

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: IMPLICAÇÕES NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE PORTADORES DE TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Teofila Teixeira Borges

Bacharel em Enfermagem –FAMESC, tesaude@hotmail.com

Mariana Guimarães Cavichini de Rezende

Bacharel em Enfermagem –FAMESC, marianacavichini@hotmail.com

Clara dos Reis Nunes

Bióloga, Especialista em Análises e Gestão de Laboratório – FMC, Mestre e Doutora em
Produção Vegetal/Química de Alimentos – UENF, clara_biol@yahoo.com.br

Resumo: Dentre as principais doenças mentais encontra-se o transtorno afetivo bipolar (TAB) caracterizado por alterações de humor que vai de uma depressão profunda a um estado de euforia ou mania. Crônica e grave quando não tratada de maneira adequada promove grandes prejuízos psicossociais e econômicos. Para o estudo optou-se pela metodologia de revisão bibliográfica objetivando conhecer a fisiopatologia do transtorno afetivo bipolar, os fatores que levam a não adesão ao tratamento e as possíveis contribuições da sistematização da assistência de enfermagem na adesão ao tratamento. Os resultados obtidos foram que as crenças, expectativas quanto a eficácia do tratamento, desestrutura familiar, efeitos colaterais e interações medicamentosas além da relação paciente profissionais são apontados como fatores relevantes para o tratamento. Conclui-se que embora o enfermeiro seja o profissional responsável por planejar e implementar os cuidados direto ao paciente, as atividades burocráticas e administrativas absorvem a maior parte de seu tempo sendo os cuidados muitas vezes delegados ao pessoal técnico. Suas ações terapêuticas bem como a promoção a saúde e favorecimento de meios para relações interpessoais são prejudicadas o que pode estar diretamente relacionado às altas taxas de não adesão ao tratamento por parte de portadores de transtorno bipolar.

Palavra-chave: Adesão; Enfermagem; Transtorno Bipolar; Tratamento

Abstract: Among the major mental illness is bipolar disorder (BD) characterized by mood swings ranging from deep depression to a state of euphoria or mania. Chronic and severe if not treated properly promotes major psychosocial and economic losses. For the study opted for the literature review methodology aimed at understanding the pathophysiology of bipolar disorder, the factors that lead to non-adherence to treatment and the possible contributions of the systematization of nursing care in treatment adherence. The results obtained were that the beliefs, expectations regarding the effectiveness of treatment, family dysfunction, side effects and drug interactions beyond the professional patient relationship are identified as relevant factors for treatment. We conclude that although the nurse is the professional

responsible for planning and implementing the direct care to the patient, bureaucratic and administrative activities absorb most of their time and care often delegated to the technical staff. Its therapeutic actions as well as promoting health and fostering media for interpersonal relationships are affected which can be directly related to high rates of nonadherence to treatment by patients with bipolar disorder.

Keyword: Bipolar Disorder; Membership; Nursing; Treatment.

INTRODUÇÃO

A saúde mental e seus cuidados tem sido fonte de preocupação em todo mundo já que alguns transtornos mentais se encontram entre as principais causas de morbidade e incapacidade. Segundo Souza (2008) o transtorno mental é responsável pelo adoecimento de cerca de 450 milhões de pessoas podendo chegar quase 700 milhões em 4 anos.

Este trabalho abordará o Transtorno Afetivo Bipolar por se tratar de uma doença de difícil identificação e promover mudanças de humor constantes no indivíduo que vai de um estado de alegria eufórico até a depressão em um curto período de tempo. Tais alterações impactam negativamente na vida não só do indivíduo, mas também de seus familiares e comunidade, pois acarretam prejuízos pessoais, financeiros, psicológicos entre outros dificultando o autocuidado e relacionamentos interpessoais.

De acordo com Almeida (2010) no Brasil cerca de 16 milhões de pessoas sofrem com esta doença. Sua manifestação inicia-se por volta dos 20 anos de idade e com diagnóstico e tratamento tardios fazem com que muitos cheguem ao suicídio. Estes fatores são agravados devido a existência de importantes comorbidades como a hipertensão, diabetes, obesidade que somados a não adesão ao tratamento, uso de substâncias psicoativas como álcool e drogas tornam o Transtorno Afetivo Bipolar um importante problema de saúde pública.

Objetiva-se com este trabalho identificar as contribuições da assistência de enfermagem para a adesão ao tratamento de portadores de Transtornos Afetivos Bipolar; conhecer suas manifestações clínicas, apontar os principais fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento e levantar as possibilidades de intervenção da enfermagem que favoreçam a adesão ao tratamento.

A metodologia adotada consiste na pesquisa bibliográfica ou revisão de

literatura buscando em revistas online, livros e sites como Scielo, Pepsic, repositório de universidades informações acerca de seus conceitos, fisiopatologia, diagnóstico, adesão ao tratamento e a participação do enfermeiro neste processo. Foram analisados artigos em língua portuguesa originais disponíveis na íntegra on-line, do período de 2009 a 2016 e usado como descritores palavras como enfermagem, transtorno afetivo bipolar, adesão, tratamento e cuidados.

O TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Ao longo da história, crenças místicas e religiosas tentaram explicar o comportamento de pessoas com transtornos mentais, suas causas e tratamento. O preconceito somado ao desconhecimento contribuiu para o surgimento de rótulos como anormais, loucos, selvagens, possuídos, pecadores entre tantos outros. Na antiguidade os portadores de transtornos mentais ou com comportamentos ditos “anormais” eram submetidos a tratamentos ritualísticos visando a purificação e mudança de conduta e quando não acontecia eram abandonados, trancafiados e até mesmo mortos. Na Idade Média os doentes mentais eram cuidados, em sua grande maioria, por religiosos e os maus tratos, torturas e o exorcismo eram práticas comuns. Por volta de 1900, Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria moderna, humanizou os cuidados desacomodando os doentes e reformando alojamentos tornando-os salubres. Em meados do século XX com a necessidade de maior compreensão das doenças mentais surgem institutos e ampliam-se as pesquisas científicas baseando suas causas, prevenção, tratamento e cuidados mais específicos (BASTOS, 2013).

Lopes (2012) ainda acrescenta que a descrição dos quadros de melancolia e mania existe desde a antiguidade quando lemos autores como Araeteus da Capadócia e encontramos não só o quadro clínico da melancolia e mania, mas também as formas como o autor estabelecem uma ligação entre ambos os quadros ou a sua alternância presentes na mesma doença. Na França do século XIX, Falret e Baillarger apresentaram a mania e depressão com parte de uma mesma doença. Em 1919, século XX, Kraepelin estabelece diferença entre demência precoce e psicose maníaco depressiva sistematizando e organizando a atividade psíquica em domínios afetivos, do pensamento e atividade motora. Na atualidade estudos

revelam que cerca de 20% da população mundial sofre de algum transtorno psiquiátrico e no Brasil a prevalência ao longo da vida pode chegar a 50%. Dentre os diagnósticos psiquiátricos mais comuns encontram-se os transtornos de humor unipolar quando da presença de depressão e bipolar quando há alternância entre o quadro depressivo, mania e hipomania (BRUNONI, 2008).

Anteriormente conhecida como psicose maníaco-depressiva (PMD) o transtorno afetivo bipolar ou de humor (TAB), caracteriza-se por manifestações clínicas em que o indivíduo acometido apresenta desde uma grande euforia a um quadro grave de depressão chegando até a cometer suicídio. Pode ser classificada em bipolar I onde ocorrem episódios maníacos e mistos, bipolar II com quadro de depressão maior e hipomania e ciclotimia com flutuação do humor alternando entre crises de hipomania e depressão (FERNANDES, 2016).

Barreto (2010) classifica o Transtorno Afetivo Bipolar em tipos e/ou fases. A fase depressiva ou tipo I há angustia, tristeza, desânimo, preguiça, falta de energia física e mental, lentidão de raciocínio e memória ruim, redução da libido. Pensamentos de culpa, fracasso, menos valia podendo chegar ao suicídio. Sintomas físicos como dores generalizadas, cansaço, alterações menstruais e gastrointestinais são alguns dos sinais e sintomas desta fase. Alucinações e delírios são observados em casos graves o que levam alguns a serem erroneamente diagnosticados como esquizofrênicos. A fase maníaca caracteriza-se por apresentar episódios de grande euforia, agitação, pensamentos e ilusões de grandeza, humor, libido exacerbada. Aumento de gastos, superpoderes, delírios e alucinações. Na fase de hipomania o humor alterado e agressivo não chega a prejudicar o convívio social e nem as atividades laborais, pois é possível controlá-lo. Já na fase mista ocorre alternância entre a depressão e a euforia. O indivíduo vai de um extremo ao outro em um curto período de tempo.

Devido à dificuldade de detalhamento e grande incidência capaz de afetar cerca de 1% da população mundial sua complexidade e diversidade de manifestações tanto clínica quanto comportamental contribui para a não compreensão completa de sua fisiopatologia apesar de grandes avanços e métodos de pesquisa (PINHO, 2010).

Estudos populacionais verdadeiros são difíceis já que muitas vezes se confunde a manifestação inicial com um quadro de depressão unipolar. Somente

após o surgimento de mania ou hipomania é que o transtorno bipolar começa a ser considerado. Em um estudo envolvendo 60 mil indivíduos realizado no Estado de São Paulo foi possível identificar seu início por volta dos 18 anos de idade. Não foi identificada prevalência entre sexo, condições sociais, culturais, econômicas, mas em outros estudos foi percebida a prevalência de transtorno bipolar entre pessoas com maior nível de escolaridade e acredita-se que este fato se deva a condições de acesso aos serviços de saúde e conseqüentemente ao diagnóstico correto e precoce muito embora até o momento a prevalência entre os grupos sócios econômicos ainda não tenha sido definitivamente comprovada. Fatores genéticos foram evidenciados quando se estudou casos de gêmeos adotados e a ocorrência entre pessoas com pais ou irmãos portadores do transtorno comparados a pessoas sem histórico familiar (LOPES, 2012).

No Brasil, apesar da falta de dados estatísticos mais fidedignos estima-se que cerca de 8 a 16 milhões de pessoas sofram com algum tipo de transtorno de humor tornando esta doença um problema de saúde pública pois é apontado como a principal causa de internações em hospitais psiquiátricos, violências e até mesmo suicídios (ALMEIDA, 2010).

Pereira (2010) afirma que o correto diagnóstico e tratamento são de suma importância já que de todas as doenças psiquiátricas com quadro de psicose, o transtorno bipolar é a única que possibilita certo controle profilático fazendo com que o indivíduo funcione dentro de certa “normalidade” impactando o sistema público de saúde por diminuir gastos com o tratamento e o sistema previdência por reduzir o tempo de afastamento do serviço e aposentadorias precoce.

2.2 Diagnóstico e Tratamento

Embora Santana (2010) afirme que o transtorno afetivo bipolar (TAB) apresenta estudo, descrição e classificação bastante consistentes e possui sintomas típicos como euforia, mania e depressão de fácil identificação, seu diagnóstico precoce e tratamento adequado na prática não acontece. Tais equívocos faz com que pacientes em fase de mania sejam internados devido a mudanças drásticas no comportamento e os que apresentam hipomania, muitas vezes são tratados como portadores de transtornos de personalidade borderline ou anti-social. Mesmo com a

evolução ocorrida nos últimos anos seu diagnóstico continua sendo tardio e tratamento inadequado. Assim sendo:

[...] os fatores que, mais frequentemente, podem confundir o clínico no diagnóstico diferencial encontram-se a desinibição, a labilidade do humor, a agitação psicomotora, os sintomas psicóticos. Para que a diferenciação seja possível, é importante levar em conta a fenomenologia do quadro clínico, o aumento da energia e a apresentação cíclica dos sintomas (PEREIRA, 2010, p 15).

A demora no diagnóstico correto faz com que o paciente portador de transtorno afetivo bipolar (TAB) seja erroneamente tratado. Devido ao comportamento compatível com quadro de psicose é comum os pacientes serem diagnosticados e tratados como esquizofrênicos e nos casos leves como deprimidos. O não reconhecimento de alguns sintomas, como irritabilidade, impulsividade e hiperatividade também são importantes contributos.

Um estudo realizado pelo Hospital das Clínicas de Porto Alegre/RS revelou que o tempo médio em que um portador de TAB inicia o uso adequado de medicação psiquiátrica após ser devidamente diagnosticado gira em torno de 7,6 anos. Devemos ressaltar que a doença se manifesta geralmente no final da adolescência e início da vida adulta, ou seja, aos 27 anos de idade e o diagnóstico e o tratamento adequado ocorrerão em torno de 34 anos de idade (GAZALLE, 2005). O uso de medicações anticonvulsivantes, ansiolíticos, antipsicóticos e antidepressivos são largamente utilizados objetivando diminuir os sintomas maníacos agudos, frequentes alterações do humor, alterações comportamentais e a prevenção das consequências psicossociais. Segundo pesquisas, as taxas de não adesão ao tratamento pode facilmente ultrapassar a 47%. Cerca de 60% das internações em hospitais psiquiátricos são de pacientes que apresentam um quadro agudo de mania, depressão ou ideação suicida ligados ao não uso de medicações ou quando é feito, de forma incorreta (FREIRE, 2013).

O tratamento farmacológico deve sempre estar atrelado a outras terapias como os grupos de apoio para reconhecimento de sinais precoce de episódio agudo; terapia familiar e cognitiva comportamental para que os familiares aprendam a lidar com o doente reduzindo o estresse; a psicoeducação que auxilia na redução de

problemas psicossociais e internações recorrentes e a eletroconvulsoterapia indicada somente quando há risco de suicídio. Somadas às terapias de apoio configuram-se importantes estratégias utilizadas na redução das altas taxas de não adesão ao tratamento (PEREIRA, 2010).

Portanto é de fundamental importância que os profissionais de saúde estejam não só adequadamente capacitados de forma a orientar a respeito da doença e de seus cuidados, mas também que tenham plena consciência da relevância do monitoramento e acompanhamento terapêutico contínuo afim de identificar o mais precocemente aqueles pacientes com problemas de não adesão ao tratamento.

2.3 Não Adesão ao Tratamento

A não adesão ao tratamento é um complicador identificado em todos os pacientes que sofrem de alguma doença crônica e com o transtorno afetivo bipolar não é diferente. No Brasil, a ausência de um instrumento capaz de medir de forma fidedigna o fenômeno da não adesão faz com que seu estudo seja realizado de forma superficial e empírica. Em busca de maior entendimento, instrumentos auto aplicativos, que avaliam a percepção familiar, profissionais e a dosagem plasmática são amplamente utilizados (COSTA e SILVA, 2011).

Variáveis como atitudes, crenças e expectativas em relação ao tratamento, uso de álcool e drogas estrutura familiar, co-morbidades e gravidade do transtorno, sexo, idade podem estar relacionadas a não adesão. Não se pode desconsiderar os efeitos adversos, e interações medicamentosas e a relação do profissional com o paciente (MUSSI, 2012). Deve-se, então, considerar que:

[...] que a não adesão à terapêutica medicamentosa é caracterizada pela divergência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente. É fenômeno sujeito à influência de vários fatores que afetam diretamente o paciente, por determinar o comportamento do mesmo em relação às recomendações referentes ao tratamento de sua doença

(MIASSO, 2012, p. 2).

Nesse sentido, o universo de portadores de transtornos mentais deve ser conhecido e compreendido pelos profissionais de saúde que o cercam pois só assim é possível obter maiores recursos que auxiliem na manutenção adequada do tratamento psiquiátrico, prevenindo recaídas e promovendo a saúde.

Por estar diretamente ligado ao tratamento e ao acompanhamento dos pacientes, o Enfermeiro e sua equipe são os profissionais mais adequados, pois através de suas práticas terapêuticas, é capaz de influenciar de forma eficaz a adesão do paciente ao tratamento e assim contribuir para ações dos demais profissionais (CARDOSO, 2009). Devemos também enfatizar o processo de trabalho de enfermagem, pois contribui, de forma significativa, ao minimizar problemas advindos da não adesão ao tratamento.

2.4 Assistência de Enfermagem e a Adesão ao Tratamento

Com o movimento de reforma psiquiátrica ocorrida em meados de 1980 foi possível a “desinstitucionalização” de portadores de transtornos mentais e a adoção de novas terapias que primam pela qualidade de vida sendo-lhes conferidos direitos e o exercício da cidadania. A terapêutica voltada para a doença foi acrescida e até certo ponto substituída pela promoção a saúde e prevenção da doença de forma individual e coletiva. Tal modificação possibilitada pela reforma provoca uma reflexão sobre os cuidados de enfermagem tornando importante sua inserção junto ao paciente portador de transtorno em todos os níveis de atenção à saúde (CEDRO, 2010).

Os cuidados de enfermagem em saúde mental deixam de ser coercitivo, disciplinador focado na higiene e administração de medicamentos e passa a ser pautada por uma prática baseada no relacionamento paciente-profissional-família-comunidade. A substituição de o modelo asilar pelo Hospital Dia (HD) e a assistência prestada em Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) exige uma atuação multidisciplinar sendo o enfermeiro o profissional com grande influência no trabalho em equipe. Uma prática humanizada e as relações interpessoais favorecem

o vínculo profissional-cliente e influencia diretamente a adesão ao tratamento (PESSOA, 2014).

No século XIX, com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, a loucura passa a ser considerada doença e como forma de tratamento adota-se o isolamento de familiares e da sociedade sendo os doentes enviados para asilos, hospitais e colônias onde executavam trabalhos braçais. Assim observa-se que:

[...] A construção da loucura como doença mental e a propagação de instituições asilares especialmente destinadas aos alienados, assinalando “a formulação de políticas públicas de tratamento e/ou repressão dos doentes mentais, identificados com base nos limites cada vez mais abrangentes da anormalidade” distingue-se como um processo desencadeado no Brasil entre os anos 1830 e os anos 1920 (FONTE, 2012, p. 1).

A evolução técnica e científica assim como mudanças na sociedade e nas políticas de saúde somadas a denúncias sobre o tratamento e cuidados desumanos dispensados a portadores de doenças mentais culminou no Brasil, na Reforma Psiquiátrica.

No Brasil dos anos de 1970, o movimento sanitário ganha força propondo mudanças no modelo de atenção, gestão e práticas de saúde enfatizando a saúde coletiva e a equidade na oferta de serviços. Em um contexto internacional, a Reforma Psiquiátrica resultante de movimentos sociais, políticos e de profissionais da saúde mental unidos a familiares e portadores de doença mental, implementa o processo de “desinstitucionalização” com a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a construção de uma rede extra hospitalar de cuidados objetivando atender as necessidades territoriais específicas. Surgem os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) para atendimento aberto e comunitário a portadores de transtornos mentais em geral incluindo usuário de álcool e drogas e seus familiares; o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) visando a prevenção de internações com

atendimento 24 horas; e os Serviços de Residência Terapêutica (SRT's), casas que abrigam portadores de transtornos mentais impossibilitados de retornarem para suas famílias (AMORIM, 2009).

Esta importante mudança do sistema de saúde demanda estratégias que favoreçam a participação da comunidade, familiares além de mudanças nas práticas dos profissionais de saúde mental. Com uma abordagem sistematizada, o enfermeiro utiliza de um importante instrumento metodológico que possibilita a implementação de cuidados adequados e uma melhor qualidade de vida. São feitas em cinco fases em que se busca levantar o histórico ou dado do doente mental identificando seus problemas e necessidades, a saber; o diagnóstico de enfermagem em que se identificam as necessidades reais e potenciais; planejamento onde os cuidados serão prescritos de acordo com o diagnóstico realizado; a implementação ou prestação efetiva de cuidados conforme o plano de cuidado objetivando modificar os fatores que comprometem o doente mental e por último a avaliação onde será determinada a eficácia do plano de cuidados. Na realidade a avaliação está presente em todas as fases do processo (TOLEDO, 2015).

No entanto, na prática as atividades burocráticas, administrativas, escassez de recursos humanos e materiais, a desvalorização do profissional somada a ausência de uma assistência sistematizada não permitem os cuidados adequados impactando negativamente na adesão ao tratamento do paciente.

Nesse contexto, o enfermeiro é o profissional da equipe de saúde que menos contato tem com paciente delegando a assistência direta a auxiliares e técnicos. Muitas vezes o contato com familiares se dá na admissão e alta do paciente quando internado e no atendimento ambulatorial, devido ao tempo dispensado aos serviços administrativos, sua participação terapêutica em promover reunião, grupos de apoio, orientações e educação em saúde são inviabilizados. A falta de preparo durante a formação e o não acesso a educação continuada gera insegurança aos enfermeiros e conseqüentemente uma atuação deficitária quanto aos cuidados sendo considerado como um dos fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento por pessoas portadoras de transtorno bipolar (BRUSAMARELLO, 2009).

3 CONCLUSÃO

Os cuidados de enfermagem em saúde sofreram uma grande transformação após a reforma psiquiátrica. A prática de cuidados repressiva limitada a administração de medicamentos, higiene e alimentação e ao controle físico e contenção foi substituído por atividades terapêuticas multidisciplinares em que a reinserção do indivíduo em sua família e comunidade objetivando uma maior qualidade de vida.

A sistematização da assistência de enfermagem possibilita ao enfermeiro identificar problemas, elaborar planos de ação, programar cuidados que visem à redução de possíveis danos e a recuperação do paciente com transtorno bipolar. As relações interpessoais entre equipe, paciente, família e comunidade são de suma importância novamente o enfermeiro se apresenta como um importante elo. Ao desempenhar o seu papel em desenvolver estratégias psicoeducacionais individual e em grupo possibilitando maior conhecimento sobre os medicamentos e demais terapias é possível diminuir o índice de não adesão ao tratamento. Porém na prática, observa-se que, a falta de conhecimento técnico científico, somados a falta de recursos humanos e materiais e o acúmulo de funções administrativas e burocráticas afastam o enfermeiro da assistência direta inviabilizando a prática terapêutica adequada com reflexos negativos na qualidade da assistência prestada.

Referências

ALMEIDA, R. A. O transtorno bipolar. Temas em Psicoterapia e Psicologia. 2010.

BARRETO, E. C. Benefícios da arte terapia as pessoas com transtorno afetivo de humor e sua família. Brasília 2010. Obtenção de título de especialista em arte terapia. AVM. Brasília 2010.

BRUNONI, A.B. Transtornos mentais comuns na prática Clínica. Revista de Medicina. São Paulo, v 8, n 4, out/dez. 2008.

BRUSAMARELLO, T.; GUIMARÃES, A. N.; PAES, M. R.; BORBA, L. O.; BORILLE, D. C.; MAFTUM, M. A. Cuidados de enfermagem em saúde mental ao paciente internado em um hospital psiquiátrico. **Revista Cogitare Enfermagem**. Paraná, v 14, n 1, jan. /mar.2009.

BASTOS, N.; ALVES, S. M. A família como elemento significativo no tratamento do paciente com transtornos mentais. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**. Curitiba 2, n 2 p.90-107. Jan-jun., 2013.

CEDRO, L. F.; SOUZA, A. C. A importância da reforma psiquiátrica na mudança do paradigma da assistência de enfermagem em saúde mental prestada ao portador de sofrimento mental. **Revista Pesquisa: cuid. Fundam. Online**.UNIRIO, RJ. (ed suplem).p.764-766.2010.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, mar. 2009.

COSTA-CASTRO, E; SILVA, A. A Adesão terapêutica do transtorno bipolar. **Revista Debate em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v 1, n 5, p. 8-11, 2011.

FREIRE, E.C.; FEIJÓ, C. F. C.; FONTELES, M. M. F.; SOARES, J. E. S.; CARVALHO, T. M. J. P. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários com transtorno de humor do centro de atenção psicossocial do nordeste do Brasil. **Rev. Cien. Farm. Básica**, v. 34, n. 4, P. 565-570, 2013.

FERNANDES, M. A; SOUSA, K. H. J. F.; ANDRADE, P. C. A.; CARVALHO, L. C. S.; PEREIRA, D. B. D.; SILVA, B. J. M. Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos e o cuidado de enfermagem. **Rev. Enfermagem**, Ufpeonline, Recife, v 10, n 2, P. 669-74, fev, 2016.

FONTE, E. M. M. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental do Brasil. **Revista do Programa de Pós Graduação em Sociologia UFPE**. Pernambuco, v 1, n 2, 2012.

GAZALLE, F. K; ANDREAZZA, A. C.; KAUER-SANT'ANNA, M.; SANTIN, A.; KAPCZINSKI, F. Diagnóstico precoce do transtorno bipolar. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 27, n. 1, p.83-84, mar. 2005.

KAPCZINSKI, F.; GAZALLE, F. K.; FREY, B.; KAUER-SANT'ANNA, M.; TRAMONTINA, J. Tratamento farmacológico do transtorno bipolar: as evidências de ensaios clínicos randomizados. **Revista Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p.34-38, dez. 2005.

LOPES, F. L. Transtorno bipolar de humor na atualidade: resultados preliminares de um centro especializado em transtorno afetivo. Salvador, Bahia, 2012. Monografia para graduação no curso de medicina. UFB. 2012.

MIASSO, A.I.; CARMO, B.P.; TIRAPELLI, C.R. Perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. **Revista Esc. USP**, São Paulo, v 46, n 3, 2012.

MUSSI, S. V. Transtorno bipolar: adesão ao tratamento e psicoeducação. Londrina, 2012. Dissertação de Mestrado curso análise comportamental. Londrina, Paraná, 2012.

SANTANA, J.S; COMARELLA, L. O transtorno bipolar (mania e hipomania) e tratamento farmacológico. **Revista Visão Acadêmica**. Paraná 16 n 1, jan/mar.2015.

PEREIRA, L. L.; DIAS, A. C. G.; CAERAN, J.; COLLARES, L. A.; PENTEADO, R. V. Transtorno bipolar: reflexões sobre diagnóstico e tratamento. **Revista Perspectiva. Erechim**. v. 34, n.128, p. 151-166, dez 2010.

PESSOA JUNIOR, M.P; DE MIRANDA, F. A. N.; SANTOS, R. C. A.; DANTAS, M. K. C.; DO NASCIMENTO, E. G. C.. Ações e Cuidados de enfermagem em saúde mental em um hospital-dia psiquiátrico: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. Rio de Janeiro. v 6 , n 2 abr/jun, 2014.

PINHO, A.P. et al. Fisiopatologia do transtorno afetivo bipolar. *Science in Health*. São Paulo. v. 1, n 3, p. 161-169, set/dez 2010.

PEDREIRA, B.; SOARES, M. H.; PINTO, A.C. O Papel do enfermeiro na adesão ao tratamento de pessoas com transtorno afetivo bipolar: o que os registros dizem? *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. Ribeirão Preto v. 8, n. 1, jan/abr. 2012.

SOUZA, A. S. O Impacto do Transtorno afetivo bipolar na família. Ribeirão Preto. USP. 2008. Obtenção de título de mestre em ciências no Programa de Enfermagem em Psiquiatria. Ribeirão Preto/SP. 2008.

TOLEDO, V.P; MOTOBU, S.N.; GARCIA, A.P.R.F. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação psiquiátrica. *Revista Baiana de Enfermagem*. Salvador 29, n 2, p 172-179,abr/jun., 2015.