

RELATOS DE EXPERIÊNCIA

SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES DE FAMILIARES E DE PESSOAS COM TRANSTORNO BIPOLAR ACOMPANHADAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL¹

Marciana Fernandes Moll*
Thereza Anna Pereira Pacheco dos Santos**
Carla Aparecida Arena Ventura***

RESUMO

Este estudo objetivou levantar e analisar os sentimentos e percepções presentes em familiares e pessoas com transtorno afetivo bipolar acompanhados em um centro de atenção psicossocial (CAPS). Trata-se de um relato de experiência desenvolvido com metodologia qualitativa. Foram sujeitos da pesquisa indivíduos com transtorno bipolar e suas famílias que se encontravam em tratamento no CAPS por um período superior a dois anos. O instrumento de registro foi o caderno de campo, e posteriormente realizou-se a análise temática, que originou as seguintes categorias: As atividades socializantes desenvolvidas no CAPS como estratégias de reabilitação desta clientela; e Sentimentos e comportamentos expressos pelas famílias. Os resultados mostraram a falta de informações sobre a doença e seu tratamento, a importância das atividades socializantes realizadas no CAPS para os usuários, os sentimentos de tristeza, angústia e solidão associados a comportamentos de paciência e apoio por parte dos familiares. Neste contexto, a enfermagem deve atentar para as percepções dos usuários e os sentimentos vivenciados pelos familiares, na tentativa de obter melhores resultados em relação à estabilidade do usuário e à valorização do convívio familiar.

Palavras-chave: Transtorno Bipolar. Família. Enfermagem. Reabilitação.

INTRODUÇÃO

Os primeiros indícios do transtorno afetivo bipolar acompanham a história da civilização, pois existem relatos de casos desta patologia desde o início da Idade Antiga, na Grécia e em Roma. Nessa época Saul, rei de Israel, lutou contra os filisteus de maneira corajosa; mas em dado momento uma tristeza e um tormento tomaram conta de sua vida, deixando-o desmotivado e apático. Estes episódios foram transitórios, mas tempos depois ele chegou a se suicidar devido à depressão⁽¹⁾.

De forma geral, a Idade Antiga foi marcada por rituais místicos e empíricos, como práticas terapêuticas voltadas para o tratamento de transtornos mentais.

A teoria de Hipócrates substituiu as crenças mitológicas pela Biologia, e foi ele o primeiro a

descrever a melancolia. Aretaeus da Capadócia foi quem inicialmente sugeriu a mania como sendo o estágio final da melancolia e, deste então, muitos conceitos foram elaborados por diversos estudiosos daquela época acerca dessas descrições⁽²⁾.

Na metade do século XIX, Jules Falret e Baillarger articularam a ideia de que mania e depressão representariam uma única doença, porém com diferentes manifestações. Essa concepção correspondeu às primeiras noções explícitas da doença maníaco-depressiva⁽²⁾.

Não obstante, é somente em 1966 que se constata maior ênfase à doença bipolar, através de trabalhos que representaram marcos para as investigações que envolvem os transtornos de humor. Estes estudos tornaram-se publicações importantes na história da psiquiatria: “Sobre a Etiologia e a Nosologia de Psicoses Depressivas Endógenas” escrito por Jules Angst e “Um

¹Este artigo é produto do Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade de Uberaba, MG.

*Enfermeira. Professora Mestre da Universidade de Uberaba na área de Saúde Mental, Uberaba, MG. E-mail: mrcna13@hotmail.com

**Enfermeira pela Universidade de Uberaba, MG. E-mail: therezaanna@bol.com.br

***Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). E-mail: caaventu@eerp.usp.br

Estudo de Psicose Bipolar (Maníaco-Depressiva) e Psicose Depressiva Recorrente Unipolar”, que foram publicados por Carlo Perris⁽³⁾.

O transtorno afetivo bipolar é um transtorno de humor que afeta indivíduos de ambos os sexos, com idade média de trinta anos, podendo ocorrer em dois polos - mania e depressão - ou apenas em mania. Na maioria dos casos acontecem episódios maníacos e depressivos, os quais podem ser mistos ou isolados. As causas não são claramente definidas, mas acredita-se estarem ligadas à hereditariedade e a eventos e situações estressantes⁽⁴⁻⁵⁾.

Especificamente, o quadro depressivo é caracterizado, de forma geral, pelos seguintes sintomas: humor deprimido na maior parte do dia; diminuição de interesse ou de prazer pelas atividades; perda ou ganho significativo de peso; insônia ou hipersônia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sensação de inutilidade ou culpa excessiva; diminuição da capacidade de pensar ou de concentrar-se; presença frequente de pensamentos sobre morte e até mesmo de ideias suicidas. Nos indivíduos com depressão estão presentes cinco ou mais dos sintomas anteriormente apresentados, durante um período de duas ou mais semanas⁽⁴⁾.

O quadro maníaco é classificado como de elevação de humor, aumento de atividade ou inquietação; aumento de fala; fuga de ideias; pensamento acelerado; redução ou ausência de senso crítico; diminuição do sono ou até insônia; e aumento da autoestima ou grandiosidade, o que pode levar a delírios, distração ou mudanças bruscas de planos e comportamento imprudente, cujos riscos o indivíduo não reconhece; aumento da libido sexual ou indiscrição sexual. Sendo assim, o indivíduo pode apresentar juízo crítico e crítica alterados⁽⁵⁾.

No âmbito dos transtornos de humor, o transtorno afetivo bipolar é um problema de saúde pública, uma vez que sua prevalência é de aproximadamente 1,5% da população mundial⁽⁶⁾.

Entre os tratamentos existentes podem-se citar as intervenções farmacológicas e psicossociais. Nas intervenções farmacológicas são utilizados os estabilizadores de humor e os antipsicóticos atípicos para o tratamento da mania; já na depressão se utilizam antidepressivos, que podem ser tricíclicos ou

inibidores seletivos da recaptção de serotonina, ou, ainda, o lítio no tratamento de manutenção do episódio depressivo^(5,7).

Nas intervenções psicossociais têm-se as terapias cognitivas, comportamentais e familiares, além de atividades sociais e educativas⁽⁸⁾.

O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é um serviço que substitui longos períodos de internação, não isolando os usuários de suas famílias e da comunidade. Uma de suas metas é a desconstrução do modelo tradicional da atenção psiquiátrica, que possibilita a construção e a invenção de novas perspectivas de vida e subjetividade, envolvendo não apenas o diagnóstico e prognóstico, mas também a complexidade do ser humano. Para tanto, deve-se buscar a inclusão das pessoas com transtorno mental na família, na comunidade e na vida produtiva, através da recuperação da autoestima e da reestruturação de vínculos afetivos e sociais⁽⁹⁾.

Este trabalho tem como objetivo levantar e analisar os sentimentos e percepções presentes em familiares e pessoas com transtorno afetivo bipolar acompanhados em um CAPS.

Considera-se de grande importância o acompanhamento dos usuários e dos familiares, devido à necessidade de o profissional de enfermagem oferecer apoio a essas pessoas, por meio de orientações quanto ao transtorno mental, quanto às atitudes da família nos momentos de crise e quanto a quaisquer dúvidas existentes. Diante de tais práticas, acredita-se ser possível oferecer subsídios para a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos e de suas famílias. Soma-se a tudo isso o argumento de que a aliança entre os profissionais de saúde e os familiares colabora no processo de reabilitação psicossocial dos usuários.

Neste sentido, o transtorno bipolar deve ser focado pela enfermagem, uma vez que esta categoria profissional presta assistência primária, secundária e terciária e nessa assistência existem pessoas com transtorno mental, visto que, com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, essas pessoas não são mais internadas em hospitais psiquiátricos por longos períodos, de modo que elas permanecem com seus familiares em meio comunitário. Para que essa assistência seja enriquecida, pesquisas devem ser realizadas para

subsidiar conhecimentos técnico-científicos nesta área.

METODOLOGIA

Este é um relato de experiência construído a partir das vivências das autoras em serviço comunitário de saúde mental. Assim, este artigo apresenta as reflexões a partir da prática realizada através de um estágio voluntário por uma das autoras do trabalho (aluna) de fevereiro a junho de 2008, em um CAPS situado na cidade de Uberaba, MG, com supervisão integral da enfermeira responsável pelo serviço.

Na época do estágio voluntário, a enfermeira acompanhava cinco usuários que se encontravam em tratamento por um período superior a dois anos e que tinham diagnóstico de transtorno afetivo bipolar. Para cada indivíduo foi elaborado um caso clínico relatando dados de identificação, a situação clínica atual, as características psicossociais, a participação familiar no tratamento, bem como a verificação dos sentimentos e percepções da família perante o usuário.

Dos cinco indivíduos acompanhados, três eram do sexo masculino e estavam casados, e dois eram do sexo feminino, dos quais um era uma mulher casada. Quanto à escolaridade, nenhum dos indivíduos acompanhados concluiu o primeiro grau e todos estavam aposentados por invalidez, em decorrência do transtorno mental. A faixa etária variou entre 32 e 59 anos de idade.

Os atendimentos foram realizados pela enfermeira do CAPS, acompanhada pela acadêmica de enfermagem. Durante o acompanhamento dos casos, cada indivíduo foi abordado junto à sua família no mínimo uma vez e os cuidados foram prestados individualmente no CAPS ou junto aos atendimentos grupais, especificamente nas atividades socializantes ou em ambiente domiciliar, conforme as necessidades levantadas nos diagnósticos de enfermagem.

Para a análise dos dados, cada atendimento acompanhado foi relatado em um caderno de campo, o qual foi lido posteriormente para se obter uma visão geral do conteúdo obtido. Após a leitura, foi realizada a análise temática dos dados para que se pudesse efetivar a discussão dos dados. Para tanto, utilizaram-se como

embasamento os seguintes passos: ordenação dos dados, classificação dos dados e categorias de análise⁽¹⁰⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise temática resultou em duas categorias: Atividades socializantes oferecidas pelo CAPS como estratégia de reabilitação de portadores de transtorno bipolar e Sentimentos e comportamentos expressos pela família, detalhadas a seguir.

Atividades socializantes oferecidas pelo CAPS como estratégia de reabilitação de portadores de transtorno bipolar

Foram acompanhadas diversas atividades socializantes, tais como oficinas de pintura e de argila, confecção de trabalhos manuais, atividades recreativas – como bingo, por exemplo - e exercícios físicos como, por exemplo, caminhada.

Também são oferecidas, neste CAPS, outras atividades que visam promover a integração da família com o usuário e com a equipe multidisciplinar, como as festas comemorativas (festa junina, festa de Natal), entre outros eventos. Os indivíduos e até mesmo os seus familiares revelam gostar muito dessas atividades, uma vez que são momentos de interação entre todos.

Verificou-se, entre os indivíduos acompanhados, uma participação efetiva nas atividades propostas, o que resultou em uma maior inserção dos envolvidos na proposta terapêutica do CAPS. Os próprios usuários relataram quanto é gratificante participar das atividades, pois, além de descobrirem habilidades que jamais haviam percebido, ganharam autonomia para confeccionar trabalhos diferentes, entre outras vantagens.

Atividades socializantes são atividades grupais de socialização, expressão e inserção social⁽¹¹⁾. As oficinas caminham, portanto, no sentido de permitirem aos envolvidos estabelecerem vínculos de trabalho e de afetividade com os outros, determinando a finalidade social associada à clínica⁽¹²⁾.

Na maioria das pessoas acompanhadas, constatou-se a importância das atividades para a socialização entre os próprios usuários e destes

com a equipe, pois durante estas atividades eles trocam experiências, ajudam-se e sentem-se produtivos, elevando-se, assim, sua autoestima.

Sentimentos e comportamentos expressos pelas famílias

Ao acompanhar as atividades socializantes anteriormente apresentadas, a enfermeira verificou dificuldades da família em lidar com a pessoa com transtorno afetivo bipolar, sobretudo nos momentos de euforia. Os sentimentos mais presentes nesses familiares foram tristeza, angústia e sofrimento ao se depararem com o familiar com comportamentos diferentes do habitual. Outra expressão foi de cansaço em relação à agitação, associado à preocupação e ao medo diante do que poderia acontecer, bem como de revolta por terem que aceitar que a doença existe e que é crônica.

Quanto aos comportamentos, os familiares relataram ser obrigados, na maioria das vezes, a suportar tudo sozinhos; mas, em contrapartida, oferecem paciência, apoio e carinho aos indivíduos, e ainda oram para conseguir vencer essa grande batalha.

A maioria das famílias apresenta muita dificuldade em lidar com o seu familiar com transtorno mental, pois nem todos conseguem ter o mesmo nível de interação com essa pessoa, por desconhecerem a melhor maneira de se comportar e de agir. Existem muitas dificuldades, sobretudo as relacionadas aos limites e ao desconhecimento acerca do transtorno. Com frequência o indivíduo é visto no âmbito familiar como uma pessoa anormal, com comportamentos diferentes e, por isso é tratado diferentemente dos demais⁽¹³⁾.

Constatou-se esta dificuldade quando a maioria dos familiares demonstrou não saber lidar com a pessoa, principalmente quando esta se encontra em crises maníacas, uma vez que se torna, na maioria das vezes, agressiva, agitada e inquieta. Tais comportamentos dificultam para a família estabelecer limites e geram sentimentos de incapacidade para tomar atitudes que impeçam o indivíduo de ultrapassar limites sociais. Neste sentido, os familiares precisam adquirir conhecimentos sobre o transtorno, para que possam amenizar as dificuldades e os sentimentos elencados anteriormente.

A dificuldade de relacionamento pode ocorrer pelo fato de o familiar cuidador muitas vezes ficar sobrecarregado, devido às mudanças em suas rotinas, com possíveis desequilíbrios financeiros e desgastes físicos e emocionais, além da falta de orientação e apoio⁽¹⁴⁾.

Neste estudo observou-se também a sobrecarga do familiar responsável. Em alguns casos, o cliente se torna muito dependente do cuidador, fato que impede, às vezes, sua saída para o trabalho. Neste contexto, verificam-se dificuldades adicionais relacionadas aos gastos financeiros com medicamentos e com transporte e aos desgastes físicos e emocionais.

É importante destacar que as famílias continuam com as mesmas funções desempenhadas por outras famílias, mesmo diante de um familiar com transtorno mental, porém a estas é somada mais uma tarefa: a de cuidar do indivíduo, que requer uma atenção específica. Isso faz com que elas se deparem com uma condição maior de fragilidade e de sobrecarga⁽¹⁵⁾.

Diante do exposto percebe-se que faltam orientações acerca do transtorno para todos os envolvidos neste processo, e que essa falha prejudica a relação familiar com o usuário, pois muitas vezes, por falta de conhecimento, não se acredita que alguns comportamentos sejam verdadeiramente sintomas do transtorno.

Os problemas provenientes da convivência intensa da família com a pessoa portadora de transtorno mental estão associados a diversos fatores, como: o ambiente familiar, a interação do doente com os familiares, a falta de conhecimento do transtorno por parte dos familiares, a rejeição, o despreparo da família ao acolher a pessoa egressa de uma internação psiquiátrica e a socialização comprometida da pessoa com transtorno mental, entre outros⁽¹⁶⁾.

Com base nestas constatações da realidade expressa pelos familiares, foram programadas ações pela enfermeira do serviço, a qual, acompanhada e ajudada pela acadêmica de enfermagem, ofereceu aos familiares atividades educativas sobre o transtorno bipolar, enfatizando os sintomas e o tratamento.

Para tanto, ambas realizaram visitas domiciliares, com o intuito de repassar aos familiares orientações acerca do transtorno, do tratamento medicamentoso, da importância da

participação da família no tratamento e da relevância da harmonia familiar para a estabilidade do usuário. Também foram oferecidas orientações relacionadas às atividades da vida diária e à integridade física do cliente, além do reforço da necessidade de o usuário realizar o acompanhamento regular no CAPS.

A visita domiciliar é um contato dos profissionais de saúde com populações de risco, usuários e seus familiares, para a coleta de informações e/ou orientações. Nela são desenvolvidas ações de educação, orientação e levantamento de possíveis soluções para os problemas de saúde. A visita tem como objetivo avaliar as demandas exigidas pelo cliente e pela família e onde vivem, visando ao estabelecimento de um plano assistencial⁽¹⁷⁾.

A intervenção domiciliar constitui um meio facilitador na abordagem dos clientes, pois facilita a compreensão da dinâmica familiar e a verificação das possibilidades de envolvimento da família no tratamento oferecido ao usuário. Além disso, permite a continuidade do tratamento, evitando, assim, uma possível reinternação psiquiátrica⁽¹⁸⁾.

Dessa forma, a produção da saúde deve ter a participação efetiva do paciente e dos familiares, o que parece ser beneficiado pela visita domiciliar, por favorecer o movimento das relações através do acolhimento e da escuta no próprio lugar do cotidiano do indivíduo⁽¹⁹⁾.

As visitas domiciliares trouxeram significativos elementos de análise, pois permitiram às autoras conhecer a vivência da família e a sua relação com o usuário, bem como a possibilidade de esclarecer as dúvidas dos familiares acerca do transtorno bipolar, através das orientações para uma melhor interação família-usuário.

Nesta perspectiva, a enfermagem vem buscando sistematizar suas ações para enriquecer a assistência a ser prestada ao cliente. São citados como diagnósticos de enfermagem comumente encontrados nos indivíduos que estão em episódios de euforia: risco de lesão, risco de violência direcionada a outros, risco de suicídio, processo de pensamento perturbado, percepção sensorial perturbada, enfrentamento defensivo, ansiedade, aumento de disposição para comunicação, interação social e familiar prejudicada, nutrição desequilibrada e abaixo

das necessidades, volume de líquidos deficiente, padrão de sono perturbado, fadiga, déficit no autocuidado, disfunção sexual, processos familiares interrompidos, manutenção ineficaz da saúde e manutenção do lar prejudicada⁽²⁰⁾.

Todos os indivíduos acompanhados relataram apresentar, quando estavam em crises de mania, os seguintes diagnósticos: risco de lesão, risco de violência direcionada a outros, processo de pensamento perturbado, percepção sensorial perturbada, ansiedade, disposição para comunicação aumentada, interação social e familiar prejudicadas, padrão de sono perturbado. Percebe-se que os diagnósticos de enfermagem do grupo estudado corroboram os diagnósticos apresentados na literatura sobre o tema.

Com base nestes diagnósticos, também foram elaboradas algumas ações de enfermagem, as quais visavam à minimização de crises posteriores, uma vez que os indivíduos acompanhados não estavam em crise. Entre as ações implementadas destacam-se as orientações aos familiares sobre como conviver melhor com o usuário, bem como a identificação precoce do início de uma crise, o que possibilita intervenções de equipes atuantes nos serviços comunitários, a fim de amenizar o quadro e assim evitar a internação psiquiátrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, constatou-se a lacuna de informações/orientações a respeito do transtorno bipolar e o seu tratamento, direcionadas aos usuários do CAPS e aos seus respectivos familiares. Esta realidade justifica a ênfase na busca, por parte dos profissionais de saúde, de estratégias capazes de contribuir para a melhora da qualidade de vida dos usuários e seus familiares.

O acompanhamento dos usuários do CAPS sinalizou o resultado positivo das oficinas terapêuticas na reabilitação psicossocial dos indivíduos, uma vez que estas eram vivenciadas com satisfação. Neste sentido, os usuários e os familiares devem ser estimulados a participarem das atividades propostas pelo CAPS. Considerou-se, também, a importância da expansão de tais oficinas para a equipe de saúde da família, o que possibilitará a continuidade da

reabilitação social, com a possibilidade de inserção desses indivíduos na comunidade.

Os sentimentos mais comuns observados por parte dos familiares foram a tristeza, a angústia e a solidão. Não obstante, mesmo diante desses sentimentos, os comportamentos foram acompanhados de paciência e carinho, o que ajudava a manter a pessoa no tratamento extra-hospitalar, bem como na estabilização do seu quadro clínico.

Dentre as ações de enfermagem, atribuiu-se grande relevância às visitas domiciliares, por

facilitarem a obtenção de informações sobre o ambiente familiar, bem como a interação com o usuário e sua família, a qual contribuiu para uma convivência mais positiva com o transtorno mental. Com isso, a enfermagem deve atentar para as percepções dos usuários e os sentimentos vivenciados pelos familiares, na tentativa de obter melhores resultados em relação à estabilidade do usuário e à valorização do convívio familiar.

FEELINGS AND PERCEPTIONS OF FAMILIES AND PERSONS WITH BIPOLAR DISORDERS ATTENDEND AT A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER

ABSTRACT

This study aimed at assessing and analyzing the feelings and perceptions of families and persons with bipolar disorders attended at a Psychosocial Care Center (CAPS). It is an experience report based on a qualitative methodology. The subjects of this study were persons with bipolar disorder and their families who were enrolled in a treatment at CAPS for a period of more than two years. Authors used field notes and analyzed this content through thematic analysis, resulting in two categories: social activities developed at CAPS as rehabilitation strategies and feelings and behaviors expressed by families. Results showed the lack of information about the disease and its treatment, the importance for users of the social activities developed at CAPS and the feelings of sadness, anguish and loneliness associated to the behavior of patience and support by families. Considering this context, nurses must pay attention to the users' perceptions and the feelings experienced by families in order to try to find better results regarding the users' stability and to help to improve family life.

Key words: Bipolar Disorder. Family. Nursing. Rehabilitation.

SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE FAMILIARES Y DE PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR ACOMPAÑADAS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue levantar y analizar los sentimientos y percepciones presentes en los familiares y personas con trastorno afectivo bipolar acompañadas en un Centro de Atención Psicosocial (CAPS). Se trata de un relato de experiencia desarrollado con metodología cualitativa. Fueron sujetos de la investigación personas con trastorno bipolar y sus familias, que se encontraban en tratamiento en el CAPS por un periodo superior a dos años. El instrumento de registro fue el cuaderno de campo, y posteriormente se realizó el análisis temático que originó las siguientes categorías: las actividades sociales desarrolladas en el CAPS como estrategias de rehabilitación de esta clientela y sentimientos y comportamientos expresados por las familias. Los resultados mostraron la falta de informaciones sobre la enfermedad y su tratamiento, la importancia de las actividades sociales realizadas en el CAPS para los usuarios, los sentimientos de tristeza, angustia y soledad, asociados a comportamientos de paciencia y apoyo por parte de los familiares. En este contexto, la enfermería debe atenderse para las percepciones de los usuarios y los sentimientos vivenciados por los familiares, en el intento de obtener mejores resultados en relación a la estabilidad del usuario y la valoración de la convivencia familiar.

Palabras-clave: Trastorno Bipolar. Familia. Enfermería. Rehabilitación.

REFERÊNCIAS

1. Alcantara I, Schmitt R, Schwarzthaupt AW, Chachamovich E, Sulzbach MFV, Padilha RTL et al. Avanços no diagnóstico do transtorno do humor bipolar. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*. [Internet]. 2003 [acesso 2008 maio 31];abr;25 Suppl1:22-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082003000400004&lng=pt&nrm=iso>.
2. Cordás TA. Depressão: da bile negra aos neurotransmissores – uma introdução histórica. Rio de Janeiro: Lemos Editorial; 2002.
3. Igue CE, Prates JG. Assistência de enfermagem a paciente com transtornos de humor: doença afetiva bipolar. In: Teixeira MB, Mello IM, Grandó LH, Fraiman DP. *Manual de enfermagem psiquiátrica*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 89-91.
4. Kaplan H, Sadock BJ, Grebb JA. Transtornos do humor. In: *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento*

- e Psiquiatria Clínica. 7th ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 493-544.
5. Moreno RA, Moreno DH, Ratzke R. Diagnosis, treatment and prevention of mania and hipomania within the bipolar disorder. Rev Psiq Clín. [Internet]. 2005 [acesso 2009 June 19];32(1):39-48. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000700007&lng=en&nrm=iso>.
6. Santin A, Ceresér K, Rosa A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. Rev Psiq Clín. [Internet]. 2005 [acesso 2008 maio 31];32 Supl. 1:S105-09. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000700015&lng=pt&nrm=iso>.
7. Fleck MA, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruena MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). Rev Bras Psiquiatr. [Internet]. 2003 [acesso 2009 jun. 19] June;25(2):114-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462003000200013&lng=en>.
8. Townsend MC. Distúrbios afetivos. In: Enfermagem psiquiátrica: Conceitos de cuidados. 3rd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 390-428.
9. Schrank G, Olschowsky A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2008 [acesso 2008 jun. 10];42(1):127-34. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>>.
10. Minayo MCS, editor. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 20th ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
11. Valladares ACA, Lappann-botti NC, Mello R, Kantorski LP, Scatena MCM. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. Rev Eletr Enf. [Internet]. 2003 [acesso 2008 jun. 10];5(1):4-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/pdf/reabili.pdf>.
12. Mendonça TCP. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. Psicol ciênc prof. [Internet]. 2005 [acesso 2008 jun. 13];25(4):626-35. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/pep/v25n4/v25n4a11.pdf>>.
13. Monteiro ARM, Barroso MGT. A família e o doente mental usuário do hospital-dia – Estudo de um caso. Rev Latino-am enfermagem. [Internet]. 2000 [acesso 2008 jun. 4];8(6):20-26. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12344.pdf>>.
14. Spadini LS, Souza MCBM. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2006 [acesso 2008 jun. 4];40(1):123-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a17v40n1.pdf>>.
15. Marconi SS, Cremilde ATR, Waidman MAP, Oliveira MLF, Sales CA. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. Texto contexto – enferm. [Internet]. 2005 [acesso 2008 set. 29];14(nesp):116-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000500015&lng=en&nrm=iso>.
16. Jorge MSB, Ramirez ARA, Lopes CHAF, Queiroz MVO, Bastos VB. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. Rev esc enferm. USP. [Internet]. 2008 [acesso 2008 jun. 10];42(1):135-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100018&lng=pt&nrm=iso>.
17. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde soc. [Internet]. 2006 [acesso 2008 jun. 16];15(2):88-95. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/09.pdf>>.
18. Reinaldo MAS, Rocha RM. Visita domiciliar de enfermagem em saúde mental: idéias para hoje e amanhã. Rev Eletr Enf. [Internet]. 2002 [acesso 2008 jun. 13];4(2):36-41. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/758/828>>.
19. Lopes WO, Saupé R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. Ciênc cuid saúde. 2008;7(2):241-47.
20. Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC. Assistência de enfermagem à pessoa com manifestações de comportamento decorrentes de transtorno do humor: episódio maníaco ou mania. In: Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. São Paulo: Manole; 2008. p. 463-75.

Endereço para correspondência: Marciana Fernandes Moll. Rua Cândida Mendonça Bilharinho, 430, casa 6, Bairro Mercês. CEP: 38060-150. Uberaba, Minas Gerais. E-mail: mrcna13@hotmail.com

Data de recebimento: 17/02/2009

Data de aprovação: 10/08/2009