

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: CARACTERÍSTICAS, CAUSAS E TRATAMENTOS. REVISÃO DE LITERATURA

¹ CAMILA CONSOLIN DOS SANTOS ¹ MORJANA GOMES ¹ RAQUEL TEBALDI BARRETO
²ILAIANE FABRI

¹Graduando do curso de Enfermagem do Centro Universitário Amparense

²Docente do curso de enfermagem

RESUMO

Os transtornos mentais e comportamentais afetam milhões de pessoas em todo mundo e afetam a capacidade motora, cognitiva e emocional dos portadores, gerando grande incapacidade recorrentes nas tarefas diárias. O Transtorno Afetivo Bipolar é um distúrbio psiquiátrico caracterizado pela variação cíclica entre episódios de depressão e euforia, mania e hipomania. Afeta cerca de 140 milhões de pessoas em todo o mundo, cerca de 6 milhões só no Brasil. O TB é classificado de acordo com os sintomas e alternância entre eles, sendo Transtorno Bipolar TIPO I e II, Transtorno Ciclotímico, Transtorno Bipolar e Transtorno Induzido por Substâncias, Transtorno Bipolar e Transtorno devido a outra condição médica, Transtorno Bipolar não especificado ou misto. É uma doença que não possui causas estabelecidas para seu desenvolvimento, não possui cura e é através dos tratamentos que é possível o controle e remissão dos sintomas. O papel da enfermagem no manejo com esses pacientes acontece em hospitais e clínicas especializadas, sendo necessário para auxiliar no tratamento.

Palavras chaves: Transtornos mentais e comportamentais; Transtorno Afetivo

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma doença crônica, complexa e com altos índices de morbidade e mortalidade no mundo. Segundo o 5o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), esse transtorno é denominado de Transtorno bipolar (TB), classificado em transtornos bipolares tipo I (um ou mais episódios maníacos ou episódios mistos), tipo II (um ou mais episódios depressivos maiores acompanhados por, pelo menos, um episódio hipomaníaco), ciclotímicos (perturbação crônica e flutuante do humor) e aqueles sem outra especificação (SOE) (Silva, et al 2017)

Conforme a 10a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), utilizada pelo Sistema Brasileiro de Saúde para classificar os transtornos mentais e comportamentais, o TAB é caracterizado por episódios de humor alternados, os quais variam de acordo com intensidade, frequência e duração. Os episódios de humor podem variar entre episódio depressivo maior, maníaco, hipomaníaco e misto (Silva, et al 2017)

Estima-se que o TAB afeta cerca de 1% da população mundial. Entretanto, essa prevalência pode ser em média de 5 %. As manifestações clínicas dos primeiros sintomas ocorrem geralmente na adolescência, especificamente entre os 18 e 22 anos. Em torno de 15% a 19% dos indivíduos com TAB cometem suicídio (Silva, et al 2017)

Entende-se então que as manifestações do TAB se iniciam precocemente na adolescência e podem ocasionar complicações na vida de indivíduos acometidos pelo transtorno, como o risco de suicídio. Além disso, apesar das terapêuticas não farmacológicas poderem contribuir para melhor prognóstico da pessoa com TAB, as terapêuticas farmacológicas são as mais recorrentes, embora vários indivíduos acometidos pelo transtorno não consigam aderir a ela, o que poderá ser amenizado com a assistência de enfermagem (Silva, et al 2017)

O tratamento do TAB consiste em estratégias farmacológicas e não farmacológicas. As primeiras englobam os medicamentos estabilizadores do humor, visando a fase aguda, prevenção de novos episódios e têm um papel importante na reparação da plástica sináptica, compensando uma série de alterações estruturais e funcionais em determinadas regiões do cérebro, provocadas pelas recaídas (Silva, et al 2017)

Sendo assim, a enfermagem poderá contribuir por meio de sua assistência no tratamento à pessoa com TAB, uma vez que os enfermeiros permanecem ampla parte do tempo próximo a essas pessoas, oferecendo apoio emocional e espaço para a prática do cuidado de enfermagem psiquiátrica, que inclui, entre outras intervenções, o racionamento interpessoal terapêutico (Silva, et al 2017)

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

O presente trabalho tem como objeto descrever as características, tipos, causas, tratamentos do paciente acometido pelo transtorno afetivo bipolar.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Descrever o cuidado humanizado na atenção ao paciente e seus familiares.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, realizado por meio de uma revisão bibliográfica da literatura.

Após consulta ao Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), os descritores escolhidos foram: Transtornos mentais e comportamentais; Transtorno Afetivo Bipolar; Cuidados da enfermagem.

As etapas seguidas para esta revisão de literatura foram: elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento dos descritores, critérios de inclusão e exclusão de artigos, seleção dos artigos, categorização dos estudos, análise e discussão dos artigos e síntese do conhecimento evidenciado nos artigos.

As bases de dados escolhidas foram: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), e Google Acadêmico.

Os critérios de inclusão para este estudo foram: artigos que discutissem o transtorno afetivo bipolar, publicados entre 2015 – 2020, estar disponível eletrônica e gratuitamente, estar divulgado em português. Foram excluídos os editoriais, estudos que não abordassem a temática da pergunta norteadora da pesquisa e publicados em outra língua que não o português.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 14 artigos que respondiam à questão norteadoras da pesquisa: quais as características, causas e tratamento do transtorno afetivo bipolar.

Para analisar os artigos foram realizadas leitura analítica para classificar as informações contidas nas fontes.

4. DESENVOLVIMENTO

4.1 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

A base do conceito moderno da “insanidade maníaco-depressiva” remonta a meados do século XIX, quando o psiquiatra/neurologista francês Jules Baillarger descreveu um novo tipo de insanidade, denominada “la folie à double forme” (forma dual de insanidade), cuja principal característica era a ocorrência de episódios de mania e depressão em um mesmo paciente (Bosaipo, et al 2019, pg 72-84)

O Transtorno Bipolar (TB), também conhecido como “transtorno afetivo bipolar” e originalmente chamado de “insanidade maníaco-depressiva”, é uma condição psiquiátrica caracterizada por alterações graves de humor, que envolvem períodos de humor elevado e de depressão (polos opostos da experiência afetiva) intercalados por períodos de remissão, e estão associados a sintomas cognitivos, físicos e comportamentais específicos (Bosaipo, et al 2019, pg 72-84)

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que o TB atinge aproximadamente 30 milhões de pessoas em todo o mundo, estando entre as maiores causas de incapacidade (Bosaipo, et al 2019, pg 72-84)

De acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5), o transtorno se diferencia em dois tipos principais: o Tipo I, em que a elevação do humor é grave e persiste (mania), e o Tipo II, em que a elevação do humor é mais branda (hipomania) (Bosaipo, et al 2019, pg 72-84)

Muitos indivíduos portadores de transtorno afetivo bipolar (TAB) desenvolvem comprometimento funcional persistente, à custa de problemas relacionados ao funcionamento interpessoal. As repercussões sócio-ocupacionais derivadas de dificuldades interpessoais variam em intensidade, podendo surgir a qualquer momento durante o curso do transtorno do humor e persistir apesar de tratamento farmacológico adequado. Além disso, prejuízos do funcionamento social podem aumentar as taxas de recaída do TAB, agravando sua morbidade (Tonelli, 2009, pg 369-374)

4.2 TIPOS DE TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

O diagnóstico do transtorno bipolar baseia-se na identificação de sintomas de mania e hipomania e em história de remissões e recaídas (Coryell, 2021)

O DSM-5 apresenta o transtorno bipolar e transtornos relacionados separadamente dos transtornos depressivos – colocando-o entre os capítulos que abordam os transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos e o capítulo sobre os transtornos depressivos – em consideração ao seu lugar como “ponte” entre essas duas classes diagnósticas, no que se refere à sintomatologia, história familiar e fatores genéticos. O DSM5 inclui os seguintes diagnósticos: transtorno bipolar tipo I, transtorno bipolar tipo II, transtorno ciclotímico, transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento, transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica, outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado, e transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado (Bosaipo, et al 2019, pg 72-84)

4.3 CARACTERÍSTICA DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

O humor elevado ou irritável pode ser classificado como mania ou hipomania, dependendo de sua gravidade e da presença de sintomas psicóticos. Classifica-se como mania o estado severo de humor elevado ou irritabilidade, associado ou não a sintomas psicóticos, que provocam alterações no comportamento e na funcionalidade do indivíduo. A duração do estado de mania deve ser de no mínimo

uma semana, estando o humor elevado ou irritabilidade presente na maior parte do dia, quase todos os dias (Bosaipo, et al 2019, pg 72-84)

A mania afeta o humor e as funções vegetativas, como sono, cognição, psicomotricidade e nível de energia. Em um episódio maníaco clássico, o humor é expansivo ou eufórico, diminui a necessidade de sono, ocorre aumento da energia, de atividades dirigidas a objetivos (por exemplo, o paciente inicia vários projetos ao mesmo tempo), de atividades prazerosas, da libido, além de inquietação e até mesmo agitação psicomotora. O pensamento torna-se mais rápido, podendo evoluir para a fuga de ideias. O discurso é caracterizado por prolixidade, pressão para falar e tangencialidade. As ideias costumam ser de grandeza, podendo ser delirantes. Geralmente a crítica está prejudicada e os ajuizamentos emitidos se afastam da realidade do paciente (Moreno, et al 2005, pg 39-48)

Na hipomania as elevações de humor e os distúrbios comportamentais/funcionais são menos graves e com duração mais breve que o estado de mania (quatro dias consecutivos) (Bosaipo, et al 2019, pg 72-84)

A hipomania pode ser confundida com estados de humor normais, como a alegria e a irritabilidade que costumam ter fatores desencadeantes positivos ou negativos (como uma boa ou má notícia), que não necessariamente são percebidos pelos outros como diferentes do padrão habitual de humor da pessoa, não causam prejuízos, nem acarretam envolvimento com atividades de risco ou diminuição na necessidade de sono (Moreno, et al 2005, pg 39-48)

O prejuízo ao paciente não é tão intenso quanto o da mania. A hipomania não se apresenta com sintomas psicóticos, nem requer hospitalização (Moreno, et al 2005, pg 39-48)

4.4 CAUSAS DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

As causas do TAB podem ser genéticas, biológicas, ambientais e psicossociais. Entre os fatores associados estão o histórico familiar de TAB, situação socioeconômica desfavorável e estressores, ambientais, somáticos e de personalidade, divórcio ou separação, problemas no trabalho ou interpessoais e doença. A identificação de eventos como esses pode ser importante para a clínica, por necessitar de maior atenção no tratamento considerando o risco de recaída da pessoa acometida pelo transtorno (Silva, et al 2017)

O surgimento e a evolução do TB são possivelmente influenciados pelo trauma precoce, por eventos aversivos significativos da vida e pelo uso indevido de álcool e drogas. O aparecimento da doença pode ser particularmente influenciado pelo estresse sofrido no final da adolescência, mas os primeiros episódios de mania podem se manifestar ao longo de toda a vida (Bosaipo, et al 2019, pg 72-84)

Foi demonstrado que o risco de desenvolver TB-II é maior entre familiares de pessoas com a doença. Em contraste, o desenvolvimento do TB-I e do Transtorno Depressivo Maior tende a ter menos relação com a genética. Os fatores genéticos podem ainda influenciar a idade de início do Transtorno Bipolar (Bosaipo, et al 2019, pg 72-84)

Diferentes mecanismos genéticos podem estar envolvidos na etiopatogenia do TB, tais como alterações cromossômicas, heterogeneidade de alelos, heterogeneidade de genes (loci), epistasia, mutação dinâmica levando ao fenômeno de antecipação, imprinting e mutação de genes mitocondriais (Bosaipo, et al 2019, pg 72-84)

4.5 TRATAMENTOS DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

O tratamento do transtorno bipolar é dividido em três fases: aguda, continuação e manutenção. Os objetivos do tratamento da fase aguda são: tratar mania sem causar depressão e/ou consistentemente melhorar depressão sem causar mania. A fase de continuação tem como meta: estabilizar os benefícios, reduzir os efeitos colaterais, tratar até a remissão, reduzir a possibilidade de recaída e aumentar o funcionamento global. Finalmente, os objetivos do tratamento de manutenção são: prevenir mania e/ou depressão e maximizar recuperação funcional, ou seja, que o paciente continue em remissão (Souza, 2005, pg 63-70)

No TAB, entre os principais objetivos das terapêuticas, estão a diminuição dos sintomas agudos e a gravidade das alterações de comportamento do indivíduo, ocasionadas pelo transtorno, levando, dessa forma, à prevenção de consequências (Silva, et al 2017)

Entre as terapêuticas às pessoas com TAB, podem ser citadas as farmacológicas, que são mais recorrentes e as não farmacológicas, das quais estão os grupos de apoio, terapia focada na família, terapia cognitivo-comportamental, psicoeducação, entre outras (Silva, et al 2017)

O transtorno bipolar pode ser adequadamente tratado com várias classes de medicação, incluindo lítio, anticonvulsivantes, antipsicóticos, antidepressivos e mesmo a eletroconvulsoterapia (Salleh, et al 2006, pg 262-267)

O tratamento medicamentoso visa restaurar o comportamento, controlar sintomas agudos e prevenir a ocorrência de novos episódios (Moreno, et al 2005, pg 39-48)

Com base em meta-análises e ensaios clínicos randomizados, a farmacoterapia de primeira escolha para o manejo de Episódios de Mania agudos é o lítio, divalproato, e antipsicóticos atípicos como a olanzapina, risperidona, quetiapina, aripiprazol, ziprasidona, asenapina e paliperidona ER (Bosaipo, et al 2019, pg 72-84)

Em paralelo, as recomendações de primeira linha do CANMAT para o tratamento farmacológico de Episódios Depressivos agudos do TB incluem o lítio, lamotrigina e quetiapina como monoterapia, ou a combinação de inibidores seletivos da receptação de serotonina (SSRI) com olanzapina, lítio ou divalproato, além da combinação desses dois últimos ou os mesmos combinados à bupropiona (Bosaipo, et al 2019, pg 72-84)

A compreensão da neurobiologia do transtorno bipolar, incluindo a localização de sintomas em circuitos cerebrais específicos e os neurotransmissores que modulam o funcionamento dessas áreas, pode ser o passo inicial para a escolha de tratamentos para cada um dos sintomas de um transtorno de humor, com o objetivo de reduzir todos os sintomas e alcançar a remissão (Bosaipo, et al 2019, pg 72-84)

A eletroconvulsoterapia (ECT) é um tratamento efetivo para certos subgrupos de indivíduos que sofrem de doenças mentais graves. Tais subgrupos consistem primariamente de pacientes com transtornos depressivos graves, catatonia, mania e, ocasionalmente, certos pacientes com esquizofrenia. No transtorno bipolar resistente ao tratamento farmacológico, também há evidências de benefícios da ECT em regime de manutenção (Salleh, et al 2006, pg 262-267)

A fase de manutenção estende-se por um período adicional de 16 a 20 semanas, em que a administração contínua do tratamento visa à manutenção do estado de remissão, tendo como objetivo a prevenção de recaídas em curto prazo e a ulterior cura (remissão total) do episódio depressivo (Salleh, et al 2006, pg 262-267)

O diagnóstico precoce e o tratamento dos episódios agudos de humor melhoram significativamente o prognóstico reduzindo o número de recaídas e duplicando a taxa de resposta à medicação. A eficácia do tratamento do TB, por sua vez, está relacionada em muitos casos com o seu início próximo ao aparecimento dos primeiros sintomas (Bosaipo, et al 2019, pg 72-84)

4.6 ABORDAGENS PSICOTERÁPICAS

As abordagens psicoterápicas no tratamento do transtorno bipolar têm como objetivos principalmente o aumento da adesão ao tratamento, a redução dos sintomas residuais, a identificação de pródromos sindrômicos com a consequente prevenção das recaídas/recorrências, a diminuição das taxas e períodos de hospitalizações e a melhora na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. Tais abordagens também podem aumentar o funcionamento social e ocupacional desses pacientes e as capacidades de manejarem situações estressantes em suas vidas (Knapp, et al 2005, pg 98-104)

As intervenções psicoterápicas apresentam vários benefícios que incluem diminuição na frequência e na duração dos episódios de humor, aumento da adesão à medicação, diminuição nas recaídas e impressões clínicas de melhoras gerais (Knapp, et al 2005, pg 98-104)

Um dos principais objetivos da psicoeducação é a adesão à medicação. Embasada no modelo médico biopsicossocial, a psicoeducação objetiva dar aos pacientes informações sobre a natureza e o tratamento do transtorno bipolar, provendo ensinamentos teóricos e práticos para que o paciente possa compreender e lidar melhor com a sua doença. Outros tópicos abordados em intervenções psicoeducacionais incluem a identificação precoce de sintomas prodrômicos, a coibição de drogas de abuso e o manejo de situações provocadoras do estresse e da ansiedade, entre outros (Knapp, et al 2005, pg 98-104)

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma terapia breve e estruturada, orientada para a solução de problemas, que envolve a colaboração ativa entre o paciente e o terapeuta para atingir objetivos estabelecidos (Knapp, et al 2005, pg 98-104)

A observação de que muitos pacientes com transtorno bipolar apresentam menos oscilações de humor quando mantêm um modo regular nas suas atividades diárias (sono, alimentação, atividade física) levou ao desenvolvimento de uma psicoterapia chamada de terapia interpessoal e de ritmo social (TIP/RS). A TIP/RS, além das técnicas utilizadas na terapia interpessoal, inclui a psicoeducação sobre o transtorno bipolar e uma abordagem estruturada para a normalização dos ritmos sociais, que são os padrões pessoais esperados de atividades e estimulação social. A TIP/RS objetiva regularizar e padronizar os ritmos diários do paciente e, ao mesmo tempo, resolver áreas-chave de problemas interpessoais-chave que afetam os seus estados de humor e a sua estabilidade de ritmos diários (Knapp, et al 2005, pg 98-104)

As abordagens psicoterápicas deveriam ser individualizadas e utilizadas precocemente no tratamento do transtorno bipolar para melhorar a adesão medicamentosa e ajudar o paciente a identificar os pródromos da doença com o objetivo de aprender a desenvolver estratégias para lidar melhor com tais situações, além de terem efeitos nos sintomas residuais os quais estão associados à cronicidade e a altos níveis de sofrimento e incapacitação (Knapp, et al 2005, pg 98-104)

4.7 CUIDADOS DA ENFERMAGEM NO CONTATO COM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

A enfermagem encontra-se presente em várias especialidades de saúde, exercendo funções importantes. Na Psiquiatria, os profissionais de Enfermagem interagem com a história de vida do indivíduo e seus familiares, conhecendo intimamente suas dificuldades e preocupações sobre a doença (Silva, et al 2017)

A assistência de enfermagem à pessoa com TAB encontra-se centrada na melhoria das condições de saúde mental do indivíduo. Além disso, são papéis do enfermeiro: a oferta à família de um tempo diário de alívio no cuidado do indivíduo, apoiá-lo na vida habitacional e auxiliá-lo nas intervenções farmacológicas e psicoterápicas (Silva, et al 2017)

É o enfermeiro quem desenvolve uma atuação de grande importância no restabelecimento da saúde física e mental de um paciente, em parceria com toda a equipe médica. Sua presença é percebida desde o momento da internação até no cuidado com questões relacionados ao ambiente familiar. Por isso, características como zelo e tolerância são esperadas no profissional (Lazinho, 2019)

A enfermagem reinventa seu papel e sua atuação na saúde mental ajudando o indivíduo a (re)construir sua rede comunitária de cuidados, auxiliando, não só nos cuidados gerais de manutenção da vida, mas também na divisão da assistência com outros profissionais (trabalho interdisciplinar), proporcionando “a escuta, o acolhimento, entrar em sintonia, estimular para a vida, para a autonomia, para a cidadania, inclusive na comunidade (Rocha, 2019, p. 43).

Os cuidados de enfermagem em saúde mental deixam de ser coercitivos, disciplinador focado na higiene e administração de medicamentos e passa a ser pautada por uma prática baseada no relacionamento paciente-profissional-família-comunidade. A substituição de o modelo asilar pelo Hospital Dia (HD) e a assistência prestada em Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) exige uma atuação multidisciplinar sendo o enfermeiro o profissional com grande influência no trabalho em equipe. Uma prática humanizada e as relações interpessoais favorecem o vínculo profissional-cliente e influencia diretamente a adesão ao tratamento (Borges, et al 2016)

É válido suscitar que as instituições de cuidado, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Programa de Saúde da Família e a família são bases fundamentais para a consolidação e formato da assistência de enfermagem, terapêuticas adotadas e ainda podem contribuir para a adesão ao tratamento da pessoa com TAB. Haja vista que são elementos fundamentais para a consolidação das ações de saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (Silva, et al 2017)

Dessa forma, o enfermeiro psiquiátrico como agente terapêutico, ao utilizar o Processo de Enfermagem (PE) para sustentar seu exercício profissional, é capaz de sistematizar as ações de enfermagem e contribuir para o desenvolvimento de um plano de cuidados singularizado para cada paciente, sendo um instrumento que colabora para a execução de assistência qualificada, e tem como um de seus objetivos motivar o paciente a aderir ao tratamento proposto (Badin, et al 2015)

O PE é organizado em cinco fases: histórico e diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, que precisam estar registrados no prontuário do paciente e, quando realizados de forma adequada, favorece melhor comunicação entre os membros da equipe de saúde, permitindo a identificação de alterações no estado de saúde do paciente (Badin, et al 2015)

No contexto da enfermagem psiquiátrica, a relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e o paciente favorece a aplicação do PE, possibilitando a construção do projeto terapêutico pelo enfermeiro ao paciente, contribuindo para a delimitação do campo de atuação do enfermeiro e o auxilia na tomada de decisões, planejamento da assistência e na avaliação dos cuidados prestados (Badin, et al 2015)

5. CONCLUSÃO

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico Transtorno Mentais (DMS-5), o Transtorno Bipolar pode ser classificado em Transtorno Bipolar TIPO I e II, Transtorno Ciclotímico, Transtorno Bipolar e Transtorno Induzido por Substâncias, Transtorno Bipolar e Transtorno devido a outra condição médica, Transtorno Bipolar não especificado ou misto (Bosaipo, et al 2019, pg 72-84)

As causas para o desenvolvimento do Transtorno Afetivo Bipolar, de qualquer tipo, ainda não são bem definidas. Mas, estão relacionados, principalmente, a fatores genéticos, a alterações em certas áreas do cérebro e também podem ter ligação com os níveis de neurotransmissores. Pessoas geneticamente predispostas, podem manifestar o transtorno após exposição a eventos estressantes, após o uso de drogas e medicamentos. (Bosaipo, et al 2019, pg 72-84)

As alterações cerebrais em pacientes portadores de TB são evidentes, já que há relação entre a doença e a diminuição da massa cinzenta nas regiões frontal e temporal. Partes que controlam a inibição e a motivação e anormalidades nas regiões cerebrais frontais envolvidas no autocontrole. Há também redução no sistema límbico, responsável pelas respostas emocionais (Vieira, et al 2005)

A enfermagem tem como principal função, o auxílio no tratamento do paciente. Orientando sobre a importância do uso dos medicamentos, a dosagem correta de acordo com o horário prescrito pelo médico, acompanhamento clínico com psiquiatras, psicólogos, terapias para o controle dos sintomas e no suporte à família desses pacientes, visando a importância do tratamento (Silva, et al 2017)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

KNAPP, Paulo. ISOLAN, Lucas. Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. Rev. Psiq. Clín, 32, supl 1; 98 – 104, 2005.

SANTIN, Aida. CERESÉR, Keila. ROSA, Adriane. Rev. Psiq. Clín, 32, supl 1, 105 – 109, 2005.

ROCCA, Cristina C A. LAFER, Beny. Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. Rev Bras Psiquiatr. 2006;28(3):226-37.

MORENO, Ricardo Alberto. MORENO, Doris Hupfeld. SOARES, Marcia Britto de Macedo. RATZKE, Roberto. Anticonvulsivantes e antipsicóticos no tratamento do transtorno bipolar. Rev Bras Psiquiatr 2004;26(Supl III):37-43.

MORENO, Ricardo Alberto. MORENO, Doris Hupfeld. RATZKE, Roberto. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e hipomania no transtorno bipolar. Rev. Psiq. Clín. 32, supl 1; 39-48, 2005.

SALLEH, Mohamed Abou. PAPAKOSTAS, Ioannis. ZERVAS, Ioannis, CHRISTODOULOU, George. Eletroconvulsoterapia: critérios e recomendações da Associação Mundial de Psiquiatria. Rev. Psiq. Clín. 33 (5); 262-267, 2006.

MICHELON, Leandro. VALLADA, Homero. Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. Rev. Psiq. Clín. 32, supl 1; 21-27, 2005.

MICHELON, Leandro. VALLADA, Homero. Genética do transtorno bipolar. Rev Bras Psiquiatr 2004;26(Supl III):12-6.

RIBEIRO, Marcelo. LARANJEIRA, Ronaldo. CIVIDANES, Giuliana. Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. Rev. Psiq. Clín. 32, supl 1; 78-88, 2005.

BOSAIPO, Nyanne Beckmann. BORGES, Vinicius Ferreira. JURUENA, Mario Francisco. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. Medicina (Ribeirão Preto, Online.) 2017;50(Supl.1), jan-fev.:72-84.

SILVA, Roquelina Câmara. SANTOS, Vanessa Cruz. MICHIZUKI, Akemy Brandão. ANJOS, Karla Ferras dos. Transtorno afetivo bipolar: terapêuticas, adesão ao tratamento e assistência de enfermagem. Revista Brasileira de Saúde Funcional

REBRASF.

TONELLI, Helio Anderson. Processamento cognitivo “Teoria da mente” no transtorno bipolar. Ver. Bras Psiquiatr. 2009, pag 369-74.

SOUZA, Fábio Gomes de Matos E. Tratamento do transtorno bipolar – eutímia. Rev. Psiq. Clín. 32, supl 1; 63-70, 2005.

VIEIRA, Rodrigo Machado. Bressan, Rodrio A. FREY, Benício. SOARES, Jair C. As bases neurobiológicas do transtorno bipolar. Rev. Psiq. Clín. 32, supl 1; 28-33, 2005.