

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

KARINE GUTERRES DOS SANTOS

**REPERCUSSÕES DO TRANSTORNO BIPOLAR NA FAMÍLIA E SUAS
IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: uma revisão integrativa**

Porto Alegre

2019

KARINE GUTERRES DOS SANTOS

**REPERCUSSÕES DO TRANSTORNO BIPOLAR NA FAMÍLIA E SUAS
IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: uma revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso realizado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem – Trabalho de Conclusão de Curso II, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Profa. Dra. Eglê Rejane Kohlrausch

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Eglê Rejane Kohlrausch - UFRGS

Profa. Dra. Christine Wetzel - UFRGS

Profa. Dra. Cintia Nasi - UFRGS

Aprovado em / / 2019.

Porto Alegre

2019

AGRADECIMENTOS

Sou grata primeiramente a Deus, por todas as oportunidades que me propiciou até aqui.

A minha mãe Maria Luiza e meu pai Silvio Roberto, que sempre me deram apoio, incentivo amor, me fizeram acreditar que para chegarmos onde queremos precisamos de esforço e dedicação.

Ao meu namorado Thalles, que foi incansável, me deu todo o apoio e me incentivou.

Aos meus amigos, pela amizade, companheirismo e empatia.

Agradeço aos meus amigos de graduação Gustavo, Géssica, Tais, Luciana e Carolini, com os quais vivenciei momentos de alegria e de tristeza. Todos vocês foram essenciais para que eu conseguisse chegar até aqui.

À professora orientadora Eglê por todo empenho e dedicação, por ter acreditado no meu potencial e ter me apoiado durante toda a trajetória.

Também agradeço aos meus entes que já se foram, mas que fizeram parte da minha vida, da minha educação e das minhas lembranças.

“Eu tentei 99 vezes e falhei, mas na centésima tentativa eu consegui, nunca desista dos seus objetivos mesmo que esses pareçam impossíveis, a próxima tentativa pode ser a vitoriosa”

(Albert Einstein)

RESUMO

O transtorno bipolar (TB) é um dos transtornos mentais de maior incidência na população. As doenças mentais causam interferência no cotidiano das pessoas e na expectativa de vida. Conseqüências também são vistas nas famílias que são responsáveis pelo cuidado. Cuidado em saúde mental exige trabalho e dedicação em quem cuida. Este estudo teve como objetivo identificar na literatura científica quais são as repercussões do transtorno bipolar na família e suas implicações para a enfermagem. A metodologia utilizada foi revisão integrativa (RI) de literatura. Pesquisou-se em periódicos indexados nas bases de dados LILACS, BDENF e SCIELO entre 2009 e 2018, usando os descritores transtorno bipolar, saúde mental, família, enfermagem e cuidados de enfermagem. Foram selecionadas 28 publicações que responderam a questão norteadora do estudo. Verificou-se que apesar de termos muitos estudos na área de saúde mental, especificamente do transtorno bipolar, são escassos estudos desse tema relacionados à enfermagem. Sugere-se que amplie a visão do enfermeiro na pesquisa e nas publicações científicas dentro dessa temática, tendo em vista que esse profissional é um dos principais elos entre o sujeito, sua família e a equipe que o assiste.

Descritores: transtorno bipolar, saúde mental, família, enfermagem e cuidados de enfermagem.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Distribuição das publicações científicas por bases de dados, 2009-2018.....	18
Tabela 2 - Distribuição das publicações científicas por cruzamento de descritores, 2009 a 2018.....	19
Tabela 3: Amostra do estudo por base de dados.....	20
Gráfico 1: Frequência relativa da distribuição das publicações científicas por base de dados no período de 2009 a 2018.....	19
Gráfico 2: Distribuição do número de publicações por idioma.....	20
Gráfico 3: Publicações por ano.....	21
Gráfico 4: Metodologias dos estudos da amostra.....	21
Quadro 1 – Artigos da revisão integrativa, títulos, autores e objetivos, 2009-2018.....	22
Quadro 2: Quadro sinóptico geral das idéias dos autores sobre as repercussões do transtorno bipolar na família e suas implicações para a enfermagem, 2009 – 2018.....	26

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVO	15
3 MÉTODO	16
3.1 Tipo de Estudo.....	16
3.2 Formulação do problema.....	16
3.3 Coleta de dados.....	16
3.4 Avaliação dos dados.....	17
3.5 Análise e interpretação dos dados coletados.....	17
3.6 Apresentação dos resultados.....	17
3.7 Aspectos éticos.....	17
4 ANÁLISE DOS DADOS	18
4.1 Caracterização da amostra.....	18
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1 Repercussões relacionadas à pessoa com transtorno bipolar.....	29
5.2 Repercussões relacionadas à família.....	32
5.3 Repercussões relacionadas à enfermagem.....	35
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	44
Apêndice A – Instrumento de Coleta de dados	50
Apêndice B – Quadro sinóptico geral	51

1 INTRODUÇÃO

Este estudo se insere no campo da saúde mental e aborda as repercussões do transtorno bipolar na família e suas implicações para a enfermagem.

A Saúde Mental está em processo de readaptação no Brasil desde 1990, ano em que iniciaram os Movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Essas reformas foram utilizadas como pontos-chave no cuidado aos indivíduos com transtorno mental, e colaboraram para a construção de um novo modelo de assistência, que respeitasse e compreendesse o sujeito como ser humano (SANTOS et al, 2018).

Nos últimos anos a saúde mental vem sendo reconhecida como uma questão de saúde pública de relevância. Esse entendimento se solidificou pelo fato de o Estado ter assumido, junto aos cidadãos, suas responsabilidades, em respostas às lutas por direitos, que permitiram juntamente com a Constituição Federal, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a aprovação da Lei 10.216 de 2001, que legitima a Reforma Psiquiátrica Brasileira, de caráter antimanicomial, em que predomina o modo psicossocial de atenção. Em conjunto com esses fatos, temos a questão de que a saúde mental tem ocupado também o cenário internacional (FELIX; LIMA, 2017).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), diversos fatores podem afetar a saúde mental, entre eles as rápidas mudanças sociais, condições estressantes de trabalho, discriminação de gênero, exclusão social, estilo de vida alternativo e violência. A promoção da saúde mental inclui ações que possam criar condições de vida e ambientes que apoiem a saúde mental e que permitam aos indivíduos criar e manter seus hábitos e estilos de vida (OPAS, 2016).

Os problemas de saúde mental ocupam cinco posições dentro do ranking das 10 principais causas de incapacidade no mundo. Em 2003, 400 milhões de pessoas foram acometidas por transtornos mentais, em virtude do envelhecimento populacional e do agravamento de problemas sociais, tendo em vista que o aumento da longevidade expõe, por um tempo maior, os indivíduos a algum tipo de agravo psiquiátrico. Esse aumento gera custos sociais e ocupacionais, em termos de sofrimento, incapacidade e perda econômica (OMS, 2003)

Atualizando essas informações, pesquisas recentes feitas pela WHO indicam que aproximadamente 700 milhões de pessoas no mundo sofrem algum transtorno mental e problemas relacionados ao abuso de drogas, e isso vem causando grande impacto para o indivíduo na sua vida social, individual e familiar (WHO, 2013). Os transtornos mentais

representam 13% do total de todas patologias do mundo. A estimativa da WHO é que uma a cada quatro pessoas será afetada por alguma doença mental durante o curso da vida (WHO,2013).

De acordo com a World Health Organization (WHO), as doenças mentais são consideradas um problema de saúde pública, e afetam pessoas em qualquer fase da vida, independente da classe social (WHO, 2013). Os transtornos mentais acometem cerca de 20% da população mundial em algum momento da vida, e as doenças psiquiátricas de maior incidência são depressão (6 – 10%), distúrbio de ansiedade generalizado (3,4%), distúrbio do pânico (3,5%), transtorno bipolar (1%) (TB) e esquizofrenia (1%) (SANCHEZ, 2011).

As doenças mentais causam interferência no cotidiano das pessoas e na expectativa de vida. Conseqüências também são vistas nas famílias e cuidadores desses indivíduos, que, por muitas vezes tornam-se responsáveis pelo cuidado. Cuidado em saúde mental exige trabalho e dedicação em quem cuida, e pode interferir diminuindo a produção econômica e geração de renda das famílias (GOZZI et al, 2017).

Portadores de transtornos mentais costumam ter hábitos de vida menos saudáveis em relação à população em geral (sedentarismo, dieta inadequada, tabagismo e uso de substâncias estão entre os hábitos) e sua saúde física tende a ser desvalorizada pelas instituições e pelos profissionais de saúde. A minoria desses indivíduos recebe atendimento adequado, e quando isso ocorre geralmente o início do tratamento é tardio (CLEMENTE, 2015).

Em contraponto, menos da metade dos indivíduos com transtornos mentais buscam tratamento em serviços de saúde, e um dos principais motivos é a exposição aos estigmas, acessibilidade e disponibilidade, além de crenças e atitudes em relação aos transtornos, que também são implicações para a não procura de ajuda (CLEMENTE, 2015).

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a política de saúde mental prioriza esquizofrenia e transtorno bipolar como as doenças mais graves e depressão, ansiedade e dependência como as mais prevalente (XAVIER et al, 2014)

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) o Transtorno Bipolar (TB), abordado neste estudo, é uma condição psiquiátrica freqüente, e a prevalência na população em geral é em torno de 1 a 2%. Seus sintomas são evidenciados por episódios de alterações de humor, muitas vezes de difícil controle, e pode ser classificado em Tipo I e Tipo II. O TB tipo I é entendido como transtorno maníaco-depressivo, mas não há exigência de psicose ou episódio depressivo maior. Já no TB tipo II requer ao menos um episódio de depressão maior e ao menos um episódio hipomaníaco (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

A etiologia do TB não é totalmente conhecida, mas sabemos que fatores biológicos, genéticos, sociais e psicológicos somam-se para o surgimento da doença. Fatores genéticos e sociais determinam como o indivíduo reage aos estressores psicológicos e sociais, mantendo a normalidade ou desencadeando a doença. Outro fator importante é a genética, havendo tendência familiar em parentes de primeiro grau (FERNANDES, 2016).

O TB é caracterizado por dois subtipos: episódios maníacos (tipo I) e depressivos (tipo II). O tipo I são episódios depressivos leves a graves, intercalados com fases de normalidade e fases maníacas. Já o tipo II é marcado por episódios depressivos leves a graves, intercalados com períodos de normalidade e seguidos de fases hipomaníacas (DALGARRONDO, 2008). Dados mostram que o transtorno afeta homens e mulheres de forma diferente. Homens apresentam maior prevalência no TB tipo I e mulheres apresentam taxas mais elevadas no TB tipo II (BOSAIPO, BORGES, JURUENA, 2017).

Durante a fase maníaca, o indivíduo apresenta um estado de humor excessivo, euforia, alegria exagerada e duradoura. Com o aumento da energia começa muitas atividades e não consegue concluir, tem ideias grandiosas e quando confrontado gera extrema irritabilidade. Insônia, otimismo, aumento da libido, gastos excessivos (consigo mesmo e com desconhecidos), comportamento agressivo e inadequado o que resulta em riscos para si mesmo e outros em sua volta. Em casos mais graves, na fase maníaca, o indivíduo pode apresentar sintomas psicóticos (delírios e alucinações), agitação psicomotora, desorganização na fala, ideação suicida e homicida, abuso de substâncias (geralmente álcool) e desinibição exagerada (DALGARRONDO, 2008).

Em episódios mistos, o indivíduo apresenta períodos de normalidade. Quando ambos sintomas se apresentam durante o dia, a pessoa apresenta ideias suicidas, vontade de quebrar as coisas, bater e agredir a si mesmo ou a outras pessoas (KAPPLAN, SADOCK, GREBB, 2008). Quando em episódios mistos mais leves, o indivíduo geralmente troca o dia pela noite, apresenta dificuldade para despertar, no decorrer do dia sente um sono letárgico que ameniza ao entardecer. Durante a noite não consegue descansar, sente-se agitado e pode ter crise de pânico (DALGARRONDO, 2008).

Na fase depressiva o indivíduo demonstra desinteresse pela vida, sente-se inútil, perde o interesse por atividades que antes tinha prazer em desenvolver, sentimento de tristeza profunda, pode haver ganho ou perda de peso e diminuição da libido (MORENO, MORENO, 2005). Apresenta desesperança, culpa excessiva, dificuldade de concentração e de decisão, alterações no padrão de sono, dores ou outros sintomas corporais que não são advindos de doenças prévias (KAPPLAN, SADOCK, GREBB, 2008).

Apesar dos avanços terapêuticos, o TB continua sendo um dos transtornos mentais que mobiliza mundialmente tanto os profissionais de saúde, quanto os indivíduos que adoecem e suas famílias, pelas repercussões que pode ter na vida dessas pessoas, ressaltando que transtornos bipolares são doenças que podem se apresentar durante qualquer época da vida. Em geral, o início da doença manifesta-se no fim da adolescência e início da idade adulta. Apesar da manifestação inicial ocorrer tipicamente na juventude, geralmente há demora até que o diagnóstico seja feito e o tratamento iniciado. Os indivíduos levam em média oito anos até serem diagnosticados e tratados de maneira adequada, o que gera grandes prejuízos terapêuticos para o indivíduo, sua família e a sociedade (PACHECO et al, 2014).

No ano de 2010 o TB, ficou entre as condições mentais que mais incapacitam as pessoas ao longo dos anos. Além disso, o risco de mortalidade em pessoas com TB é o dobro da população em geral (STROPPA et al, 2018). Estima-se que 50% das pessoas com transtorno bipolar tipo I tentam suicídio ao menos uma vez na vida, geralmente no começo da doença, e cerca de 11 a 19% atingem seu objetivo (BEZERRA-FILHO et al, 2017).

Os problemas mentais exercem impacto sobre os indivíduos, suas famílias e o território onde vivem. Por isso, saúde mental é um tema que tem sido foco de várias pesquisas recentes, por sua complexidade e repercussão na vida do ser humano (GOZZI et al, 2017).

Família pode ser definida como um conjunto de normas, práticas e valores que tem seu tempo, lugar e história. A família desempenha um papel fundamental na vida das pessoas, pois é nela que o indivíduo cresce, é cuidado, adquire os conceitos em relação a si mesmo e desenvolve suas crenças e valores a respeito do mundo (NASCIMENTO et al, 2016).

Em saúde mental percebemos o impacto que doença tem sobre a família, e o desgaste é perceptível, tanto para a família quanto para o indivíduo doente. Os familiares se abalam não só pelo diagnóstico em si, mas pela perspectiva de vida que seus parentes terão a partir da doença, e também existe a preocupação por se tratar de uma doença a qual não tem cura. Com a doença crônica, que é o caso do TB, a família, na maioria das vezes, precisa modificar seu funcionamento para se adaptar à essa situação (KAAKINEN et al, 2010). Sabe-se que a família tem um papel singular e fundamental na vida de cada sujeito, pois interfere no processo saúde-doença, se modifica continuamente, e é capaz de cuidar de seus membros por mais complicado que seja.

Diante disso a família é a primeira rede de referência, conferindo proteção e socialização aos seus indivíduos. É na família que se inicia o aprendizado de afetos e relações sociais (BORBA et al, 2011). Por isso, quando um indivíduo é portador de algum transtorno

mental, é fundamental o apoio da família em seu tratamento, independente do tipo de transtorno (NASCIMENTO et al, 2016).

A partir do momento que entendemos o conceito de família é esse o grupo social que irá ter responsabilidade sobre a constituição dos indivíduos. Da mesma forma que a família afeta e influencia o sujeito, também é afetada e influenciada por ele. A família é um dos eixos de organização da vida do ser humano, o que torna importante a investigação de como o transtorno mental pode afetar todo o contexto familiar (MIOTO, 2010).

No campo da psiquiatria, a família era considerada a causa do adoecimento nos primórdios (PESSOTTI, 1996). O tratamento adequado era que os pacientes ficassem afastados de seus familiares de forma a não levar a piora do quadro. Esse modelo de atendimento deixou registrado o isolamento e a segregação social (MELO, PAULO 2012).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como objetivo principal a mudança de paradigma e levou em conta que essas transformações surgiam a partir de práticas, saberes, valores culturais e sociais (MELO, PAULO, 2012). Essa mudança proporcionou a transição do Modo Hospitalocêntrico (cuidado centrado no hospital psiquiátrico) para o Modo Psicossocial. As diretrizes do modo psicossocial estão baseadas no uso de tecnologias acolhedoras e inclusivas, que visam resgatar a cidadania e autonomia do sujeito que esta em sofrimento psíquico (MIELKE et al, 2010).

O principal objeto de cuidado na atenção psicossocial é a unidade familiar. A família é vista como integrante fundamental no tratamento, recuperação e reabilitação. Por isso é necessário que a família seja acompanhada pelos serviços de saúde mental de maneira que suas necessidades também sejam acolhidas. Diante disso, o principal desafio é promover a participação da família no planejamento e execução do cuidado (MIELKE et al, 2010).

O acolhimento, a escuta e as orientações são aspectos fundamentais no estabelecimento da corresponsabilização, ou seja, quando a família também recebe cuidados, a participação no cuidado fica mais ativa. Diante disso, é importante refletir sobre a inclusão da família na atenção psicossocial, tendo em vista uma nova forma de cuidado, que tem a família como principal núcleo de suporte e apoio (MIELKE et al, 2010).

Os fundamentos teóricos apresentados até aqui servem para sustentar este estudo, pensado a partir das experiências de práticas disciplinares em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família Nossa Senhora das Graças, onde, juntamente com o grupo de colegas, foram acompanhados usuários com diferentes transtornos psiquiátricos, tais como esquizofrenia, transtornos por uso de substâncias, transtornos de desenvolvimento e transtorno bipolar, além da proximidade familiar com pessoas que desenvolveram TB.

Durante as práticas percebeu-se a importância do trabalho dos enfermeiros e da equipe de enfermagem diante das demandas trazidas pelos usuários do serviço e seus familiares. No convívio familiar, identificou-se a necessidade de realizar atos de cuidado com o familiar adoecido. Diante disso, ficou evidente que o cuidado da família ao indivíduo com transtorno bipolar e a abordagem feita pelos enfermeiros é fundamental, tanto para o indivíduo quanto para a família.

Os resultados desta revisão integrativa poderão servir de base para pesquisas futuras, para ampliar os conhecimentos da equipe de enfermagem em relação ao tema, bem como auxiliar na abordagem junto à família sobre os cuidados aos indivíduos com esse transtorno.

Para atender as demandas provenientes dessas experiências, neste estudo foi estruturada a questão norteadora: “*Quais são as repercussões do transtorno bipolar na família e suas implicações para a enfermagem?*”.

2 OBJETIVO

Analisar as produções científicas referente às repercussões do transtorno bipolar na família e suas implicações para a enfermagem.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa (RI), conforme proposta por Cooper (1989). Este método agrupa e sintetiza os resultados de uma pesquisa sobre um determinado assunto.

Segundo Whitemore e Knafl (2005) a revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Pode combinar dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, pode gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem.

A presente revisão integrativa foi desenvolvida por meio de cinco etapas: formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados coletados e a apresentação dos resultados e os aspectos éticos (COOPER, 1989).

3.2 Formulação do problema

A formulação do problema foi construída tendo como base a questão norteadora: *“Quais são as repercussões do transtorno bipolar na família e suas implicações para a enfermagem?”*

3.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados nas bases de dados LILACS, BDENF e SCIELO, a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): transtorno bipolar (bipolar disorder, transtorno bipolar, saúde mental (mental health, salud mental), família (family, família), enfermagem (nursing, enfermería) e cuidados de enfermagem (nursing care, atención de enfermería).

Os critérios de inclusão foram artigos nos idiomas inglês, português e espanhol, publicados nas bases de dados já descritas, resultantes de pesquisas quantitativas, qualitativas, quanti-qualitativas, disponíveis on-line, na íntegra e gratuitas, entre os anos de 2009 e 2018.

Foram excluídas as publicações apresentadas sob forma de teses, dissertações e textos governamentais, artigos que não obtiveram acesso ao texto completo e sem acesso online, e os que não responderem a questão norteadora.

3.4 Avaliação dos dados

Para coleta dos dados pesquisados foi elaborado um instrumento (APENDICE A), o qual foi preenchido após a leitura dos artigos. Esse instrumento contém as seguintes informações: identificação, título, autores, periódico, ano de publicação, descritores, objetivos do estudo, metodologia, resultados e conclusão.

3.5 Análise e interpretação dos dados coletados

Foi elaborado um instrumento para síntese e comparação dos dados, no modelo de quadro sinóptico geral (APENDICE B), em que foram descritos de forma clara e objetiva as idéias de cada autor que respondam à questão norteadora do estudo.

3.6 Apresentação dos resultados

A apresentação dos resultados foi estruturada na forma de quadros, gráficos e tabelas, no intuito de responder à questão norteadora, atender ao objetivo do estudo e discutir as idéias dos autores

3.7 Aspectos éticos

Este estudo observou os aspectos éticos, mantendo a autenticidade das idéias, conceitos e definições dos autores pesquisados. As citações e referências foram registradas de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2002a, 2002b).

4 ANÁLISE DE DADOS

A seguir se apresentam os resultados da análise realizada entre os estudos selecionados, e para melhor entendimento os dados obtidos foram organizados em gráficos, quadros e tabelas.

4.1 Caracterização da amostra

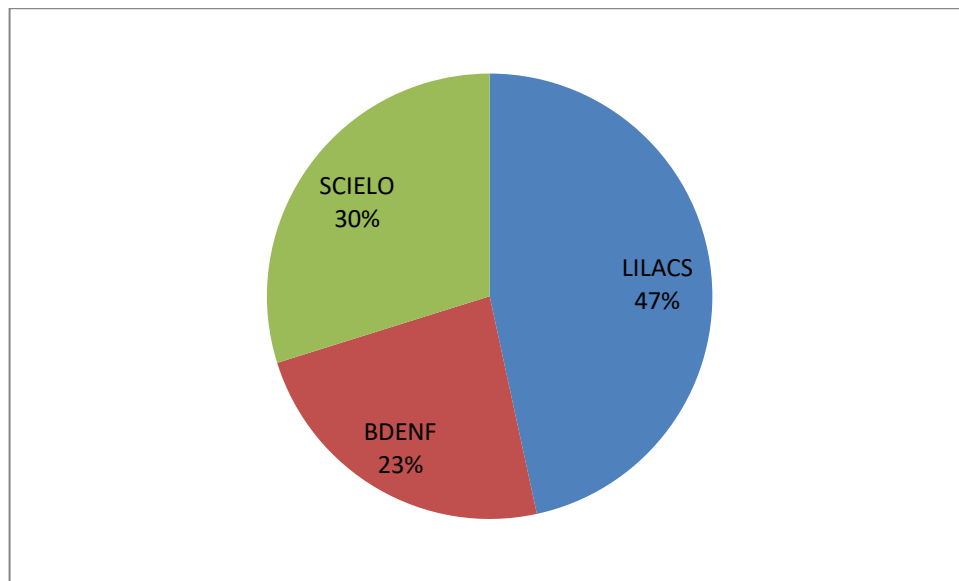
Neste estudo os dados que compuseram a amostra foram coletados nas bases: LILACS, BDENF e SCIELO, no período de 2009 a 2018, utilizando os descritores: *transtorno bipolar, saúde mental, família, enfermagem e cuidados de enfermagem*.

Tabela 1- Distribuição das publicações científicas por bases de dados, 2009-2018

Período 2009 - 2018	Bases de Dados			Total
	LILACS	BDENF	SCIELO	
Transtorno bipolar	318	19	108	445
Saúde mental	8938	1869	3825	14632
Família	16088	3676	13312	33076
Enfermagem	16492	12993	11127	40612
Cuidados de enfermagem	6986	6134	2886	16006
Total	48822	24691	31258	104771

Nas pesquisas realizadas na base de dados LILACS totalizaram 48822 (47%), na base de dados BDENF 24691 (23%) e na base de dados SCIELO 31258 (30%).

Gráfico 1: Frequência relativa da distribuição das publicações científicas por base de dados no período de 2009 a 2018.



Após, realizou-se a busca efetuando combinações entre os descritores. Encontrou-se um total de 148 publicações científicas.

A tabela 2 apresenta o número de publicações a partir do cruzamento entre os descritores, os quais foram agrupados dois a dois, mantendo-se o descritor “transtorno bipolar” fixo, combinando-o com os demais, utilizando o conector booleano “and” e seguindo os critérios de inclusão e exclusão descritos anteriormente.

Tabela 2 - Distribuição das publicações científicas por cruzamento de descritores, 2009 a 2018.

Período 2009 – 2018	Bases de Dados			Total
	LILACS	BDEF	SCIELO	
Transtorno bipolar X Saúde mental	46	10	20	76
Transtorno bipolar X Família	23	5	6	34
Transtorno bipolar X Enfermagem	6	6	14	26
Transtorno bipolar X Cuidados de enfermagem	4	6	2	12
Total	79	27	42	148

Excluindo-se as repetições, obteve-se um número de 76 artigos para análise de seus títulos e resumos. Um artigo foi excluído da amostra, pois não foi possível realizar o download. Após esse procedimento 28 publicações foram selecionadas para a leitura na

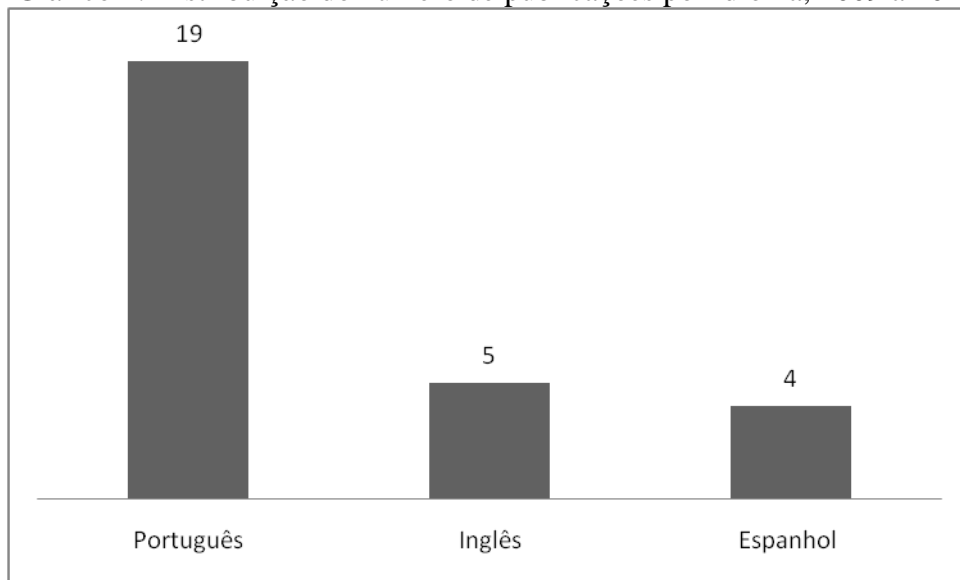
integrada. Com a leitura crítica dos artigos e aplicando a verificação da resposta à questão norteadora “*Quais são as repercussões do transtorno bipolar na família e suas implicações para a enfermagem?*” estabeleceu-se a amostra dessa revisão integrativa.

Tabela 3: Amostra do estudo por base de dados, 2009 a 2018.

Período 2009 – 2018	Bases de Dados			Total
	LILACS	BDEFN	SCIELO	
Transtorno bipolar X Saúde mental	15	02	1	18
Transtorno bipolar X Família	09	0	0	09
Transtorno bipolar X Enfermagem	0	0	1	1
Transtorno bipolar X Cuidados de enfermagem	0	0	0	0
Total	24	2	2	28

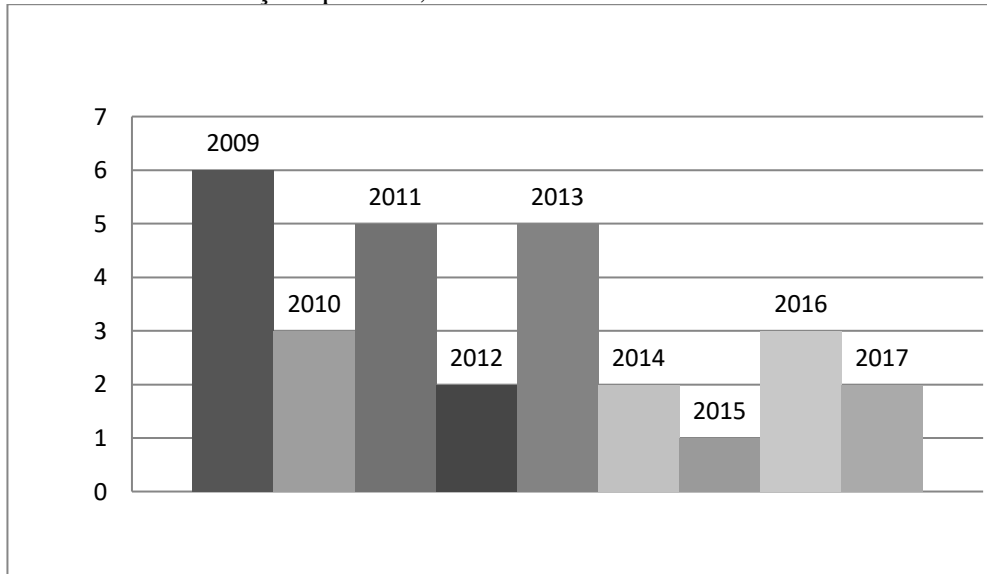
Referente ao idioma dos 28 artigos que compuseram a amostra, 19 foram publicados em português, cinco em inglês e quatro em espanhol, como mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 2: Distribuição do número de publicações por idioma, 2009 a 2018.



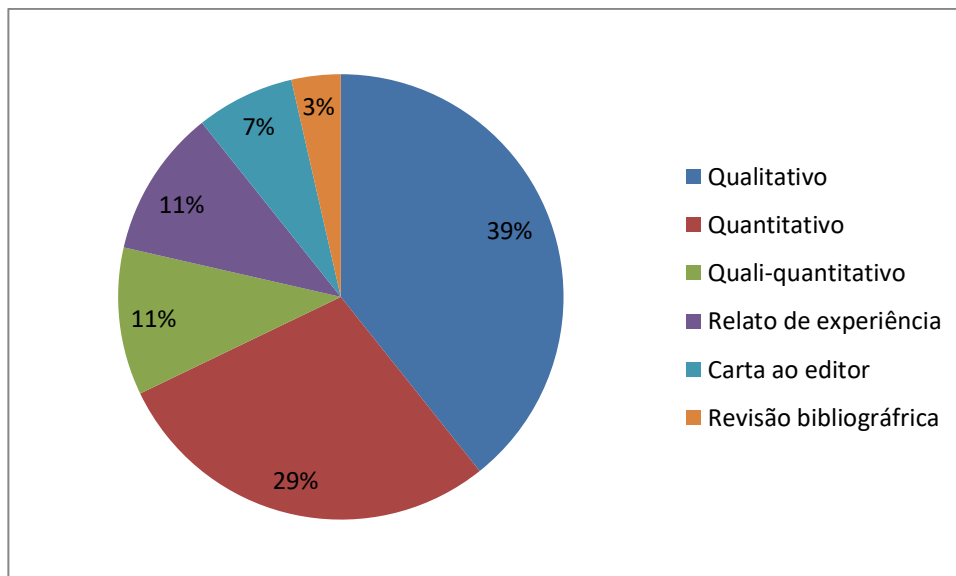
No Gráfico 3 vê-se o número de publicações por ano. Ressalta-se que no ano de 2018 não foi realizada nenhuma publicação em relação ao tema.

Gráfico 3: Publicações por ano, 2009 a 2018.



Em relação à metodologia utilizada nos estudos que compõe essa revisão integrativa, 11 artigos são estudos qualitativos (39%), oito artigos são estudos quantitativos (29%), três são estudos quali-quantitativos (11%), três são relato de experiência (11%), dois são carta ao editor (7%) e um artigo é do tipo revisão bibliográfica (3%), conforme demonstrado no gráfico a seguir.

Gráfico 4: Metodologias dos estudos da amostra, 2009 a 2018.



Quadro 1 – Artigos da revisão integrativa, títulos, autores e objetivos, 2009-2018.

Artigo	Título	Autor	Ano	Origem	Objetivo
01	Perfil do portador de transtorno mental em tratamento no centro de atenção psicossocial (CAPS)	BORBA et al.	2017	BRASIL	Caracterizar o perfil do portador de transtorno mental em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial.
02	Fatores associados à readmissão de pacientes psiquiátricos no leste de Antioquia em 2014	SOTO; MORENO; RAMÍREZ	2016	COLOMBIA	Explorar os fatores associados com o reingresso dos pacientes psiquiátricos atendidos na Clínica San Juan de Dios do município da Ceja, Antioquia, em 2014.
03	Depressão em idosas residentes em instituição de longa permanência	LAMPERT; ROSSO	2015	BRASIL	Investigar a prevalência de depressão e suas comorbidades em uma Instituição de Longa Permanência (ILP).
04	Estresse e satisfação de familiares e habilidades de vida independente de pacientes psiquiátricos ambulatoriais	SOARES; CECILIANO	2014	BRASIL	Descrever o grau de estresse de familiares que convivem com pacientes com esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar, sua satisfação com os serviços de saúde mental, o nível de habilidades de vida diária do paciente e a relação entre essas variáveis.
05	Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários com transtorno do humor de centro de atenção psicossocial do nordeste do Brasil	FREIRE et al.	2013	BRASIL	Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários do CAPS acometidos por Transtornos de Humor, traçando um perfil dos usuários e como objetivo secundário, verificar a taxa de adesão ao tratamento com lítio nos pacientes com Transtorno do Humor Bipolar, fazendo um levantamento dos medicamentos associados ao lítio.
06	Terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtorno bipolar pode melhorar a qualidade de vida	COSTA et al	2012	BRASIL	Avaliar a eficácia de 14 sessões de G-CBT na melhoria dos sintomas de humor e da qualidade de vida dos pacientes com BD, comparando esta intervenção mais farmacoterapia à farmacoterapia sozinha.
07	Estigma e frequências mais altas de re-hospitalização psiquiátrica: o sistema público de saúde	LOCH	2011	BRASIL	Avaliar a frequência de re-hospitalizações de indivíduos portadores de psicose e transtorno bipolar, para estudar os

	mental de São Paulo				determinantes da readmissão.
08	Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento	MIASSO; CARMO; TIRAPELLI	2011	BRASIL	Verificar a adesão de portadores de transtorno afetivo bipolar (TB) à terapêutica medicamentosa e identificar possíveis causas de adesão e não adesão ao medicamento de acordo com o perfil farmacoterapêutico.
09	O papel do enfermeiro na adesão ao tratamento de pessoas com transtorno afetivo bipolar: O que os registros dizem?	SOARES; PINTO	2012	BRASIL	Descrever o papel do enfermeiro na adesão ao tratamento da pessoa com TB, através de um levantamento de registros feitos por estudantes e pela enfermeira, nos prontuários dos respectivos pacientes, e a aplicação de uma escala de adesão ao tratamento do TB.
10	Implicações de um grupo de Psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar	MENEZES; MELLO E SOUZA	2011	BRASIL	Identificar as implicações do grupo de Psicoeducação no cotidiano dos portadores de transtorno afetivo bipolar.
11	Grupo de psicoeducação no transtorno afetivo bipolar: reflexão sobre o modo asilar e o modo psicossocial	MENEZES; MELLO E SOUZA	2010	BRASIL	Relatar a experiência de um membro da coordenação de um grupo de psicoeducação, a fim de contribuir para a prática em saúde mental nesse momento de transformações e construção de um novo paradigma – o psicossocial.
12	Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de idosos com transtorno bipolar	CRUZ et al	2011	BRASIL	Verificar a adesão, o conhecimento e as dificuldades de idosos com transtorno afetivo bipolar (TB), em relação à terapêutica medicamentosa, prescrita para controle do referido transtorno.
13	Terapêutica medicamentosa: conhecimento e dificuldades de familiares de pessoas idosas com transtorno afetivo bipolar	MONTESCHI; VEDANA; MIASSO	2010	BRASIL	Verificar o grau de conhecimento e dificuldades do familiar do idoso com Transtorno Afetivo Bipolar referentes ao tratamento medicamentoso prescrito para o paciente.
14	Transtorno afetivo bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o	MONTESCHI; VEDANA; MIASSO	2009	BRASIL	Verificar a adesão de pessoas com TB à medicação e comparar, entre aderentes e não

	tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental				aderentes, a satisfação quanto à equipe de saúde e tratamento.
15	O uso da psicoeducação no transtorno bipolar	FIGUEIREDO et al	2009	BRASIL	Investigar na literatura científica os resultados obtidos através do uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar.
16	O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental	NASCIMENTO et al	2016	BRASIL	Identificar os desafios encontrados pelos familiares que convivem com pessoas acometidas por transtorno mental.
17	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos e o cuidar em enfermagem	FERNANDES et al	2016	BRASIL	Relatar a vivência de acadêmicos de enfermagem com o cuidar ao portador de transtorno bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos.
18	Adesão ao tratamento no transtorno afetivo bipolar – percepção do usuário e do profissional de saúde	MAZZAIA; SOUZA	2017	BRASIL	Investigar a adesão a tratamentos para Transtorno Afetivo Bipolar e as influencias do gerenciamento de caso para esta adesão.
19	Caracterização clínica de famílias costarriquenhas com transtorno afetivo bipolar	CONTRERAS-ROJAS; RAVENTÓS-VORST	2014	COSTA RICA	Analisar as características clínicas, sociodemográficas e do curso do transtorno em famílias costarriquenhas com um ou mais membros afetados.
20	As condições de cuidado em famílias de Antioquia com um membro com transtorno afetivo bipolar	HERNANDÉZ; CORREA	2013	COLOMBIA	Indicar, de acordo com as experiências relatadas pelas famílias, em que condições o cuidado de um doente mental pode aumentar o estresse na família e no cuidador.
21	Transtorno Bipolar: Avaliação de um Programa de Psicoeducação sob o Enfoque da Análise do Comportamento	MUSSI; SOARES; GROSSI	2013	BRASIL	Avaliar a efetividade de um programa de psicoeducação, aplicado a 9 pacientes com diagnóstico de transtorno bipolar.
22	Cuidado de enfermagem segundo a teoria de orem: assistência a paciente com transtorno afetivo bipolar	SALES et al	2013	BRASIL	Analisar a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) oferecida a uma idosa portadora de transtorno afetivo bipolar (TB), norteando-se pelos preceitos da Teoria do Autocuidado de Orem.
23	Transtorno afetivo bipolar e a ambivalência em	MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO	2011	BRASIL	Compreender as condições causais da ambivalência da pessoa com transtorno

	relação à terapia medicamentosa: analisando as condições causais				afetivo bipolar (TB) em relação ao seguimento da terapêutica medicamentosa
24	A relação entre a não adesão ao tratamento e falsas crenças de pacientes bipolares e seus familiares	PELLEGRINELLI; ROSO; MORENO	2010	BRASIL	Quais as principais crenças errôneas a respeito Da natureza biológica da doença, da importância do apoio da família e dos efeitos da medicação.
25	O impacto da situação conjugal em pacientes internados com transtorno do humor bipolar	GOI; MOSQUEIRO; CUNHA	2009	BRASIL	Qual o impacto da situação conjugal em pacientes internados com transtorno do humor bipolar.
26	Sentimentos e percepções de familiares e de pessoas com transtorno bipolar acompanhadas em um centro de atenção psicossocial	MOLL; SANTO; AVENTURA	2009	BRASIL	Levantar e analisar os sentimentos e percepções presentes em familiares e pessoas com transtorno afetivo bipolar acompanhados em um centro de atenção psicossocial (CAPS).
27	Avaliação do funcionamento de uma família com um adolescente com Transtorno Afetivo Bipolar	RIVERA; VELASCO	2009	COLOMBIA	Descrever o processo de avaliação do funcionamento familiar em um centro de saúde mental na presença de um transtorno afetivo bipolar em um filho adolescente.
28	Interação entre paciente com transtorno afetivo bipolar e equipe ambulatorial quanto à terapêutica medicamentosa	MIASSO et al	2009	BRASIL	Identificar, na perspectiva da pessoa com transtorno afetivo bipolar (TB) e de seu familiar, como ocorre a interação paciente equipe de saúde relacionada à terapêutica medicamentosa.

O Quadro 2 apresenta o quadro sinóptico geral dos artigos, sintetizando as idéias dos autores acerca das repercussões do transtorno bipolar na família e suas implicações para a enfermagem.

Quadro 2: Quadro sinóptico geral das idéias dos autores sobre as repercussões do transtorno bipolar na família e suas implicações para a enfermagem, 2009 – 2018.

Nº artigo	Título	Transtorno bipolar e família e suas implicações para a enfermagem
1	Perfil do portador de transtorno mental em tratamento no centro de atenção psicossocial (CAPS)	Entre os entrevistados 45% indicaram a renda familiar como principal fonte de renda, e mais de 80% informaram residir com familiares.
2	Fatores associados com a readmissão de pacientes psiquiátricos no oriente antioqueño em 2014	Foi relatado que mais de 40% dos pacientes com múltiplas admissões apresenta problemas nas relações familiares. No presente estudo constatou que 24,3% dos participantes relataram ter disfunção familiar e 10,6% problemas de casal.
3	Depressão em idosas residentes em instituição de longa permanência	Das 142 idosas residentes na instituição, mais de 50% possuem algum distúrbio psiquiátrico associado, sendo a depressão, o transtorno afetivo bipolar e o retardo mental os mais comuns.
4	Estresse e satisfação de familiares e habilidades de vida independente de pacientes psiquiátricos ambulatoriais	Foi possível identificar que 81% dos familiares de pacientes psiquiátricos apresentavam sofrimento psíquico/estresse.
5	Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários com transtorno do humor de centro de atenção psicossocial do nordeste do Brasil	Mais de cinquenta por cento dos pacientes possuíam outros membros da família com Transtorno mental, mostrando que o histórico familiar é importante e o risco dos parentes de primeiro grau em desenvolver Transtornos de Humor situa-se entre 2 e 15 %.
6	Terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtorno bipolar pode melhorar a qualidade de vida	A terapia em grupo foi bem tolerada pelos pacientes com TB. Os pacientes apresentaram menos sintomas de mania, depressão e ansiedade, bem como redução na frequência e duração dos episódios de mudança de humor.
7	Estigma e frequências mais altas de re-hospitalização psiquiátrica: o sistema público de saúde mental de São Paulo	O desejo de uma família de manter os indivíduos com doença mental permanentemente hospitalizados pode contribuir para o padrão de readmissão de “porta giratória” de seus parentes com transtornos psiquiátricos.
8	Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento	A esse respeito, identificou-se que há pessoas com transtorno afetivo bipolar que, por acreditarem estar tomando muitos medicamentos, tendem a questionar a real necessidade das doses prescritas, bem como sua capacidade de suportar tais doses, sendo tal crença reforçada pela opinião de amigos e familiares, que estimulam a não adesão ao medicamento.
9	O Papel do enfermeiro na adesão ao tratamento de pessoas com transtorno afetivo bipolar: o que os registros dizem?	De acordo com o histórico levantado, todas sofreram algum tipo de abandono familiar, agressão física dos pais ou ex-cônjuges, antes ou após apresentarem os primeiros sintomas do TB.
10	Implicações de um grupo de Psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar	No entanto, apesar de alguns médicos salientarem a adesão como principal melhora após a utilização da Psicoeducação, esta também exerce um papel fundamental na mudança de aspectos da esfera afetivo-emocional da vida dos portadores, o que para os familiares é o mais importante, uma vez que valorizam mais a melhora no ajustamento social do que a adesão em si.

11	Grupo de psicoeducação no transtorno afetivo bipolar: reflexão sobre o modo asilar e o modo psicossocial	O grupo surgiu como uma estratégia para diminuir as frequentes internações de indivíduos portadores de TB, bem como para suprir a falta de suporte oferecido aos mesmos e aos seus familiares. Em geral, esses tinham pouco ou nenhum conhecimento sobre a doença, seus tratamentos, bem como sobre como prevenir as recaídas e, conseqüentemente, as reinternações.
12	Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de idosos com transtorno bipolar	Ao necessitar de ajuda para a administração de seus medicamentos, há idosos com TB que contam com o apoio familiar para que a terapêutica seja seguida corretamente. <i>“Eles (familiares) ficavam bastante em cima de mim... toda hora perguntando se eu estava me sentindo melhor, tomando os remédios certinhos... colocavam os remédios perto da TV pra eu não esquecer de tomar.”</i>
13	Terapêutica medicamentosa: conhecimento e dificuldades de familiares de pessoas idosas com transtorno afetivo bipolar	Mesmo sendo mencionados como as pessoas mais envolvidas no cuidado relacionado ao tratamento medicamentoso, provavelmente muitos familiares não estavam preparados para exercer tal função ou não a cumpriam efetivamente, pois a maioria dos mesmos não conhecia a dose e a frequência da medicação prescrita para o paciente.
14	Transtorno afetivo bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental	Esse aspecto é relevante para os profissionais de saúde, tendo em vista que a não adesão pode aumentar a recorrência de mania, a frequência de episódios depressivos, hospitalizações e suicídios, comprometendo a qualidade de vida dos pacientes e familiares e aumentando os custos para o sistema de saúde.
15	O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar	Juntamente ao tratamento medicamentoso, percebe-se a importância da intervenção psicossocial para auxiliar, orientar e educar pacientes portadores do transtorno bipolar e suas famílias. A psicoeducação é, também, útil no auxílio de familiares e pessoas próximas do paciente.
16	O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental	Através das falas dos familiares cuidadores, identificou-se o quanto pode ser desgastante o convívio com a pessoa com transtorno mental. Esse cuidado implica compreender e lidar com comportamentos não convencionais como falar sozinho, retraimento social, humor inconstante, entre outros, os quais terminam por despertar sentimentos ambíguos.
17	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos e o cuidar em enfermagem	A experiência no cuidado a um quadro de TB permitiu sugerir que para ter uma resposta positiva no quadro psíquico a família torna-se um forte aliado durante o processo de tratamento do portador de transtorno afetivo bipolar.
18	Adesão ao tratamento no Transtorno Afetivo Bipolar: percepção do usuário e do profissional de saúde	Uma questão que foi levantada pelas entrevistadas, usuárias e profissionais, quanto aos motivos para adesão ao tratamento é o fato dos familiares estarem por perto, tanto aqueles que dependiam das usuárias quanto os que estão para apoiá-las. <i>“Tanto que como às vezes ela esquecia, ela sempre combinou da mãe lembrar...”</i>
19	Caracterização clínica de famílias costarriquenhas com transtorno afetivo bipolar	Do total de 61 famílias, 90% tinham pelo menos um indivíduo com TB, 77% tinham mais de um indivíduo com TB e 26% quatro ou mais membros da família afetados.
20	As condições de cuidado em famílias de Antioquia com um membro com transtorno afetivo bipolar	Os motivos e as circunstâncias que levam uma pessoa a se tornar cuidadora de um familiar diagnosticado com TB tornam-se fatores associados à evolução do estresse e esgotamento familiar.

21	Transtorno bipolar: avaliação de um programa de psicoeducação sob o enfoque da análise do comportamento	Os estudos que abordam a psicoeducação para familiares e/ou terapia de casal demonstraram bons resultados na profilaxia da depressão e melhora nas relações sociais.
22	Cuidado de enfermagem segundo a teoria de Orem: assistência a paciente com transtorno afetivo bipolar	Observa-se, também, que a família não apenas participa do processo de adoecimento, mas cuida primariamente da pessoa adoecida, sendo afetada e sofrendo profundas implicações em sua dinâmica, organização e modo de vida quando ocorre uma condição crônica a um de seus membros
23	Transtorno afetivo bipolar e a ambivalência em relação à terapia medicamentosa: analisando as condições causais	O comportamento apresentado pela pessoa com TB, quando em crise, e as freqüentes internações geram sofrimento nos familiares, pois a convivência com a mesma é marcada por um sentimento de insegurança diante da imprevisibilidade de suas ações. A incerteza aparece como elemento importante na vida desses pacientes e familiares, sendo expressa, nos relatos, como medo do surgimento da crise.
24	A relação entre a não adesão ao tratamento e falsas crenças de pacientes bipolares e seus familiares: [carta ao editor]	A família deve ser incluída e orientada desde o início, a fim de que sua participação no tratamento, no controle de recaídas e na melhora da comunicação possa favorecer a manutenção da estabilidade.
25	O impacto da situação conjugal em pacientes internados com transtorno do humor bipolar	Muitos estudos mostram que o transtorno bipolar causa um desconforto cada vez maior aos cuidadores, o que deixa muitos com uma sensação de estarem sobrecarregados.
26	Sentimentos e percepções de familiares e de pessoas com transtorno bipolar acompanhadas em um centro de atenção psicossocial	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.
27	Avaliação do funcionamento de uma família com um adolescente com Transtorno Afetivo Bipolar	Os resultados indicam uma desconexão emocional da família, evidenciado em fronteiras rígidas entre o sistema conjugal e fraterno, por sua vez, uma baixa capacidade da família para se adaptar às mudanças.
28	Interação entre paciente com transtorno afetivo bipolar e equipe ambulatorial quanto à terapêutica medicamentosa	Toda a situação vivenciada pela pessoa com TB parece estar relacionada ao processo histórico inerente às interações entre profissionais de saúde e portadores de transtornos mentais. Sabe-se que, historicamente, pacientes e familiares eram vistos como leigos e, portanto, incapazes de entender, participar do processo de compreensão e tomada de decisões referentes ao tratamento, devendo, portanto, serem mantidos à distância das decisões.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO: Repercussões do transtorno bipolar na família e suas implicações para a enfermagem

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos a partir da análise das publicações que compõem o estudo. Os resultados trazem a discussão sobre as repercussões do transtorno bipolar na família e suas implicações para a enfermagem. Para fins de melhor compreensão da leitura, a discussão será apresentada em tópicos: repercussões relacionadas à pessoa com transtorno bipolar, à família e para a equipe de enfermagem.

Os artigos da amostra trouxeram resultados amplos em relação ao paciente com transtorno bipolar e a família. Mostraram que a maioria das famílias apresentam dificuldades em lidar com o familiar com transtorno mental. A maioria dos familiares relatam não saber lidar com a pessoa, principalmente quando a mesma se encontra em crise maníaca, o que na maioria das vezes a torna agressiva, agitada e inquieta (MOLL; SANTOS; VENTURA, 2009). Com relação aos transtornos mentais, as pessoas acometidas por doenças dessa ordem, apresentam sinais e sintomas que dificultam seu desempenho, gerando entraves e preconceitos na sociedade e até dentro da própria família (NASCIMENTO et al, 2016).

Na área da saúde mental, quando uma pessoa apresenta uma crise, o seu funcionamento geral está comprometido. Ocorre um desequilíbrio psíquico e o indivíduo encontra-se desprovido de competências ou incapaz de assumir responsabilidade pessoal. Como exemplos dessas situações têm-se indivíduos agudamente suicidas, com intoxicação por álcool ou outras substâncias, sintomas psicóticos e com acesso de raiva incontrolável. Nas situações de crise, a conduta mais utilizada pelos familiares cuidadores é de comunicar o serviço de saúde ou levar até o atendimento hospitalar (NASCIMENTO et al, 2016).

5.1 Repercussões relacionadas à pessoa com transtorno bipolar

O transtorno bipolar não se limita a um problema bioquímico, mas, também, psicológico e social (envolve dificuldades pessoais, familiares e sociais), está associado às altas taxas de recorrência e de recaída podendo tornar incapazes homens e mulheres, além das pessoas conviverem com barreiras, perdas e limitações nas várias interfaces da vida cotidiana (FERNANDES et al, 2016).

A pessoa com TB nos momentos de crise apresenta riscos como exposição a situações vexatórias, suicídio, prejuízo no desenvolvimento social profissional e psicológico. Segundo os autores, a crise é um momento difícil que requer mobilização de pessoas próximas –

familiares, amigos e de uma equipe de saúde mental (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2011). De acordo com um estudo na mesma temática realizado em 2012, nos históricos dos sujeitos com TB, há presença do comportamento suicida. Estima-se que até 50% deles tentam o suicídio ao menos uma vez em suas vidas e 15% efetivamente o cometem. Um estudo sugere que o transtorno bipolar é o transtorno psiquiátrico com maior risco ao longo da vida para tentativas de suicídio e suicídio completo (PEDREIRA; SOARES; PINTO, 2012).

Por ser o transtorno afetivo bipolar caracterizado por diferentes fases, alguns agentes medicamentosos podem ser eficazes somente em uma fase do transtorno, sendo a polifarmácia freqüentemente utilizada para tratar os sintomas subsindrômicos persistentes, após o fracasso da monoterapia. Desse modo, a monoterapia no transtorno bipolar é exceção ao invés de regra, sendo essa uma das principais dificuldades para a adesão do paciente ao tratamento (MIASSO; CARMO; TIRAPELLI, 2012). Contudo, cabe enfatizar que, considerando-se a complexidade do transtorno mental e as comorbidades clínicas e psiquiátricas associadas, em alguns casos um esquema medicamentoso complexo pode ser necessário com o intuito de alcançar o melhor estado de saúde possível do portador de transtorno mental e reduzir morbimortalidade (BORBA et al, 2017).

A adesão ao tratamento medicamentoso foi avaliada pelo teste de Morisky e Green, o qual permite avaliar se a eventual não adesão do paciente se deve a comportamento intencional (deixar de tomar a medicação por se sentir bem ou por se sentir mal) ou não intencional (esquecimento e descuido quanto ao horário da medicação). Constatou-se que, entre os pacientes investigados, a maioria (57,2%) é não aderente por comportamento não intencional, 14,3% são não aderentes por comportamento intencional e apenas 28,5% são aderentes. Tais achados corroboram os resultados de pesquisas que revelam que as taxas de não adesão são altas em transtorno bipolar, representam 47% em alguma fase do tratamento e que, aproximadamente, 50% dos pacientes bipolares interrompem o tratamento pelo menos uma vez, enquanto 30% deles o fazem ao menos duas vezes (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009; PEDREIRA; SOARES; PINTO, 2012).

Em um estudo realizado em 2010, a não aderência foi considerada pelos familiares como causa e conseqüência de crises e recaídas. De fato, a literatura assinala que a não aderência ao tratamento medicamentoso em pacientes com TB está associada a pior prognóstico, risco aumentado de recaídas e de suicídio (MONTESCHI; VEDANA; MIASSO, 2010).

Foi possível perceber que algumas vezes o comportamento de não aderência ao tratamento medicamentoso foi intencional, ou seja, o paciente não aderiu à farmacoterapia por

vontade própria. Diante desse problema, alguns familiares precisavam monitorar os pacientes na administração dos medicamentos. Entretanto, nem sempre o familiar tinha êxito na monitoração da aderência do paciente. No exemplo do estudo, a familiar tem limitações para intervir na utilização do medicamento por medo da agressividade do paciente, sendo coagida a mentir ou não acompanhá-lo na consulta médica. (MONTESCHI; VEDANA; MIASSO, 2010).

Uma das dificuldades manifestadas pelos familiares foi o consumo de bebidas alcoólicas pelo idoso com TB. Seus depoimentos mostram que há pacientes que deixam de utilizar o medicamento quando ingerem bebida alcoólica (MONTESCHI; VEDANA; MIASSO, 2010). Tal aspecto é relevante, pois está comprovado que o uso indevido do álcool é a comorbidade mais associada ao TB, sendo capaz de alterar a expressão, o curso e o prognóstico do mesmo (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009).

Pacientes com TB, ao não se perceberem doentes, geralmente não identificam motivos para seguir a terapêutica medicamentosa, sendo freqüente o abandono da mesma. (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009). Juntamente ao tratamento medicamentoso, percebe-se a importância da intervenção psicossocial para auxiliar, orientar e educar pacientes portadores do transtorno bipolar e suas famílias (FIGUEIREDO et al, 2009).

A educação dos pacientes pode melhorar a adesão ao tratamento, permitindo que recebam benefício máximo do tratamento e facilitando o ajuste à doença. Considera, ainda que a psicoeducação é uma ferramenta útil na aceitação da doença, que faz com que os pacientes entendam o significado da doença e se tornem aptos a desenvolver papéis mais ativos e chegar a decisões mais seguras sobre seus tratamentos (FREIRE et al, 2013). A psicoeducação é, também, útil no auxílio de familiares e pessoas próximas do paciente (FIGUEIREDO et al, 2009).

Em relação ao gênero, um estudo realizado com 21 pacientes de idade entre 23 – 79 anos, destacou que a maioria das pessoas entrevistadas era do sexo feminino (85,7%), embora não seja comprovada diferença significativa na distribuição de TB entre os gêneros. No que se refere ao estado civil, observou-se maior percentagem (42,8%) de pessoas casadas. Destaca-se que 14,3% dos pacientes eram divorciados sendo que, para todos os divórcio ocorreu após o surgimento do TB (52,5%) (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009).

Existe também inferência de que os Transtornos Depressivos ocorrem com maior freqüência em pessoas sem relacionamentos interpessoais íntimos ou que são divorciadas ou separadas. No entanto, o TB é mais comum entre pessoas divorciadas e solteiras do que entre casadas, mas essa diferença pode refletir um início mais precoce e a discórdia conjugal

resultante, características deste. O estudo também mostrou uma maioria de solteiros (FREIRE et al, 2013).

Da mesma forma, em outro estudo realizado com 178 pacientes da Unidade Psiquiátrica de um Hospital Universitário de Santa Maria, a presença de um cônjuge foi relacionada a um menor tempo de hospitalização, em dias, durante a vida do paciente, concluindo então que a presença do cônjuge pode reduzir as taxas de hospitalização, embora não reduza o número de episódios da doença (GOI; MOSQUEIRO; CUNHA, 2009). O desejo de uma família manter o indivíduo com doença mental permanentemente hospitalizado pode contribuir para o padrão de readmissão de “porta giratória” de seus parentes com transtornos psiquiátricos (LOCH, 2011).

Neste sentido, foi relatado que mais de 40% dos pacientes com múltiplas admissões apresentam problemas nas relações familiares e que elas melhoram através de intervenções psicológicas. Constatou-se ainda que 24,3% dos participantes relataram ter disfunção familiar e 10,6% problemas de casal (SOTO; MORENO; RAMÍREZ, 2016). É necessário levar em conta, ainda, a inserção da pessoa com TB em sua família, pois os vínculos são importantes para os sujeitos.

5.2 Repercussões relacionadas à família

A família participa não apenas do processo de adoecimento, mas cuida primariamente da pessoa adoecida, sendo afetada e sofrendo profundas implicações em sua dinâmica, organização e modo de vida quando ocorre uma condição crônica em um de seus membros (SALES et al, 2013).

A importância da família no tratamento de um indivíduo, independente da sua condição patológica, torna-se fundamental para que este sujeito consiga eficácia no tratamento e uma possível condição de estabilidade. Quando a família consegue fornecer ao paciente atenção, cuidado, diálogo, autonomia, afetividade, aceitação e liberdade, ela está a demonstrar ao paciente que ele tem uma fonte de suporte, suporte este indispensável (MAZZAIA; SOUZA, 2017).

A carência de informações sobre o transtorno e a falta de resultados imediatos no tratamento farmacológico estiveram relacionadas às dúvidas quanto à necessidade e eficácia do tratamento medicamentoso prescrito. Esses achados apontam para a necessidade de maior investimento na educação dos pacientes e familiares em relação ao transtorno e tratamento (CRUZ et al, 2011).

Em relação ao grau de conhecimento sobre medicamento, um estudo avaliou o conhecimento dos familiares de pessoas idosas com TB, em relação aos medicamentos prescritos pelo psiquiatra, comparando-se a última prescrição médica disponível no prontuário do paciente com os medicamentos referidos pelo familiar. No total de 17 entrevistados, encontrou-se que sete (41,18%) apresentaram bom conhecimento sobre o nome do medicamento utilizado pelo paciente. Destaca-se que três familiares (17,65%) não tinham qualquer conhecimento a esse respeito. Observou-se também que, entre os 17 sujeitos da pesquisa, a maioria (70,59%) não conhecia a dose correta da medicação prescrita para o paciente. Um (5,88%) familiar possuía pouco conhecimento e apenas quatro (23,53%) entrevistados foram avaliados como tendo bom conhecimento sobre a dose da medicação (MONTESCHI; VEDANA; MIASSO, 2010).

Há familiares que também se queixam da falta de orientação. Atribuem tal situação à falta de interesse e de preparo dos profissionais que os assistem, expressando desvalorização pela consulta recebida. Essa afirmação vai de acordo com os depoimentos dos pacientes e familiares, que revelaram descontentamento frente à padronização de intervenções em relação às pessoas com TB e expressaram o desejo de serem atendidos em sua individualidade (MIASSO et al, 2009).

Os familiares descreveram várias dificuldades cotidianas em relação ao seguimento da terapêutica medicamentosa pelos idosos com TB. Muitos familiares relataram o problema da não aderência como uma dificuldade enfrentada em relação à terapêutica medicamentosa, especialmente quando o idoso com TB era o responsável pela administração de seu medicamento. Destaca-se, ainda, que a falta de conhecimento dos familiares a esse respeito pode sinalizar uma falha na assistência oferecida pelos profissionais de saúde (MONTESCHI; VEDANA; MIASSO, 2010).

Embora o tratamento medicamentoso seja essencial, a literatura aponta que intervenções psicossociais, associadas ao mesmo, podem ajudar a aumentar o intervalo entre as crises, diminuir a severidade dos episódios, melhorando o ajustamento social do paciente entre uma e outra crise e ajudando-o na adesão ao tratamento. Nesse contexto, deve-se oferecer ao paciente e família ampla gama de opções terapêuticas. Sobretudo, a presença de equipe multidisciplinar no tratamento e o fácil acesso aos medicamentos, de forma sistemática e continuada, podem melhorar o prognóstico dessa doença (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009).

Um estudo realizado com um grupo de psicoeducação verificou, ainda, que parte dos benefícios desse tipo de abordagem se dá em virtude das trocas que existem entre os próprios

participantes. Ao perceberem-se num grupo de iguais, sentem-se consolados e aliviados. Além disso, relataram ter modificado algum comportamento inadequado ou mesmo ter buscado uma nova estratégia para lidar com as conseqüências do TB na vida a partir do que ouviram das experiências de outros membros do grupo. Ao mesmo tempo, o sujeito também se percebe como fonte de ajuda para outros indivíduos com TB e familiares (MENEZES; MELLO E SOUZA, 2012).

A psicoeducação de familiares e cônjuges potencializa os resultados terapêuticos na medida em que estes passam a ter maior conhecimento da patologia do paciente. Junto a isso, aprendem a manejar crises e a lidar com situações do cotidiano de forma mais adequada, isto é, contribuindo com o tratamento do paciente (FIGUEIREDO et al, 2009). Lidar com situações de crise não é uma tarefa simples, exige um cuidado intenso e intensivo por parte de profissionais e familiares (NASCIMENTO et al, 2016).

Um estudo identificou que familiares de idosos com TB possuem uma posição privilegiada para identificar problemas e intervir colaborando no tratamento. Entretanto, muitos deles encontram-se despreparados e sobrecarregados (MONTESCHI; VEDANA; MIASSO, 2010).

Outro estudo com o mesmo propósito trouxe como resultado que é essencial que os serviços de saúde mental realizem ações de reabilitação psicossociais mais eficazes, a fim de facilitar melhores resultados terapêuticos em saúde mental, particularmente em relação aos familiares, devido ao grau de estresse (SOARES; CECILIANO, 2014).

O trabalho educativo com famílias afetadas por uma doença mental, precisa enfatizar de maneira sistemática favorecendo o conhecimento sobre a doença (possíveis desencadeantes, sintomas, duração, ciclagem), antecipar possíveis crises e planejar estratégias de manejo e destacar a importância de intervenções sistêmicas quando um indivíduo com TB está presente (RIVERA; VELASCO, 2009).

Conflitos familiares podem estar associados a episódios de depressão. Entre os estímulos antecedentes trazidos pelos pacientes para estes episódios, destacam-se conflitos com os familiares (brigas com pai, mãe, filhos e separação dos pais) e conflitos com o cônjuge (separação, traição e término de relacionamento). Isto justificaria o fato de as intervenções focadas nos familiares contribuírem para prevenção de episódios de depressão (MUSSI; SOARES; GROSSI, 2013).

No contexto da Reforma Psiquiátrica, que ora se apresenta, a família vem sendo resgatada para colaborar no diagnóstico, tratamento e manutenção do paciente na comunidade. Entretanto, é necessário que ela seja assessorada, preparada e apoiada pelos

profissionais de saúde. A esse respeito, identificou-se a necessidade de os integrantes da família terem suporte emocional para poder fortalecerem-se. Nesse aspecto, reside a importância de os profissionais estarem atentos às necessidades dos familiares a partir da realização de intervenções como grupo de familiares, visitas domiciliares, entre outras atividades que favoreçam a inserção dos mesmos no serviço, em uma perspectiva de que a família precisa ser cuidada, para que se sinta fortalecida e possa ter e oferecer suporte emocional (MONTESCHI; VEDANA; MIASSO, 2010).

Estudo realizado com 62 sujeitos (pacientes e familiares) demonstrou que 40% dos sujeitos têm crenças errôneas a respeito da natureza biológica da doença, da importância do apoio da família e dos efeitos da medicação. As principais crenças errôneas levantadas foram: o TB é um problema psicológico, o tratamento medicamentoso pode comprometer a vida do paciente mais do que melhorá-la (relação risco x benefício), o TB é emocional, e não biológico, o TB não é um transtorno mental ou uma doença médica, a medicação, além de causar dependência, é prejudicial, a família tem um papel prejudicial no tratamento, a cura é possível (PELLEGRINELLI; ROSO; MORENO, 2009).

Em um estudo foram entrevistados 1005 indivíduos com transtornos mentais severos e observou-se que o fato de ser portador de TB se configurava em risco para reincidência de surtos e que a presença de cuidadores seria necessária com objetivo de continuidade do tratamento, sendo este o papel da família (MAZZAIA; SOUZA, 2017). Esta informação vai ao encontro de um estudo realizado no Departamento de Psiquiatria da Universidade de Antioquia que mostra que quando o cuidador aceita a condição do paciente, há uma disposição melhor para cuidar dele. Outro aspecto relacionado também ao cuidador e que tem a ver com a possibilidade de encontrar fontes externas de descanso e satisfação são: dormir bem, passear, conversar com alguém sobre as demandas do exercício do cuidado e, acima de tudo, ser reconhecido em sua função (HERNÁNDEZ; CORREA, 2013).

Assim, destaca-se a importância do cuidado em relação aos familiares dos pacientes, deve-se cuidar para não os sobrecarregar para que não se percebam em situação de estresse, é necessário considerar o contexto em que estão inseridos, escolher as intervenções de forma conjunta – profissionais, usuários e familiares e, munir estes familiares de informações e orientações afim de instrumentalizá-los e fortalecê-los para o cuidado de seu ente querido em sofrimento (MAZZAIA; SOUZA, 2017). Esse cuidado implica compreender e lidar com comportamentos não convencionais como falar sozinho, retraimento social, humor inconstante, entre outros, os quais terminam por despertar sentimentos ambíguos. Assim, o

convívio com estes familiares com transtorno mental foi mencionado como um encargo difícil e complicado no núcleo familiar (NASCIMENTO et al, 2016).

Outro estudo evidenciou que a família da pessoa em sofrimento psíquico sente-se sobrecarregada não só pelo fato de ter que suprir as dificuldades diárias do paciente mas também pelas inseguranças e imprevisibilidade dos seus comportamentos e reações (NASCIMENTO et al. 2016)

Observa-se que a família enfrenta situações de dificuldade nos momentos de crise, muitas vezes por não possuir conhecimento técnico-científico suficiente sobre a doença vivenciada pelo seu familiar. Muitos familiares desconhecem os sinais e sintomas, o comportamento do sujeito, a evolução do quadro clínico. As orientações a respeito da doença por parte dos profissionais de saúde devem ser claras e objetivas, abordando tanto a pessoa com transtorno mental quanto o familiar, o que contribui no manejo nos momentos de crise, obtendo melhores condutas (NASCIMENTO et al, 2016).

A experiência no cuidado a alguém com TB permite sugerir que ter uma resposta positiva no quadro psíquico à família torna-se um forte aliado durante o processo de tratamento do sujeito com transtorno afetivo bipolar. Neste contexto, a família configura-se como uma parceira fundamental para o tratamento e qualidade de vida do portador de TB e que devem ser incluídas no projeto terapêutico do usuário de várias formas, tais como: palestras, atendimentos individualizados ou em grupo, fornecendo assim as orientações relativas à doença, a forma de agir diante das crises, bem como sobre todos os aspectos que envolvem a assistência ao indivíduo que apresenta o diagnóstico, dirimindo as dúvidas existentes (FERNANDES et al, 2016).

A família tem papel importantíssimo na reinserção social do indivíduo em sofrimento psíquico devendo, assim, ser inserida como objeto de cuidado da equipe de profissionais de saúde (MAZZAIA; SOUZA, 2017).

5.3 Repercussões relacionadas à enfermagem

A pessoa com transtorno afetivo bipolar sente necessidade de ser submetida a uma avaliação rigorosa e individualizada pela equipe de saúde, quanto à terapêutica medicamentosa instituída, para se sentir mais segura. O enfermeiro tem papel fundamental no acolhimento e orientação desses sujeitos (MIASSO; CARMO; TIRAPELLI, 2012). Desta maneira de acordo com Fernandes et al. (2016) é relevante a assistência de enfermagem, pois a mesma possui objetivo de gerar confiança no relacionamento enfermeiro-paciente, a fim de

elaborar um plano terapêutico individualizado, que deve ser conduzido de maneira efetiva, eficaz e humanizada.

Destaca-se, ainda, a importância da equipe de saúde priorizar medicamentos que interfiram o menos possível nos hábitos de vida do paciente e facilite a automatização das tomadas, de forma personalizada, associando-as a atividades cotidianas como café da manhã, leitura de jornal, programas de televisão etc., visando evitar esquecimentos, especialmente em terapias complexas que envolvam vários tipos de medicamentos e número elevado de doses diárias (MIASSO; CARMO; TIRAPELLI, 2012). Em contrapartida, em uma pesquisa realizada em 2010, foi também expressa a dificuldade do familiar para lembrar-se de todos os medicamentos utilizados pelo paciente, especialmente quando havia prescrição de uma grande quantidade de medicamentos (MONTESCHI; VEDANA; MIASSO, 2010).

Segundo outro estudo, os profissionais desempenham relações fragmentadas e impessoais. Frente a essa situação, a pessoa com TB reclama da dificuldade em ser ouvida quando apresenta questionamentos ou queixas relacionadas ao tratamento medicamentoso. Evidencia-se, em seus relatos, que a relação médico-paciente implica em uma desigualdade de perspectivas, em que o conhecimento parece fluir unilateralmente (MIASSO et al, 2009).

Nessa perspectiva, vale ressaltar que as concepções e práticas de saúde, segundo o paradigma da Reforma Psiquiátrica, não comportam mais um olhar fragmentado do sujeito, direcionado apenas para o transtorno, mas uma atenção integral, voltada para o respeito dos seus valores subjetivos e para a promoção de sua autonomia. Várias publicações trazem como questão central, o importante papel do profissional de saúde para a adesão ao tratamento. De qualquer forma, fica evidente, pelos resultados de diversos estudos, que um dos fatores decisivos para a adesão é a confiança depositada pelo paciente na prescrição, na equipe de saúde ou no médico pessoalmente (MIASSO et al, 2009).

No entanto no modo asilar o que importa mesmo é a ação do remédio. Dessa forma, o meio familiar e social não são levados em conta, excluindo a família das práticas de tratamento ou considerando-a apenas como um coadjuvante. O trabalho no modo asilar, mesmo que seja multiprofissional, é fragmentado, similar ao modelo da divisão do trabalho no capitalismo. No hospital psiquiátrico – instituição típica desse modelo – o paciente é atendido pelo psiquiatra, que define o problema (doença - diagnóstico), estabelece o tratamento (medicamentoso) e determina se haverá necessidade de ocorrer ações de outros especialistas. Assim, não há um trabalho em equipe, muito menos consideração do paciente como participante desse processo. Portanto, no modo asilar privilegia-se o hospital como local

de tratamento e o trabalho é centrado no saber médico, considerando os demais profissionais como secundários – paramédicos, não-médicos (MENEZES; MELLO E SOUZA, 2011).

Fica evidente, nos depoimentos dos participantes do estudo, a hegemonia do modelo biomédico de assistência à saúde, que resulta em uma relação de poder, tanto social quanto simbólica, entre médico e paciente. Nesse modelo, os profissionais que se consideram detentores da verdade são responsáveis por instruir aqueles que supostamente nada sabem a incorporar hábitos e atitudes considerados por eles como mais saudáveis, desconsiderando, muitas vezes, os processos sociais, históricos e culturais, nos quais o paciente constrói sua identidade e conhecimentos. Nesse contexto, merece discussão, tanto na prática profissional quanto na pesquisa, o papel do paciente no seu tratamento, considerando-o como ser social, dotado de crenças, valores, expectativas, conhecimentos e que atribui sentidos e significações ao uso ou resistência ao uso do medicamento em seu processo de adoecimento (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009).

Para atuar efetivamente sobre problemas relacionados a não adesão ao tratamento, os profissionais de saúde necessitam conhecer os motivos que levam o paciente a não aderir ao tratamento, bem como as concepções que o mesmo possui a respeito do medicamento prescrito (MIASSO; CARMO; TIRAPELLI, 2012).

Num estudo realizado em 2009, foi observado que todos os pacientes aderentes ao tratamento medicamentoso se referem positivamente à equipe de saúde, mencionando estarem satisfeitos com a mesma. Tal achado corrobora os resultados de uma revisão bibliográfica sobre adesão à terapêutica medicamentosa, que identificou várias publicações que trazem como um dos fatores decisivos para a adesão a confiança depositada pelo paciente na prescrição e na equipe de saúde (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009).

Em contraponto, geralmente a decisão de abandonar o tratamento por não se reconhecer doente é considerada como falha pelos profissionais, pois, para esses, a única opção aceitável, por parte do usuário, é seguir as orientações apresentadas pela equipe de saúde. Um dos pacientes que não adere ao medicamento intencionalmente refere que o tratamento causa muito sono e prefere a utilização de bebidas alcoólicas (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009).

De acordo com uma pesquisa realizada em 2009, a respeito da orientação fornecida para os pacientes sobre os medicamentos no ambulatório, apenas um referiu-se à orientação de enfermagem, fazendo-o de modo crítico ao mencionar a necessidade de questionar para obter informações e o fato de a orientação ser realizada em local com presença de vários outros pacientes. Esse aspecto pode estar relacionado ao modo de funcionamento dos serviços

públicos de saúde, geralmente com alta demanda e número reduzido de recursos humanos disponíveis, contribuindo significativamente para dificultar o relacionamento terapêutico equipe de saúde-paciente. Nesse cenário, a pessoa com TB sente necessidade de ser ouvida e acolhida pela equipe de saúde (MIASSO et al, 2009).

Nota-se um olhar característico da assistência de enfermagem psiquiátrica organicista, em que o papel do enfermeiro se resume a fazer observações rigorosas do estado do paciente, pautadas no saber baseado na psicopatologia, administrar medicamentos para controlar o comportamento, e informar o médico quaisquer problemas surgidos com os pacientes, sem descrever ou considerar o relacionamento interpessoal como principal recurso terapêutico (PEDREIRA; SOARES; PINTO, 2012).

Um estudo bibliográfico sobre a atividade administrativa da enfermagem em saúde mental revelou que o enfermeiro é o profissional que menos realiza atendimentos diretos à clientela, ocupando a maior parte de seu tempo com atividades de organização do trabalho das instituições onde atua. A esse respeito, a literatura aponta que a dificuldade de posicionamento do enfermeiro na equipe multiprofissional é justificada pelo fato da equipe não possuir um objetivo de trabalho único, sendo que cada profissional trabalha com um referencial teórico diferente, o que tende a prejudicar também a visão integral do paciente, o qual é abordado de forma fragmentada (MIASSO et al, 2009).

Os resultados de um estudo realizado em 2012 apontam que os registros efetuados pelas enfermeiras e pelos estudantes não fornecem os dados necessários para se garantir a existência de um processo de enfermagem com qualidade, pois, na sua grande maioria, os registros apresentam o uso de termos de cunho moral e não há diagnósticos, intervenções nem evolução de enfermagem sendo registrados (PEDREIRA; SOARES, PINTO, 2012).

Os profissionais de saúde, em especial, a equipe de enfermagem devem promover atendimento as pessoas com transtornos mentais de maneira holística, colocando sempre em evidência a família e o contexto no qual o portador encontra-se inserido (FERNANDES et al, 2016). A enfermagem, por ser uma profissão diretamente ligada ao cuidado e cotidiano do paciente, pode promover o estabelecimento de uma melhor adesão ao tratamento, oferecendo suporte e manutenção terapêutica, criando um elo de confiança e segurança para a pessoa com transtorno mental (NASCIMENTO et al, 2016).

Além disso, enquanto profissionais é necessário manter-se sensível aos sentimentos e dificuldades manifestados pelos familiares que, muitas vezes estão em tensão pelo simples fato de vivenciarem o sofrimento psíquico de seu familiar. São observados sentimentos de tristeza, vergonha e medo em familiares de indivíduos em sofrimento psíquico decorrentes,

principalmente, da vivência de comportamentos agressivos, da necessidade de manejo de situações de crise, além de problemas financeiros e desentendimentos familiares (MAZZAIA; SOUZA, 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa permitiu identificar na literatura quais são as repercussões do transtorno bipolar na família e suas implicações para a enfermagem. As pesquisas foram realizadas em periódicos indexados nas bases de dados LILACS, BDENF e SCIELO entre 2009 e 2018, usando os descritores transtorno bipolar, saúde mental, família, enfermagem e cuidados de enfermagem, e foram encontradas 28 publicações para compor a amostra deste estudo.

Os resultados foram apresentados em três tópicos onde foram trazidos os principais achados dentre os estudos analisados. O primeiro tópico traz as repercussões à pessoa acometida com TB. Pode-se perceber que os sujeitos acometidos pelo transtorno, por muitas vezes não se percebem doentes, dificultando assim a adesão ao tratamento, que na maioria das vezes é longo e os resultados não são obtidos de imediatos, tornando-se assim exaustivo tanto para quem sofre como para quem cuida.

Os sujeitos apresentam dificuldades para cuidar de si mesmo, tornando-se necessário terceirizar esse cuidado para um membro da família ou alguém próximo, o que o torna dependente. Por ser um transtorno com diversas fases, a pessoa acometida sente as mudanças de humor o que acaba causando impactos no dia a dia, o indivíduo torna-se muitas vezes incapaz de desenvolver suas atividades cotidianas da vida, o que lhe causa um grande sofrimento.

Outro tópico trazido nos resultados é a repercussão que o TB causa à família, que por muitas vezes sente-se sobrecarregada e desgastada por efetuar o cuidado ao familiar que tem a doença. A família quando assume o papel de cuidadora, desempenha vários cuidados, como monitorar as medicações, realizar cuidados, acompanhar durante o tratamento, enfrentar as mudanças de humor constante do sujeito, o que a torna fragilizada e gera conseqüências negativas como prejuízo na vida social e profissional, prejuízo financeiro e alterações na rotina.

A família é fundamental no tratamento de um sujeito com transtorno mental. Quando a família transmite confiança, cuidado, atenção, afeto, carinho e autonomia para o sujeito, ele passa a compreender que o intuito do cuidado é que ele possa ter uma fonte de suporte e apoio sempre que houver necessidade. Fazer com que o sujeito com TB compreenda sua situação (principalmente em momentos de crise) é uma tarefa árdua. O indivíduo não se compreende doente, atesta que esta em seu estado normal e isso acaba tornando-se exaustivo,

principalmente para o cuidador, que por muitas vezes tem que ser paciente e compreender o momento que o sujeito está enfrentando.

Em alguns estudos pode-se perceber através de relatos de familiares que o cuidado com o indivíduo com TB vai além de compreender e lidar com o comportamento, mas engloba também o momento da crise, a dificuldade na administração das medicações e a paciência. O convívio torna-se desgastante, principalmente em crises de euforia, onde muitas vezes o familiar vê-se perdido diante das ações do indivíduo, e procura muitas vezes associar um cuidado que é indesejado por parte do portador, principalmente por estar num momento mais propenso à agressão.

Em casos em que os momentos de crise têm longa duração, a alteração do cotidiano familiar é visível e compromete todos seus membros, comprometendo a saúde, gerando sobrecarga física e emocional. Assim destaca-se a importância do cuidado também com os familiares dos sujeitos acometidos pelo TB. O profissional de saúde deve observar o contexto no qual aquele núcleo familiar está inserido, escolher de forma conjunta as melhores alternativas para a melhora da situação, orientar e salientar a importância do cuidado para com o seu ente querido, tendo em vista que a família precisa estar em condições psicológicas e emocionais para atender a seu familiar.

Quanto à atuação dos profissionais de saúde, cabe a eles repassar confiança, ter empatia, saber escutar e ouvir as demandas do sujeito e da sua família. Ao estabelecer uma relação terapêutica, o enfermeiro evidencia o interesse pela situação que está sendo enfrentada pelo outro, além de transpassar que a disponibilidade de ajudá-lo a encontrar saídas para que o problema seja resolvido.

Os resultados deste estudo trouxeram amplas discussões acerca das repercussões do TB no indivíduo em si, na família que o apóia e na sociedade em que vive. Através da amostra selecionada pode-se verificar, o quanto é desgastante o convívio com a pessoa com transtorno mental. Em muitos estudos observaram-se que a exaustão é um dos principais problemas associados ao cuidador que convive com o indivíduo que tem TB.

Embora as publicações selecionadas estivessem dentro dos critérios de inclusão e exclusão para a amostra, com os descritores selecionados e nas bases de dados escolhidas, encontrou-se somente um estudo cruzando os descritores, transtorno bipolar X enfermagem. E nenhum estudo cruzando os descritores, transtorno bipolar X cuidados de enfermagem. Este achado pode ser atribuído a uma limitação do estudo, em que o tema transtorno bipolar com enfoque na enfermagem é pouco explorado, seja pelo fato de que os enfermeiros não produzem sobre suas práticas nessa área, seja pela forma como a amostra foi selecionada.

A proposta de trabalhar com a temática das repercussões do transtorno bipolar na família e suas implicações para a enfermagem, trouxe dificuldade para encontrar material para argumentar e aprofundar o conteúdo da discussão. A literatura científica com suas publicações não apresenta trabalhos aprofundados a cerca do assunto. A maioria trata de caracterizar sinais/sintomas do TB, comportamentos dos indivíduos, complicações, equipe multiprofissional, mas poucos abordavam as repercussões para a enfermagem em si.

Estes achados permitem sugerir que as publicações com a abordagem da temática deste estudo sejam incentivadas, bem como direcionadas para preencher as lacunas encontradas.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-V. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V**. 5.ed. Porto Alegre: ARTMED, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 6023: informação e documentação: referências e elaboração: apresentação**. Rio de Janeiro, 2002

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 14724: informação e documentação: citações em documentos: apresentação**. Rio de Janeiro, 2002.

BEZERRA-FILHO, S. et al. Suicide attempts in bipolar I patients: impact of comorbid personality disorders. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 39, n.2, p.133-139, 2017.

BORBA, L. de O. et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.2, p.442-449, 2011.

BORBA, L. de O. et al. Perfil do portador de transtorno mental em tratamento no centro de atenção psicossocial (CAPS). **Revista Mineira de Enfermagem**, v.21, e1010, 2017.

BOSAIPO, N. B; BORGES, V. F; JURUENA, M. F. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v. 50, n. supl1., p.72-84, fev. 2017.

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

COOPER, H. M. **The integrative research review: a systematic approach**. Newburg. Park, CA: Sage, 1989.

CRUZ, L. P. da et al . Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de idosos com transtorno bipolar. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.4, p.944-952, 2011.

DALGALARRONDO P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FELIX, T.S; LIMA, A.F. Considerações acerca do direito à moradia de pessoas em sofrimento assistidas pela saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v.9, n.24, p.73-95, 2017.

FERNANDES, M. A. et al. Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos e o cuidar em enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife v. 10, n.2, p.669-674, 2016.

FIGUEIREDO, Â. L. de et al. O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v.11, n.1, p.15-24, 2008.

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

GOI, P. D.; MOSQUEIRO, B. P.; CUNHA, A. B. da. O impacto da situação conjugal em pacientes internados com transtorno do humor bipolar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**., São Paulo , v.31, n.4, p.394-395, 2009.

GOZZI, A. de P. N. F et al. A saúde mental nos estudos sociais da ciência: apontamentos sobre a produção do conhecimento. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 25, n.3, p.661-668, 2017.

HERNÁNDEZ, M. H. E.; CORREA, M. V. B. As condições de cuidado em famílias de Antioquia com um membro com transtorno afetivo bipolar. **Iatreia**, v.26, n.4, p.419-429, 2013

KAAKINEN, J. R. et al. **FAMILY HEALTH CARE NURSING: Theory, Practice and Research**. Philadelphia: F. A. Davis Company, ed.4, 2010.

KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de Psiquiatria: ciência, comportamento e psiquiatria clínica. 9a Edição**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

LOCH, A. A. Estigma e frequências mais altas de re-hospitalização psiquiátrica: o sistema público de saúde mental de São Paulo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.34, n.2, p.185-192, 2012.

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

MELO. P. F.; PAULO. M. A. L. A importância da família na recuperação do usuário de álcool e outras drogas da série. **Saúde Coletiva em Debate**, v. 2, p. 41-51. São Paulo, 2012.

MENEZES, S. L.; MELLO E SOUZA, M. C. B. de. Grupo de psicoeducação no transtorno afetivo bipolar: reflexão sobre o modo asilar e o modo psicossocial **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.4, p.996-1001, 2011.

MENEZES, S. L.; MELLO E SOUZA, M. C. B. de. Implicações de um grupo de Psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.1, p.124-131, 2012.

MIASSO, A. I. et al. Interação entre paciente com transtorno afetivo bipolar e equipe ambulatorial quanto à terapêutica medicamentosa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.5, p.624-630, 2009.

MIASSO, A. I.; CARMO, B. P. do; TIRAPELLI, C. R. Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.3, p. 689-695, 2012.

MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. de B.; PEDRAO, L. J. Transtorno afetivo bipolar e a ambivalência em relação à terapia medicamentosa: analisando as condições causais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.2, p.433-441, 2011.

MIASSO, A. I.; MONTESCHI, M.; GIACCHERO, K. G. Transtorno afetivo bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 548-556, 2009.

MIELKE, F. B. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.4, p.761-765, 2010.

MIOTO, R. C. Família, trabalho com as famílias e serviço social. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v.12, n.2, p.163-176, 2010.

MOLL, F. M.; SANTOS, T. A. P. P dos.; VENTURA, C. A. A. Sentimentos e percepções de familiares e de pessoas com transtorno bipolar acompanhadas em um centro de atenção psicossocial. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.8, n.3, p. 477-483, 2009.

MONTESCHI, M.; VEDANA, K. G. G.; MIASSO, A. I. Terapêutica medicamentosa: conhecimento e dificuldades de familiares de pessoas idosas com transtorno afetivo bipolar. **Texto & contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n.4, p.709-718, 2010.

MORENO, D. H.; MORENO, R. A. Estados mistos e quadros de ciclagem rápida no transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.32, n.1, p. 56-62, 2005.

MUSSI, S. V.; SOARES, M. R. Z.; GROSSI, R. Transtorno Bipolar: Avaliação de um Programa de Psicoeducação sob o Enfoque da Análise do Comportamento. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v.15, n.2, p.45-63, 2013.

NASCIMENTO, K. C. et al. O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v.10, n.3, p.940-948, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Brasília, DF, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **OPAS/OMS apóia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população.** Brasília, DF, 2016.

PACHECO, H.A. et al. Levantamento de manifestações clínicas na infância e adolescência de fatores precoces do transtorno bipolar. **Pediatria moderna**, v.50(4), 2014.

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?. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v.8, n.1, p.17-24, 2012.

PELLEGRINELLI, K. B.; ROSO, M. C.; MORENO, R. A. A relação entre a não adesão ao tratamento e falsas crenças de pacientes bipolares e seus familiares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.37, n.4, p. 183-184, 2010 .

PESSOTTI, I. O século dos manicômios. São Paulo: Ed 34, 1996

RIVERA A. M. R.; VELASCO, V. E. A. Avaliação do funcionamento de uma família com um adolescente com Transtorno Afetivo Bipolar. **Pensamiento Psicológico**, v.5, n.12, p. 161-174, 2009.

SALES, D. S. et al. Cuidado de enfermagem segundo a teoria de Orem: assistência a paciente com transtorno afetivo bipolar. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v.5, n.3, p.311-317, 2013.

SANCHEZ, Sabrina. Conheça as doenças mentais mais comuns e saiba onde procurar ajuda. **G1 Ciência e Saúde**. São Paulo. 27 de abril 2011. Disponível em: <<http://glo.bo/i0E3Yj>> . Acesso em: 17 de maio de 2018.

SANTOS, A.B. et al. Saúde mental, humanização e direitos humanos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.10, n.25, p.01-19, 2018.

SOARES, M. H.; CECILIANO, D. T. D.. Estresse e satisfação de familiares e habilidades de vida independente de pacientes psiquiátricos ambulatoriais. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v.41, n.6, p.138-141, 2014.

SOTO, C. M. D.; MORENO, A. J. R.; RAMÍREZ, N. V. Fatores associados com a readmissão de pacientes psiquiátricos no oriente antioqueño em 2014. **Medicina U.P.B**, v.35, n.1, p. 17-23, 2016.

STROPPIA, A. et al. Religiosity, depression, and quality of life in bipolar disorder: a two-year prospective study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.40, n.3, p.238-243, 2018.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v.52, n.5, p. 546-553, 2005.

World Health Organization (WHO). **Investing in mental health: evidence for action**. Geneva: World Health Organization; 2013.

XAVIER, M. S et al. O significado da utilização de psicofármacos para indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.323-329, 2014.

Apêndice A – Instrumento de coleta de dados

Identificação:
Título:
Autores:
Periódico:
Ano de publicação:
Descritores:
Objetivos do estudo:
Metodologia 1) Tipo de Estudo: 2) População/Amostra: 3) Local do Estudo: 4) Coleta de Dados
Resultados:
Conclusão:

Apêndice B – Quadro sinóptico geral

Título	Autor	Metodologia	Resultado da questão norteadora	Conclusão