Vieira et. al. (2004) evidenciam que a Terapia Interpessoal é um modelo de terapia breve que relacionam o stress, os acontecimentos de vida e o comprometimento social com o TAB. Falam acerca da importância da noção de Ritmo Social e demonstram que fatos do cotidiano podem desencadear episódios maníacos e depressivos através de alterações nos padrões de sono, alimentação, trabalho e exercício. Assim, o estímulo e educação do paciente para lidar com seus horários de forma mais responsável e organizada auxilia no tratamento. A manutenção de uma rotina diária regular, incluindo horários para dormir e acordar ajuda a prevenir episódios maníacos.

Santin et. al. (2005) acrescentam que a terapia focada na família tem sido um recurso que auxilia na melhora do prognóstico e curso da doença, diminuindo as crises depressivas e maníacas, bem como oferecendo medidas protetivas contra as recorrências de crises depressivas.

De acordo com Vieira et. al. (2004), a técnica de terapia familiar no TAB é considerada uma adaptação da mesma abordagem realizada na esquizofrenia. A terapia familiar busca diminuir o grau de estresse na família, o que pode contribuir para induzir crises nos pacientes com TAB. Este tratamento inclui o desenvolvimento de formas de se lidar com a doença e seus sintomas, procurando evitar uma recaída e inclui a aplicação de comunicação exemplar para a resolução dos problemas, psicoeducação e técnicas de prevenção, como a identificação precoce dos sintomas.

Em seu trabalho Kaplan e Sadock (2007) descrevem que o tratamento dos transtornos do humor deve ter como objetivos a garantia de segurança do paciente, uma completa avaliação diagnóstica e um plano de tratamento que aborde não apenas os sintomas imediatos, mas também o seu futuro. Atualmente se verifica uma série de acontecimentos do cotidiano capazes de contribuir para a recaída do pacientes com TAB, assim, é preciso que o tratamento procure reduzir o número e a severidade dos estressores na vida do paciente.

Kaplan e Sadock (2007) afirmam ainda que o tratamento dos transtornos de humor é gratificante para o psiquiatra. Veem-se resultados efetivos. Atualmente há tratamentos específicos para episódios tanto maníacos quanto depressivos. Uma vez que o prognóstico

para cada episódio é bom, há razão para o otimismo, tanto do paciente quanto de sua família, mesmo que os resultados iniciais do tratamento não sejam promissores.

Ainda assim, como a literatura científica nos aponta, (SANTIN *et al.*, 2005; VIEIRA *et al.*, 2004; KAPLAN E SADOCK, 2007), os transtornos do humor são crônicos e o paciente e a família devem ser aconselhados acerca de estratégias futuras de tratamento, sempre pensando em uma qualidade de vida a longo prazo.

#### **4 AS CONTRIBUIÇÕES DO TRABALHO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO CAPS PARA OS PORTADORES DE TAB**

Segundo Camatta *et al.* (2011), o campo da saúde mental brasileira vem desde o final do século XX sofrendo importantes transformações nas políticas, na organização dos serviços e nas práticas de saúde. Esse período tem se mostrado vantajoso para a constituição de um novo paradigma de saúde mental, pautado nos direitos humanos e na defesa e exercício da cidadania, constituindo o que se chama de Atenção Psicossocial, que tem como objetivo a substituição do Modo Asilar pelo Modo Psicossocial, que procura efetivar a reinserção social do paciente.

Estes estudiosos destacam que os pressupostos do modo psicossocial foram incorporados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, influenciada diretamente pelo movimento da Psiquiatria Democrática Italiana. Seus princípios têm se materializado no contexto brasileiro por meio de decretos do Ministério da Saúde e também pela criação de novos serviços de assistência e cuidado em saúde mental. Quanto aos aspectos teórico-práticos do campo da atenção em saúde mental, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais são novos dispositivos que propõem novas formas de intervenção e têm sido adotados pelo Ministério da Saúde como os articuladores da rede de atenção em saúde mental, com o intuito de prestar cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico e sua família em um dado território, visando a substituição do modelo hospitalocêntrico (CAMATTA, 2011).

Nesta mesma linha de pensamento e atuação estão Pande e Amarante (2011) ao descreverem que, tradicionalmente, a psiquiatria entende que os transtornos mentais têm caráter crônico. Assim, os aspectos de degeneração da doença mental lhe são inerentes e, ao promover o isolamento dos pacientes, as instituições psiquiátricas tradicionais acabam por contribuir para o agravamento do quadro dos pacientes.

Pande e Amarante (2011) seguem dizendo que a Reforma Psiquiátrica brasileira subentende que a instauração de novos serviços, de portas abertas, de base territorial, com maior interlocução com a comunidade, proporcionaria um curso diferente daquele atribuído à suposta doença mental. No entanto, fazem uma ressalva que não se pode deixar passar desapercibida: a de que com o surgimento dos novos serviços, não há o desaparecimento completo do risco da chamada institucionalização, devendo sempre haver a reflexão sobre a nova cronicidade. Não se pode negar que tais serviços podem criar novas formas de institucionalização, cronificação ou até mesmo manicomialização.

Ballarin et. al. (2011) expõe que a implantação gradual de diferentes serviços de assistência à saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), os Centros de Convivência, as Cooperativas e Oficinas de Trabalho demonstram o quanto o processo da Reforma Psiquiátrica vem caminhando a passos largos no Brasil.

Conforme se infere, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem um papel de destaque na reabilitação psicossocial dos portadores de TAB, uma vez que lhes proporciona um tratamento mais humanizado e próximo da família e da sociedade, sem a necessidade da internação nos hospitais psiquiátricos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, o campo da saúde mental apresenta uma relação direta com a saúde coletiva, ao passo que as práticas clínicas e sociais que visam lidar com as ocorrências relacionadas aos problemas decorrentes do sofrimento mental levam em consideração o meio em que o indivíduo vive.

Conforme considerado e visto, os estudiosos como Amarante, Ballone, Camatta, Santin, Kaplan e Sadock, dentre outros, afirmam unanimemente que a compreensão das causas e das consequências do transtorno afetivo bipolar – TAB é muito importante para se determinar o tipo de tratamento necessário ao paciente. É importante destacar que a medicina evoluiu consideravelmente desde que se começou a diagnosticar a existência de problemas mentais, entretanto, ainda existem muitos estigmas a serem superados.

Conforme o exposto pela revisão bibliográfica deste artigo, o paciente que desenvolve um quadro clínico de TAB não necessita ser afastado do convívio social, pois existem formas de abordagem que permitem a sua inserção na sociedade. O tratamento farmacológico, a atuação da equipe multidisciplinar e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) fizeram com que os pacientes portadores de TAB tivessem uma melhora significativa na sua qualidade de vida, o que demonstra a sua capacidade de socialização.

Neste contexto, conforme os idealizadores e construtores da Reforma Psiquiátrica, como Amarante, Ballanrin, Camatta, dentre outros que idealizaram e promoveram a desospitalização dos pacientes portadores de transtornos mentais e apoiaram o uso adequado dos fármacos, chega-se à conclusão de que os portadores de TAB, atualmente, quando em tratamento contínuo e satisfatório, possuem condições de terem uma vida social, emocional e laboral de qualidade, com uma reabilitação psicossocial satisfatória.

## ABSTRACT

This article did a literature review on the movement to transform care for patients with mental disorders and speech culture, aimed at modifying the concept and treatment of madness in society, which was called the Psychiatric Reform. In this context, we sought to determine whether the changes implemented by the Psychiatric Reform and the appropriate use of drugs, patients with bipolar affective disorder began to be able to perform their daily activities and rehabilitate psychosocially. As shown by the literature review of this article, it was concluded that the patient who develops clinical TAB does not need to be removed from society, because there are ways to approach that enable their integration into society. Pharmacological treatment, the role of the multidisciplinary team and the Centers for Psychosocial Care (CAPS) caused the TAB patients had an improvement in mean quality of life, which demonstrates your ability to socialization and its consequences, as the exercise of working lives.

Keywords: bipolar affective disorder. Psychiatric Reform. Social reintegration.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4. Ed. São Paulo: Artmed, 2002

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões, CARVALHO, Fábio Bruno de, FERIGATO, Sabrina Helena, MIRANDA, Iara Monteiro Smeke de, MAGALDI, Carolina de Carvalho. **Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva**. *Psicol. estud.* vol.16 no.4 Maringá Oct./Dec. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722011000400011&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722011000400011&lang=pt)>. Acesso em 05 out. 2013

BALLONE, GJ. **Transtorno Afetivo Bipolar**. In. *PsiquWeb*. 2005. Disponível em <[www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br)>. Acesso em 20 set. 2013

CAMATTA, Marcio Wagner, NASI, Cíntia, ADAMOLI, Angélica Nickel, KANTORSKI, Luciane Prado, SCHNEIDER, Jacó Fernando. **Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família**. *Ciênc. saúde coletiva* vol.16 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001100013&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001100013&lang=pt)>. Acesso em 01 out. 2013

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a Idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CHENIAUX, Elie. **O tratamento farmacológico do transtorno bipolar: uma revisão sistemática e crítica dos aspectos metodológicos dos estudos clínicos modernos**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol.33 no.1 São Paulo Mar. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462011000100015&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000100015&lang=pt)>. Acesso em 01 out. 2013

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID 10. Disponível em <<http://www.bulas.med.br/cid-10/>>. Acesso em 22 set. 2013

KAPLAN, Harold I., SADOCK, Benjamin James. **Compêndio de Psiquiatria**. 9. ed. São Paulo: Artmed, 2007.

KNAPP, Paulo, ISOLAN, Luciano. **Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar**. *Rev. psiquiatr. clín.* vol.32 suppl.1 São Paulo. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832005000700014&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000700014&lang=pt)>. Acesso em 03 out. 2013

LOTUFO NETO, Francisco. **Terapia comportamental cognitiva para pessoas com transtorno bipolar**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol.26 suppl.3 São Paulo Oct. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462004000700010&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000700010&lang=pt)>. Acesso em 03 out. 2013

MENEZES, Sarita L, SOUZA, Maria da Conceição B. Melo e. **Implicações de um grupo de Psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar**. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000100017&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100017&lang=pt)>. Acesso em 29 maio de 2013.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. **O que é o Transtorno Bipolar?** 2008. Disponível em <[https://www.lilly.com.br/Areas\\_Terapeuticas/Transtorno\\_Bipolar](https://www.lilly.com.br/Areas_Terapeuticas/Transtorno_Bipolar)>. Acesso em 22 set. 2013

PANDE, Mariana Nogueira Rangel, AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão**. Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.4 Rio de Janeiro Apr. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-8123201100040006&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201100040006&lang=pt)>. Acesso em 04 out. 2013

SANCHES, Marsal, JORGE, Miguel Roberto. **Transtorno afetivo bipolar: um enfoque transcultural**. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.26 suppl.3 São Paulo Oct. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462004000700013&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000700013&lang=pt)>. Acesso em 21 set. 2013

SANTIN, Aínda, CERESÉ, Keila, ROSA, Adriane. **Adesão ao tratamento no transtorno bipolar**. Rev. psiquiatr. clín. vol.32 suppl.1 São Paulo. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832005000700015&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000700015&lang=pt)>. Acesso em 28 set. 2013

VIEIRA, Rodrigo Machado, SANTIN, Aínda, SOARES, Jair C. **O papel da equipe multidisciplinar no manejo do paciente bipolar**. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.26 suppl.3 São Paulo Oct. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462004000700012&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000700012&lang=pt)>. Acesso em 28 set. 2013