



**CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO (UNIVS)
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

MARIA EDUARDA DE SANTANA AMARO BISPO

**QUANDO O NOME PESA: O ESTIGMA E OS IMPACTOS DO DIAGNÓSTICO DO
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR TIPO II**

**ICÓ-CE
2025**

MARIA EDUARDA DE SANTANA AMARO BISPO

**QUANDO O NOME PESA: O ESTIGMA E OS IMPACTOS DO DIAGNÓSTICO DO
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR TIPO II**

Pesquisa apresentada ao Curso de Psicologia, do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), como requisito para obtenção de aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II), sob a orientação do(a) professor(a) Maria Conceição Lucas Soares.

ICÓ-CE
2025

MARIA EDUARDA DE SANTANA AMARO BISPO

**QUANDO O NOME PESA: O ESTIGMA E OS IMPACTOS DO DIAGNÓSTICO DO
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR TIPO II**

Pesquisa apresentada ao Curso de Psicologia, do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), como requisito para obtenção de aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II), sob a orientação do(a) professor(a) Maria Conceição Lucas Soares.

Aprovada em: __/__/__.

BANCA EXAMINADORA

Esp. Maria Conceição Lucas Soares
Professora Orientadora

Me. Lielton Maia Silva
Professor Avaliador 1

Me. Leticia Augusto Oliveira da Silva
Professor Avaliador 2

RESUMO

O Transtorno Afetivo Bipolar é uma condição marcada pela alternância entre episódios de depressão e de mania ou hipomania. A fase depressiva é caracterizada por um humor intensamente deprimido. Quanto aos sintomas maníacos ou hipomaniacos também podem estar presentes irritabilidade, euforia, aumento da atividade, energia entre outros. O presente trabalho trata-se de um tema atual e oportuno, que dialoga com demandas contemporâneas da saúde mental e oferece contribuições significativas para o campo da pesquisa, do ensino e da prática psicológica. Assim a pesquisa parte da problemática sobre quais são os possíveis impactos do estigma social do Transtorno Afetivo Bipolar Tipo II na vida do indivíduo? Sob aspectos metodológicos, o estudo é de natureza bibliográfica, sendo uma pesquisa qualitativa, com uma abordagem descritiva e exploratória.

Palavras-chave: Bipolaridade. Loucura. Psicopatologia. Saúde Mental.

ABSTRACT

The impacts of the diagnosis of Bipolar Affective Disorder Type II on the individual's life and how social stigmas influence the way he or she deals with his or her condition is a current and timely topic that engages with contemporary demands in mental health and offers significant contributions to the field of research, teaching, and psychological practice. Thus, the research starts from the problem of what are the impacts of the social stigma of Bipolar Affective Disorder Type II on the individual's life? The objectives consist of investigating the impacts of the diagnosis of Bipolar Affective Disorder Type II on the individual's life, considering emotional, social, and functional aspects. Distributed in analyzing the influences of the history of madness and the Psychiatric Reform on the perception and treatment of mental disorders; Identifying how social stigma influences the understanding and acceptance of one's condition; Understanding the management of Cognitive-Behavioral Therapy in patients with Bipolar Affective Disorder Type II. From a methodological perspective, this is a bibliographical study, being a qualitative research, with a descriptive and exploratory approach.

Keywords: Bipolarity. Madness. Psychopathology. Mental Health.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), afirma que uma em cada quatro pessoas sofre de algum transtorno mental, os números tendem a crescer entre os países de baixa renda, evidenciando desse modo, a grande quantidade de diagnósticos psicológicos na contemporaneidade, este crescimento contínuo evidencia uma dificuldade em estabelecer um limite entre o normal e o patológico (Guimarães; Silva, 2019).

No que se diz respeito aos transtornos mentais, eles são diversos e com diferentes apresentações, caracterizam-se por uma combinação de pensamentos, percepções e emoções, bem como comportamentos atípicos que podem ocasionar um prejuízo nas relações pessoais e interpessoais. Embora existam estratégias e tratamentos que buscam maneiras para, de certo modo, aliviar o sofrimento ocasionado por eles, sua prevalência continua a crescer de forma significativa. Esses aumentos têm gerado impactos relevantes na saúde global, nas relações sociais, nos direitos humanos e na situação socioeconômica de países em todo o mundo (OPAS, 2023).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos mentais afetam uma parcela expressiva da população global. Em 2019, foram classificadas 40 milhões de pessoas acometidas pelo transtorno afetivo bipolar. A condição é marcada pela alternância entre episódios de depressão e episódios maníacos. A fase depressiva é caracterizada por um humor intensamente deprimido, o que pode resultar em irritabilidade, tristeza intensa, vazio, perda do prazer e no interesse em atividades que antes gostava, podendo surgir durante maior parte do dia, ou todos os dias (WHO, 2023).

Quanto aos sintomas maníacos também podem estar presentes irritabilidade, euforia, aumento da atividade, energia e outros sintomas, dentre eles, pode-se citar o aumento da fala, pensamento acelerado, autoestima extremamente elevada, diminui-se a necessidade de sono, e aumenta-se os comportamentos impulsivos, imprudentes e distraídos, contando com um agravante que é o risco aumentado de suicídio em pessoas com esse transtorno (WHO, 2023).

Em relação à história da loucura, era vista no início como uma expressão profunda da condição humana, associada a um saber misterioso e divino. Já durante a Idade Média, surgiu o Nau dos loucos, na qual as pessoas que tinham transtornos mentais, eram expulsas da cidade em barcos, em uma tentativa de “purificação”, disfarçada muitas vezes de peregrinação em busca de cura, revelando uma relação entre exclusão e milagre. Já no final da Idade Média, a loucura era vista em um lugar contraditório, tanto como ameaça quanto como zombaria (Foucault, 1978).

Diante disso, no século XVII, o seu lugar, a partir de então, tornou-se o hospital geral, instituição repressiva que ocupa o papel intermediário entre o poder policial e jurídico. Os hospitais gerais, nesse momento, confinavam pobres, loucos, doentes venéreos, homossexuais, ateus, os tidos como “vagabundos”, entre outros que eram considerados desatinados pela sociedade (Guimarães; Silva, 2019).

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo geral compreender os impactos do diagnóstico do Transtorno Afetivo Bipolar tipo II na vida do indivíduo, considerando aspectos emocionais, sociais e funcionais. E busca-se também como objetivos específicos: analisar as influências da história da loucura e da Reforma Psiquiátrica na percepção e tratamento de transtornos mentais; Identificar como o estigma interfere na compreensão, aceitação e condução do diagnóstico do transtorno bipolar tipo II e Compreender como se dá o manejo da Terapia Cognitivo-Comportamental em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar tipo II.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como problemática compreender quais são os possíveis impactos do estigma do Transtorno Afetivo Bipolar Tipo II na vida do indivíduo?

Assim, a presente pesquisa, justifica-se por sua significância acadêmica, social e clínica. Pois trata-se de um tema atual e oportuno, que dialoga com demandas contemporâneas da saúde mental e oferece contribuições significativas para o campo da pesquisa, do ensino e da prática psicológica. Dessa forma, mostra-se relevante para sociedade, comunidades acadêmicas, pacientes e seus familiares, que desejam se aprofundar e ter conhecimento acerca do Transtorno Afetivo Bipolar Tipo II, seus impactos, implicações e processo diagnóstico, funcionando assim, como uma fonte psicoeducativa de informação.

Além disso, o estudo torna-se viável no que se refere a recursos disponíveis para sua consecução, por ter uma vasta literatura, artigos científicos e livros disponíveis que abordam o Transtorno Afetivo Bipolar.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 COMPREENDENDO O CONTEXTO SOCIOHISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL

Ao longo dos anos o conceito de saúde passou por transformações significativas. Inicialmente era entendido como ausência de enfermidades, mas não havia um conceito universal do que é saúde. Após a Segunda Guerra Mundial com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), passou-se a adotar uma concepção mais ampla. Foi divulgado o conceito da OMS, na carta de princípios de 7 de abril de 1948, reconhecendo o direito à saúde e a obrigação do estado com a sua promoção e proteção. A OMS definiu que a saúde é o estado mais completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de enfermidade (Scliar, 2007).

De acordo com Foucault, a concepção de uma sociedade a respeito de uma doença é a própria condição de existência. Ao longo da história, é vista de diferentes formas, como a loucura na sociedade ocidental, que mais tarde, veio a ser chamada de doença mental, tornando-se objeto do saber médico no século XIX. Recebendo assim, tratamentos variados através da história, sendo acolhida no período do renascimento e excluída durante os séculos XVII e XVIII, até porque a categoria de doença mental, só vem no início do século XIX, tendo como marco principal a criação dos asilos, a “libertação” feita por Pinel durante a revolução francesa, a psicologização da loucura e o nascimento das ciências humanas. Foucault demonstra como as concepções sobre doença mental são relativas a contemporaneidade, e dessa forma, transitórias, sujeitas aos próprios valores éticos e morais da época (Guimarães; Silva, 2019).

A delegação de Pinel, e os revolucionários franceses para cuidar de asilos marcaram de uma vez por todas uma nova configuração do louco no ocidente, que será taxada de doença mental, objeto da psiquiatria, ficando então, sujeito a punições e castigos oferecidos como tratamento moral nos asilos do século XIX, que são fortemente modificadas também pelo fortalecimento da biologia científica, com práticas cada vez mais direcionadas para o corpo. O normal e o patológico se tornam o centro do tratamento médico psiquiátrico que busca desde o século XIX, encontrar anatomia na doença e na saúde mental (Guimarães; Silva, 2019).

É de suma importância conhecer a trajetória histórica, bem como, os retrocessos e evoluções em saúde mental, é válido ressaltar que o conceito de loucura passou por inúmeras modificações ao longo do tempo, sendo marcada assim por muitas lutas e descasos também referentes ao poder público, então no que se refere a saúde mental houveram grandes

consequências, mudanças e descobertas que foram determinantes no avanço do atendimento em saúde mental (Guimarães; Silva, 2019).

Inicialmente em terras gregas, a loucura era dita como um presente divino, uma forma de comunicação com o sobrenatural, ao longo da história essa perspectiva muda, adotando-se uma visão oposta, sendo esta a de um castigo ou personificação do mal, com o recurso do isolamento sendo então utilizado (Araújo e Sugizaki, 2024).

A sociedade medieval, especialmente no contexto camponês, destaca a figura do louco como bobo, considerado muitas vezes uma fonte de diversão, todavia, os que sofriam de melancolia eram percebidos como estranhos, desajustados e muitas vezes sujeitos a exorcismo ou exclusão da sociedade (Araújo e Sugizaki, 2024).

No início, o homem via na figura da loucura, uma expressão profunda da própria natureza. Era vista como um tipo de saber muito além da sombra e das trevas. Já durante a idade média os loucos eram levados por mercadores, marinheiros, para cidades distantes, onde eram “perdidos”, em uma espécie de ritual que visava purificar a cidade: o Nau dos loucos, assim ficou marcado. Em certos casos era visto como uma “peregrinação”, que levavam pregando estarem em busca de um milagre de cura. Como disse Foucault: “Encerrava-se o louco, no espaço do milagre”. Ao final da idade média, a loucura assumiu um lugar ambíguo, ao mesmo tempo que era símbolo de ameaça também era zombaria, uma caricatura do comportamento humano (Foucault, 1978).

No que se refere ao período do século XVII, sabe-se que os loucos, durante um século e meio, foram postos sob o regime de internamento, nas salas do Hospital Geral, nas celas das “casas de força”, pregavam como um gesto de libertação, sendo que continuariam presos nos mesmos muros, nesse sentido, a medicina apenas assumiu o controle que antes era exercido pela sociedade (Foucault, 1978).

Foi entre os muros de internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX, encontram os loucos e também foi lá que os deixaram, não sem antes se vangloriar de tê-los libertado, e foi aí que a loucura esteve intrinsecamente ligada ao internamento, que lhe designavam como local natural de existir, sob vigilância médica, e ainda marcados pela exclusão que os havia definido desde a Idade Clássica (Foucault, 1978).

3.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E A TRANSFORMAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

A reforma psiquiátrica foi marcada por avanços significativos, entre eles a contribuição de Franco Basaglia, que criticava as comunidades terapêuticas como formas sofisticadas de controle. Para ele, a verdadeira transformação exigia que essas comunidades denunciassem as contradições do sistema. Basaglia teve suas primeiras iniciativas no hospital de Gorizia, como a proibição do uso de eletrochoques, a retirada das grades das janelas, e a remoção de camisas de forças colocadas em pacientes inquietos, bem como, decidiu-se deixar de usar a bata branca que para ele era símbolo de sujeição total (Serapioni, 2019).

Antes mesmo de serem marginalizadas e estigmatizadas, as pessoas em sofrimento psíquico já vivem em uma sociedade de classes que explora, mercantiliza e desumaniza, por tratar muitas vezes o ser humano como mercadoria. Por essa razão, mesmo que existam progressos para promoção da cidadania dessas pessoas, ela não será plena sem mudar as formas de organização social, que limita a humanidade e a cidadania (Costa; Faria, 2021).

Na opinião de Basaglia, a verdadeira questão é a da liberdade e a possibilidade dos pacientes sentirem-se iguais aos outros. Passo a passo, começou-se a criar aquela que ficou conhecida como a República dos Loucos Libertados, aqueles pacientes presos por toda a vida, podiam agora esperar serem livres, obviamente esse processo levou anos. O primeiro departamento a ser aberto foi denominado Comunidade Terapêutica, onde eram hospedados somente cinquenta pacientes (Serapioni, 2019).

Evidencia-se a necessidade da mudança na forma em como a sociedade enxerga, imagina e entende a loucura e as pessoas ditas loucas. Pois acabam por influenciar na forma como a sociedade funciona. Sendo o lucro uma das funções, objetivando transformar a loucura em mercadoria usando tantos “loucos” e “drogados” quanto os chamados “normais”. Outra função é o controle social: manter a ordem e a segurança ao isolar essas pessoas como doentes, perigosas ou incontroláveis. Criando um efeito comparativo e excludente “se o louco está preso em um manicômio, eu estarei em segurança na minha normalidade” (Costa; Faria, 2021).

Por meio de atividades terapêuticas inovadoras, Basaglia lutou contra aquela que era definida: “dupla psiquiatria” que por um lado estavam os pobres, e por outro lado nas clínicas particulares, os mais ricos, que tinham financeiramente a possibilidade de se tratar e voltar possivelmente à sociedade. Deste modo, fica evidente que tanto os pobres quanto os ricos poderiam ser tratados, desde que não fossem trancafiados contra sua própria vontade, em ambientes que definitivamente os fazem enlouquecer (Serapioni, 2019).

Os processos de psicopatologização que resultam em submissão, controle, segregação e aprisionamento das pessoas consideradas “desviantes”, especialmente das classes mais pobres, grupos minoritários e indesejados. São esses grupos, que costumam sofrer mais duramente abusos dessa ordem social, revelando suas contradições e seu caráter explorador e opressor. Assim, a forma predominante de lidar com a loucura, foi a de coerção e controle social sobre esses grupos historicamente explorados, oprimidos e marcados por uma socialização precária (Costa; Faria, 2021).

Por fim, para Basaglia, somente a demissão de seu papel como psiquiatra, poderia emergir o conhecimento, a voz crítica e a dissidência dos internados. Para o autor, a forma mais eficaz de encontrar o paciente, seria chegar até o mesmo, desarmado, sem ferramentas e nem defesas. Tomando como exemplo a Itália, a desinstitucionalização devolveu aos internados o conhecimento e a força para lutar contra o discurso predominante da ciência médica e psiquiátrica (Serapioni, 2019).

Sendo um dos maiores marcos na saúde mental no Brasil, a Reforma Psiquiátrica, em 1970, iniciou-se com o intuito de humanizar o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico, rompendo desse modo com modelo hospitalocêntrico da época, propondo uma transição de abordagem de um regime centrado no isolamento, para um cuidado realizado com apoio comunitário, sendo utilizadas então práticas mais voltadas a inclusão, respeito à dignidade, liberdade, e promoção da autonomia de sujeitos acometidos por transtornos mentais, desafiou paradigmas e buscou promover uma desinstitucionalização, incentivando serviços abertos e acessíveis, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), voltado a um tratamento integral e humanitário (Costa; Alencar; Silva, 2024).

A criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) através da portaria GM 224/92, foi um dos principais marcos da história da reforma, pois apresentava uma nova forma de tratamento da doença mental. Foram deste modo, criadas novas redes, instituídas regras de funcionamento nos hospitais que atendiam pessoas com doenças mentais, como também, a progressiva diminuição dos leitos, acompanhando a criação de formas alternativas de cuidado. Mas para que funcionasse foi preciso investir em uma boa rede de cuidados e na modificação de atitudes frente à chamada loucura, de uma maneira que realmente pudesse vir a ocorrer uma integração na sociedade (Fontelles; Silva, 2019).

Os CAPS de acordo com o Ministério da Saúde, fazem parte das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) que caracterizam um serviço de saúde aberto e de caráter comunitário formados por equipes multiprofissionais e interdisciplinares, com a função de realizar o

atendimento a pessoas com problemas mentais e também necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas, sendo assim substituto do modelo asilar. São desse modo, um lugar provedor de cuidado e vida, com a missão de garantir cidadania e inclusão aos usuários e familiares (Fontelles; Silva, 2019).

O papel do CAPS dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se descrever como: o oferecimento de atendimento à população em sua área de abrangência, contando com acompanhamento clínico e sua reinserção na sociedade, pelo acesso ao trabalho, a direitos básicos, como lazer, exercício dos direitos civis e visando também fortalecer laços familiares e comunitários. Para que assim, a vida comunitária e a autonomia do sujeito, sejam ampliadas através de trabalhos em equipe, com o cuidado promovido pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS), que envolve não só a equipe, mas o usuário e os familiares com o intuito de contribuição ativa em sua elaboração, tendo o CAPS como responsável da ordenação do cuidado (Fontelles; Silva, 2019).

As práticas realizadas tem como finalidade serem ofertadas em ambientes propícios, abertos, acolhedores e inseridos na cidade ou bairro. Os projetos elaborados muitas vezes ultrapassam sua própria estrutura física, em busca da potencialização de suas ações, tendo em vista não só o sujeito no geral, mas a sua singularidade, história, cultura e vida cotidiana. Caracterizam-se esses serviços como clínica ampliada, porque vão muito além do uso de consultas e medicamentos, provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e tratamento dos transtornos mentais (Fontelles; Silva, 2019).

Contudo, mesmo com grandes avanços na atenção e na saúde mental, a assistência integral e humanizada, ainda é uma prática a ser atingida visto que os serviços e atuações, são atravessados pelas duas lógicas ainda existentes e contrapostas, uma sendo voltada ao modelo médico, com práticas centrada na pessoa, e a outra visando de modo mais amplo o cuidado integral de rede. Estes dois pontos ainda colidem no cotidiano da prática (Fontelles; Silva, 2019).

No que se refere a medicalização, continua a ser preocupante quando usados os fármacos sem uma escuta clínica adequada, a primazia do tratamento farmacológico como único meio muitas vezes apresentado, continua a refletir um problema e um retrocesso na luta antimanicomial e na reforma psiquiátrica, sabendo-se que não é o único meio a se tratar os transtornos mentais, porém, refletindo assim o controle da medicina ainda presente, pois a medicalização leva a uma ampliação do exercício da medicina sobre a sociedade, se configurando assim também, como uma nova forma de institucionalização (Fontelles; Silva, 2019).

A reforma possui um âmbito subjetivo, pois é atravessada por conceitos enraizados, necessitando de uma mudança de pensamento em meio à sociedade, para que desse modo, possa ampliar sua força. Além de um percurso promissor, a reforma psiquiátrica lida também com muitos desafios. O movimento antimanicomial teve uma grande força, foram obtidos avanços significativos, e para tais avanços continuarem ocorrendo, é de suma importância o engajamento dos profissionais em saúde mental e a problematização de possíveis retrocessos (Fontelles; Silva, 2019).

No que se refere a progressos, a lei nº 10.216/2001 configurada como a lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental. Entre os direitos, essa lei garante aos indivíduos: serem tratados com humanidade e respeito, no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, a sua recuperação, visando a inserção na família, no trabalho e na comunidade, além de ser tratada nos ambientes terapêuticos pelos meios menos invasivos possíveis (Fontelles; Silva, 2019).

O artigo 4 da lei, salienta que internações só ocorrerão quando os recursos extra hospitalares se mostrarem totalmente insuficientes, mas tendo sempre como finalidade do tratamento a reinserção do sujeito na comunidade. Bem como, deverá oferecer assistência integral, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológico, ocupacionais, de lazer, entre outros. Sendo deste modo, vetada a internação em contextos asilares e excludentes, que se mostrem segregadoras e sem os recursos necessários (Fontelles; Silva, 2019).

No que se diz respeito às formas de tratamento: Cada usuário do CAPS, possui seu projeto terapêutico individual, segundo suas necessidades e conforme a portaria GM 336/02, que consiste nas seguintes modalidades: atendimentos intensivo: trata-se de um atendimento diário, geralmente oferecido a pessoas em grave estado psíquico; atendimento semi-intensivo: o usuário pode vir a ser atendido até 12 vezes no mês, oferecido quando a gravidade do estado psíquico se encontra menor e por fim, atendimento não intensivo que basicamente é quando a pessoa não precisa de um suporte da equipe contínuo para viver em seu território (Ferreira; Mesquita; Silva; Silva; Lucas; Batista, 2016).

É válido ressaltar, que o CAPS oferece várias atividades aos seus usuários como: oficinas terapêuticas, que pode ser elas: expressivas, pintura, argila, desenho; como também geradoras de renda: aprendizado de uma atividade específica, costura, venda de livros, etc; e de alfabetização, onde exercitam leitura, escrita, que é de suma importância para reconstrução de sua cidadania (Ferreira; Mesquita; Silva; Silva; Lucas; Batista, 2016).

No que se refere ao CAPS, os dispositivos têm diferenças no que se refere ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas; bem como, à especificidade da demanda, isto é, a delimitação de para quem aquele serviço está sendo ofertado, seja: para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves (Ferreira; Mesquita; Silva; Silva; Lucas; Batista, 2016).

Os diferentes tipos são: CAPS I e CAPS II, para atendimentos de adultos com transtornos mentais severos e persistentes; CAPS III, para atendimento diário e noturno de adultos; CAPSi, para infância e adolescência; CAPSad, para usuários de álcool, drogas, atendimento diário para pessoas com transtornos decorrentes ao uso de substâncias psicoativas, possui leitos de repouso com finalidade exclusiva para o tratamento de desintoxicação (Ferreira; Mesquita; Silva; Silva; Lucas; Batista, 2016).

Dentre os profissionais atuantes de forma geral em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) estão: psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou profissional necessário ao projeto terapêutico, técnicos e auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, e o coordenador da unidade, bem como, auxiliares de limpeza, guardas, e por fim, irá depender da necessidade de cada equipamento os profissionais atuantes (Ferreira; Mesquita; Silva; Silva; Lucas; Batista, 2016).

Entretanto, desafios são encontrados referentes ao processo de construção de novas narrativas em relação à condição psíquica do sujeito pós - Reforma Psiquiátrica, dentre as entraves encontradas, estão os obstáculos que são limitantes ao que se diz respeito ao alcance e a eficácia dos serviços oferecidos. É válido ressaltar, que algumas regiões do país encontram escassez nos serviços, nos recursos, na eficácia, e principalmente na falta de capacitação adequada de profissionais, deixando-se evidenciado a dificuldade de articulação entre serviços e níveis de atenção em saúde mental (Costa; Alencar; Silva, 2024).

É relevante salientar, que o projeto da Reforma Psiquiátrica foi apresentado por Paulo Delgado em 1989, mas só em 2001 tornou-se efetivamente a lei 10.216/01, entrando em vigor no dia 06 de abril de 2001. O fato de demorar uma década até a sua aprovação mostra como havia, e ainda existe, muitos estigmas e rejeição da sociedade em relação a pessoas com transtornos mentais, refletindo-se também nos parlamentares que representam a sociedade (Machado, 2023).

Além disso, pautas como estigmas enfrentados e resistência no que refere aos setores, que ainda conservam enlaces com o modelo antimanicomial, representam resistências que afetam a consolidação em plenitude de práticas comunitárias e integrativas, indicando uma

emergência na necessidade de um maior comprometimento de forma contínua e sistematizada, para que dessa forma, diretrizes evolucionistas sejam incorporadas de maneira efetiva e eficaz ao sistema de saúde (Costa; Alencar; Silva, 2024).

3.1.2 COMPREENDENDO O TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

No que diz respeito ao Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), é válido ressaltar que o seu reconhecimento é um dos mais antigos. Inicialmente o TAB, era nomeado como: insanidade maníaco-depressivo, já na atualidade é classificado em dois tipos: sendo eles, o tipo I, uma condição mais grave e persistente do transtorno, que se caracteriza pela mania, e o tipo II, é vista uma elevação do humor a certo modo, mais branda, no que se refere a hipomania (Bosaipo; Borges; Juruena, 2016).

O transtorno bipolar é caracterizado por uma condição psiquiátrica que ocasiona graves alterações de humor, envolvendo o extremo de pólos opostos da experiência afetiva, que vão de períodos desde humor elevado até a depressão, intercalados muitas vezes por períodos de remissão, são associados a sintomas físicos, cognitivos e comportamentais específicos, alteração no pensamento, na volição e impactos sociais (Bosaipo; Borges; Juruena, 2016).

Segundo a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5 TR), além da distinção entre tipo I e tipo II, é também presente o polo de crises mistas, nomenclatura utilizada para descrever episódios em que ocorrem simultaneamente sintomas depressivos e maníacos. Há ainda o transtorno Ciclotímico definido por uma alternância de sintomas hipomaníacos e depressivos durante um intervalo de pelo menos dois anos em adultos ou um ano em crianças, sem que sejam preenchidos critérios completos para episódios de mania, hipomania e depressão maior.

No que diz respeito sobre a alternância severa de humor, perpassou séculos de investigação, há muitos anos atrás a palavra mania e melancolia já eram utilizadas séculos antes de Cristo, a investigação teve uma forte relevância na França no século XIX, quando o psiquiatra e neurologista francês Jules Baillarger, trouxe uma nova nomenclatura para patologia mental, chamada por ele “la folie à double forme” na tradução: “forma dual de insanidade”. Cujas principais características consistia em episódios de mania e depressão em um mesmo paciente. Jules foi então, acusado de plágio por outro psiquiatra chamado, Jean Pierre Falret que nomeou quase o mesmo termo para o transtorno “la folie circulaire”, traduzido como insanidade circular, porém contava com uma diferença, para ele haveria intervalos

lúcidos entre as fases de mania e depressão, mesmo que esses intervalos fossem longos (Barion; Jesus, 2024).

O Transtorno Afetivo Bipolar, é marcado por seus episódios fásicos, onde as crises de mania e depressão são delimitadas no tempo, é válido ressaltar, que com frequência, existem os períodos de remissão em que o humor do paciente encontra-se eufímico, e alterações psicológicas mais intensas tendem a regredir. No que se refere a idade média de início do transtorno, é dita em torno de 21 anos, com chance de recorrência de 37% no primeiro ano após um primeiro episódio de mania ou depressão bipolar, podendo alcançar até 87% nos próximos cinco anos (Dalgalarondo, 2019).

Apesar da probabilidade de períodos de remissão, o Transtorno Afetivo Bipolar é um adoecimento grave, com importantes implicações no que se refere, a prejuízos mediante a qualidade de vida do sujeito, produtividade, sociabilidade, bem como os prejuízos neuropsicológicos e o aumento significativo a doenças físicas e risco de suicídio. Até a década de 1980, 12 a 15% das pessoas acometidas pelo transtorno, encerravam sua vida em decorrência de suicídio, entretanto ao que parece, essa frequência teve uma significativa diminuição para 5%, sendo esse um progresso associado ao melhor uso de tratamento farmacológico e psicossocial (Dalgalarondo, 2019).

O risco de suicídio aumenta para indivíduos que tenham episódios ditos mistos, ciclagem rápida e mais sintomas ansiolíticos, bem como os que estão em período inicial do transtorno, com quadros refratários ou que recebem um tratamento inadequado e ineficiente. Estima-se um aumento significativo, quando existe a ocorrência de comorbidades como transtornos de personalidade (TPs) do grupo B, sejam eles borderline, histriônico, narcisista, ou uso de substâncias como álcool e outras drogas também são potenciais agravantes para o quadro. Sendo que em torno de 22 a 40% dos pacientes bipolares, apresentam algum Transtorno de Personalidade, sendo o Transtorno de Personalidade Borderline (10 - 20%), histriônica (7,7%) e narcisista (4,5%) (Dalgalarondo, 2019).

Em indagações sobre se o TAB é inato ou adquirido, não se consegue chegar a uma verdade absoluta, sabe-se que existem indícios referentes ao aspecto intergeracional do transtorno, quando há casos na família, torna-se então um fator de risco para as futuras gerações, pois os estudos mostram que possivelmente existe um componente genético na bipolaridade. É válido citar que muitas vezes, em várias condições psiquiátricas podem advir de manifestações diversas de uma mesma predisposição genética (Barion; Jesus, 2024).

No que diz respeito a fisiopatologia, é advinda da interação entre vários sistemas neurais, onde alteram por exemplo a serotonina que representa funções no controle de eventos

biológicos fundamentais para o desenvolvimento adequado do sistema nervoso, compromete também a dopamina, um hormônio ligado ao prazer, noradrenalina ligado ao estresse e ao sistema glutamatérgico, sendo o maior sistema de excitação do sistema nervoso e o sistema GABAérgico que é envolvido na regulação do humor, que atuando de maneira conjunta, auxiliam na explicação do Transtorno Afetivo Bipolar (Barion; Jesus, 2024).

Todavia, é necessário observar não só componentes biológicos, mas também o contexto sociocultural, a formação e tecnicidade dos profissionais que fazem a avaliação do diagnóstico, como também para o conjunto de sinais e sintomas apresentados pelo paciente, para que não se caia no reducionismo preconceituoso, de forma que o Transtorno Afetivo Bipolar necessita de um tratamento multiprofissional e interdisciplinar (Barion; Jesus, 2024).

De acordo com o DSM 5 - TR, no que se refere ao transtorno bipolar tipo II, é necessário o preenchimento dos critérios fundamentais, referente a um episódio de hipomania atual ou anterior, como também os critérios para um episódio depressivo maior (DSM - 5 - TR, 2023).

Quanto ao episódio hipomaniaco, são descritos os seguintes sinais e sintomas: um período distinto de humor anormal, persistente e elevado, expansivo ou irritável, e um aumento anormal e persistente da atividade ou energia, sua duração mínima é de quatro dias consecutivos e presente na maior parte dos dias. Acompanhado por um aumento de energia e pelo menos três sintomas típicos do quadro, que são: autoestima inflada, redução da necessidade de sono, fala excessiva, fuga das ideias, distração, aumento de atividades ou comportamento de risco. Esses comportamentos são observáveis por outras pessoas, apresentando alteração no comportamento de forma visível do sujeito, porém ao contrário da mania, não causam prejuízos muito graves e nem exigem hospitalização (DSM-5 -TR, 2023).

Já o episódio depressivo maior, fica presente por pelo menos duas semanas, incluindo obrigatoriamente humor deprimido, perda de interesse ou prazer. Os sintomas incluem, alterações no peso, sono, fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldades de concentração e muitas vezes pensamentos suicidas. Causando desse modo, um sofrimento significativo ou prejuízo funcional e não podem ser atribuídos ao uso de substâncias ou a outras condições médicas. Além disso, o quadro não é melhor explicado por transtornos do espectro da esquizofrenia. No transtorno bipolar tipo II, a imprevisibilidade da alternância entre hipomania e depressão compromete o funcionamento social, profissional ou outras áreas importantes da vida (DSM-5-TR,2023).

De acordo com o DSM-5-TR, é válido citar a impulsividade, como uma das características marcantes do transtorno, que pode contribuir com tentativas de suicídio e

transtornos por uso de substância, mas também apresenta níveis aumentados de criatividade durante episódios hipomaniacos presentes em indivíduos com transtorno bipolar tipo II. Porém, a satisfação que o indivíduo tem com a criatividade aumentada durante episódios hipomaniacos pode contribuir para a ambivalência quanto a buscar tratamento ou prejudicar a adesão a ele.

Embora o transtorno bipolar tipo II, possa começar no final da adolescência e durante a fase adulta, a idade média é por volta dos 25 anos, o que em comparação com transtorno bipolar tipo I, é um pouco mais tarde, e se tornando mais cedo em relação ao transtorno depressivo maior. Normalmente é iniciada com um episódio depressivo, e não é reconhecida como transtorno afetivo bipolar tipo II, até o surgimento de um episódio hipomaniaco, por essa razão mais de 12% das pessoas, recebe inicialmente o diagnóstico de transtorno depressivo maior. Em muitos casos, as pessoas experimentam vários episódios depressivos, antecedendo o hipomaniaco, podendo ocorrer um intervalo de até dez anos, o que conseqüentemente é a demora para o diagnóstico (DSM-5-TR, 2023).

4 METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, de natureza bibliográfica, com uma abordagem descritiva e exploratória, conforme classificado por Gil (2002), que define dessa maneira, a pesquisa bibliográfica como aquela desenvolvida a partir de materiais já publicados como: livros, artigos científicos e outros documentos disponibilizados publicamente.

Segundo Lakatos e Marconi (2003), a pesquisa bibliográfica visa oferecer uma análise crítica e sistemática das produções existentes sobre determinada temática, sendo desse modo, fundamental para construção de trabalhos científicos.

A abordagem descritiva, busca observar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los, conforme propõe Gil (2002). Já a abordagem exploratória tem como finalidade proporcionar maior familiaridade com o problema, com intuito de torná-lo mais explícito para construir hipóteses futuras.

Para Lakatos e Marconi (2003), a pesquisa bibliográfica não configura-se apenas como uma mera repetição de um trabalho já feito, mas proporciona uma investigação do tema, sob uma nova óptica, enfoque ou abordagem, chegando a novas conclusões, desse modo, inovando as considerações sobre o assunto. Dessa maneira, não basta apenas a realização de uma pesquisa bibliográfica, mas ter considerações e componentes, que contribuem na evolução do trabalho e pesquisa científica.

Além disso, a revisão bibliográfica tem como benefício o seu baixo custo, pois o pesquisador não precisará se deslocar para o estudo de pesquisas científicas, pois com o advento da internet torna-se viável sua realização até mesmo feito em sua própria casa. Tendo a oportunidade de estudar e investigar uma vasta e ampla gama de obras, para conhecer e entender melhor o estudo em investigação.

A seleção do material em questão foi realizada por meio de buscas em bases de dados científicas, periódicos CAPES, como Scielo, Google Acadêmico, Livros Acadêmicos.

Os descritores que serão utilizados para busca dos materiais incluem: Saúde Mental, Psicopatologia, História da Loucura, Reforma Psiquiátrica, Transtorno Afetivo Bipolar.

Contando com os seguintes critérios de inclusão: estudos disponíveis em plataformas científicas reconhecidas como Scielo, Google Acadêmico, Biblioteca Virtual, livros técnicos e teóricos, documentos institucionais e resoluções oficiais pertinentes ao tema.

No que vale ressaltar os critérios de exclusão, estão os seguintes: materiais que fugiam do eixo temático da pesquisa, sem validade científica ou sem comprovação de validade

acadêmica, como: blogs, vídeos, e sites sem revisão. Com o recorte temporal dos últimos dez anos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Mudanças de humor são naturais do sujeito, no cotidiano é comum que as pessoas sintam raiva, ódio, alegria e outras emoções que fazem parte da construção afetiva enquanto ser humano. Desse modo, entende-se que a tristeza ou a irritabilidade, não são suficientes para um diagnóstico psiquiátrico. Principalmente quando são cessadas em pouco tempo, não trazendo prejuízos e o próprio indivíduo consegue retornar ao seu equilíbrio emocional (Moreno; Moreno; Bio; David, 2015).

No que se refere ao Transtorno Afetivo Bipolar, é reconhecido pela medicina há mais de três mil anos ao longo da história. Na bipolaridade tipo II, são encontrados um conjunto de sintomas e sinais que compõem episódios hipomaníacos e depressivos. Causando dessa forma, um sofrimento psíquico grave, acarretando em um prejuízo funcional significativo a vida do sujeito. Os sintomas persistem durante a maior parte do tempo, e tendem a permanecer por em média 15 dias. Quanto às mudanças comportamentais resultantes dessas crises, são notáveis externamente por outras pessoas, podendo então deixar sequelas graves na vida do sujeito e da família, sob aspectos pessoais, sociais e profissionais (Moreno; Moreno; Bio; David, 2015).

Segundo o DSM 5 -TR, para o diagnóstico do Transtorno Bipolar tipo II, é necessário o preenchimento dos seguintes critérios, sendo eles na fase hipomaníaca: um período de humor atípico, persistente e elevado, expansivo ou irritável, aumento significativo da atividade e energia, e sua duração mínima é de quatro dias consecutivos, estando presente na maior parte do dia e quase todos os dias. O que representa uma mudança notável no humor habitual e estão presentes em um grau significativo de sofrimento para o sujeito.

O indivíduo, pode apresentar autoestima inflamada, grandiosidade, baixa necessidade de sono, pressão para falar, fuga das ideias, ou uma percepção subjetiva que os pensamentos estão acelerados, falta de atenção, aumento da produtividade, envolvimento em atividades de risco, mudança clara no seu funcionamento, perturbação no humor, sendo claramente perceptível. O episódio em si, não é suficientemente grave, para causar prejuízos a ponto da necessidade de uma hospitalização imediata, não há características psicóticas ou atribuição ao uso de alguma substância (DSM 5 - TR).

No que diz respeito ao episódio Depressivo Maior, cinco ou mais dos sintomas descritos a seguir, deverão estar presentes por um período de pelo menos duas semanas, e representam uma alteração no funcionamento do sujeito. Sendo eles: humor deprimido na

maior parte do dia, ou quase todos dias, diminuição do interesse e prazer em todas ou quase todas as áreas, perda ou ganho significativo de peso sem estar em nenhuma dieta, insônia ou hipersônia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda da energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, pensamentos recorrentes de morte, sintomas que causam prejuízo significativo no funcionamento pessoal, profissional, social e não é atribuível a outras condições (DSM 5 - TR).

O Transtorno Afetivo Bipolar, vai agir de forma subjetiva na vida do indivíduo, com impactos internos, muitos participantes de um estudo realizado, relatam que é como a perda de controle em relação a si mesmo e a culpa decorrente a isso. A falta de controle perante as suas ações, a impulsividade, irritabilidade, agressividade, compulsões, apatia, sintomas como esses entre outros, são relatados, assim como, sentirem-se presos e paralisados pelo transtorno. O que leva a perda de confiança em si mesmo e em suas capacidades. Sentir-se subjugado a uma doença pode levar a práticas de exclusão, diminuição, estigmatização, vindo de si mesmos e de terceiros (Tostes; Cury; Brisola, 2024).

Pessoas com Transtorno Afetivo Bipolar tipo II, geralmente procuram ajuda profissional, durante um episódio depressivo, é muito incomum que elas se queixem dos sintomas hipomaniacos, por muitas vezes considerarem algo desejável. Já o episódio depressivo e as oscilações intensas no humor, acarretam um maior prejuízo ao sujeito, trazendo uma instabilidade ao seu funcionamento geral. Se torna de extrema relevância a opinião de pessoas próximas para obter informações clínicas mais precisas para o estabelecimento de um diagnóstico (DSM 5 - TR).

A respeito da hipomania como uma forma mais acentuada, irá variar de sujeito para sujeito, em suas representações, pode envolver ideias urgentes de realização, desproporcionalmente importante no momento, mas existe muita pressa e obstinação, como novos planos, empreendimentos, novas paixões, trabalhar muito, estudar demasiadamente, sem o cansaço proporcional a tantos feitos (Moreno; Moreno; Bio; David, 2015).

Da mesma forma que ocorre o aumento envolvendo o tempo de telas, iniciar várias coisas e não finaliza-las, vida social mais agitada, novas relações, compras exageradas, aumento da energia, alterações comportamentais que podem levar ao uso de substâncias lícitas e ilícitas, o conteúdo da hipomania a certo modo está relacionado a subjetividade, e a partir disso, não se pode generalizar o mesmo conteúdo para todos os sujeitos com transtorno afetivo bipolar tipo II, mesmo que os sintomas sejam iguais, a forma de agir perante a eles pode ser muito diferente (Moreno; Moreno; Bio; David, 2015).

Bem como a depressão, mesmo sendo constituinte da motivação para busca do tratamento, também pode vir com diferentes motivações para manifestação, como mencionados acima, nos critérios diagnósticos podem surgir com baixa autoestima, fadiga, sentimentos de desesperança, entre outros (Moreno; Moreno; Bio; David, 2015).

É de suma importância, entender que o Transtorno Afetivo Bipolar é influenciado por fatores genéticos, ambientais e sociais. Eventos que a maioria das pessoas enfrentam em seu cotidiano, como estresse, família disfuncional, problemas sociais e ocupacionais, se combinados com uma genética predisponente ao transtorno, podem ser decisivos para o desenvolvimento do TAB. O transtorno afetivo bipolar possui uma alta herdabilidade sendo considerado um dos mais geneticamente influenciados dentre os distúrbios psiquiátricos (Filho; Rocha; Curto; Barbosa; Miranda, 2023).

Quanto a sua fisiopatologia, existe uma alteração nos neurotransmissores, como serotonina, dopamina e noradrenalina, nos episódios depressivos observa-se uma mudança na redução e concentração de noradrenalina e dopamina, em conjunto com alterações nos receptores de serotonina. Já na hipomania ocorre uma aumento na atividade de noradrenalina e dopamina, e a atividade serotoninérgica diminui. Essas variações neuroquímicas, são contribuintes para as variações de humor que ocorrem no TAB (Filho; Rocha; Curto; Barbosa; Miranda, 2023).

Pesquisas de neuroimagem mostram alterações no cérebro, como redução do volume da amígdala, hipocampo e córtex pré-frontal, regiões que são ligadas ao controle do humor. Essas mudanças dificultam a regulação emocional, o que contribui para a instabilidade do humor, e a ocorrência de episódios hipomaniacos e depressivos (Filho; Rocha; Curto; Barbosa; Miranda, 2023).

Além dos fatores biológicos, é de suma importância salientar que o transtorno afetivo bipolar, é uma condição multidimensional, pois existe uma interação dinâmica entre fatores biológicos e psicossociais. Embora a farmacoterapia tenha um papel essencial no tratamento, sendo considerada de primeira linha, as intervenções psicossociais se fazem necessárias, agindo como ferramentas fundamentais, para manutenção de fatores emocionais e comportamentais (Moura; Lira; Ferraz; Lima; Rocha, 2017).

Evidencia-se o estigma, como uma das maiores barreiras enfrentadas por pessoas com esse sofrimento psíquico. Em uma cultura que discrimina e segrega, tudo que é desviante do dito “normal”, o transtorno mental continua a ser visto de forma preconceituosa e excludente, o que ocasiona prejuízos não só a pessoa que tem o transtorno, mas a sua rede de apoio também. Desse modo, dificultando a recuperação, a busca por tratamento adequado repercute

na qualidade de vida do sujeito. E isso traz impactos na vida pessoal, social, profissional, pois a pessoa com transtorno afetivo bipolar, passa a ser visto como inválido e dependente, sem muitas perspectivas (Moura; Lira; Ferraz; Lima; Rocha, 2017).

A presente falta de informação, e a disseminação de falas preconceituosas contribuem para alimentar a discriminação desses indivíduos. É válido ressaltar que as famílias também são atravessadas e muitas vezes sobrecarregadas com o cuidado e a superproteção excessiva, não sabendo sobre a patologia e o grau de comprometimento do transtorno na vida do indivíduo, pode impedir que o mesmo enxergue a suas potencialidades, deixando então de incluir-se e sentir-se pertencente ao seu meio, e desse modo, não produza novos vínculos e tenha novas experiências que possam gerar satisfação e prazer, bem como um maior senso de estabilidade (Moura; Lira; Ferraz; Lima; Rocha, 2017).

O percurso até o diagnóstico do Transtorno Afetivo Bipolar tipo II, leva em conta o seu início que pode ser ao final da adolescência e durante a fase adulta, tendo como idade média por volta dos 25 anos, iniciando com o reconhecimento de um episódio depressivo maior, e muitas vezes não sendo reconhecida como bipolaridade, mas como transtorno depressivo maior, até que então surge um episódio hipomaníaco (DSM 5 - TR).

Ainda de acordo com DSM 5- TR, aproximadamente cerca de 12% das pessoas são diagnosticadas com Transtorno Depressivo Maior, tendo também, hipóteses diagnósticas acerca do transtorno de ansiedade e transtorno alimentar, que podem anteceder o diagnóstico do TAB. Principalmente por alguns indivíduos experienciar vários episódios depressivos anteriormente a um episódio hipomaníaco, é reconhecido um intervalo de 10 anos para o diagnóstico da bipolaridade. Além disso, é imprescindível que o médico leve em consideração a história de vida, contexto cultural e a narrativa do sujeito para fechar um diagnóstico (DSM 5 - TR).

Mais de 50% dos indivíduos demoram um ano entre o primeiro e o segundo episódio, e a quantidade de episódios durante a vida tende a ser superior ao Transtorno Afetivo Bipolar tipo I. Apesar dos episódios hipomaníacos definirem o transtorno, os episódios depressivos tendem a ser mais prevalentes e incapacitantes, porém ocorre uma diminuição com o envelhecimento (DSM 5 - TR).

TERAPIA COGNITIVO - COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TAB

Diante dos impactos acarretados pelo Transtorno Afetivo Bipolar tipo II na vida do sujeito, o acompanhamento clínico, tanto psiquiátrico quanto psicológico, torna-se essencial. A Terapia Cognitivo-Comportamental, tem apresentado bons resultados quando associada ao tratamento interdisciplinar e multiprofissional do TAB, agindo em conjunto com o uso das medicações indicadas. Através do processo psicoterápico, um dos principais focos é direcionado ao aumento da adesão ao tratamento, como também, na prevenção de recaídas. Além disso, atua ajudando o paciente a alcançar uma maior capacidade de desempenho social, laboral, e a criação de estratégias para lidar com as situações geradoras de crise (Hubner; Maia; Rafael, 2022).

A Terapia Cognitivo-Comportamental, desenvolvida por Aaron Beck nas décadas de 1960 e 1970, é uma abordagem adaptada ao paciente, estruturada e ressalta a importância de um papel e participação ativos advindos do mesmo, pois se trata de uma abordagem colaborativa. O tratamento em TCC, deve se adequar ao indivíduo levando em conta a cultura, história familiar, e outras características importantes como, a natureza das dificuldades do paciente, objetivos, aspirações, habilidades, valores, o bom vínculo terapêutico, a motivação para mudança, experiências prévias e suas preferências. Contando com um bom plano de tratamento, que conta como fator principal a relação terapêutica estabelecida (Beck, 2021).

A abordagem possui um caráter psicoeducativo, dito isto, a conscientização sobre o transtorno, as formas de tratamento, e desmistificação de ideias estigmatizantes e distorcidas, que resultam em uma melhor adesão ao tratamento farmacológico, são realizadas, proporcionando o desenvolvimento de melhores estratégias de regulação emocional, manejo do estresse, e a detecção de sinais e sintomas de episódios sejam eles depressivos ou hipomaníacos. Além disso, a aceitação do diagnóstico tanto pelo paciente quanto pela família é um passo fundamental para compreensão que o transtorno não o define, contribuindo assim para uma uma relação mais saudável consigo mesmo e sua condição (Hubner; Maia; Rafael, 2022).

Algumas técnicas empregadas pela TCC, mostram-se eficazes no tratamento do TAB, dentre elas, é válido citar: a psicoeducação, a reestruturação cognitiva que vai identificar e buscar modificar pensamentos disfuncionais e distorcidos, e assim possibilita ao paciente ressignificar e desenvolver respostas mais funcionais ao seu sofrimento, favorecendo a redução de sintomas e a ampliação de recursos internos para lidar com o sofrimento (Silva; Silveira; Azevedo; Farias; Rodrigues; Lopes, 2024).

Assim como, intervenção familiar tendo como objetivo colocar a família em um papel ativo no contexto de tratamento, auxiliando na recuperação do paciente, o registro de pensamentos para análise e modificação, a prevenção de recaídas, validação emocional, monitoramento do humor e ferramentas como questionamento socrático, para ir mais a fundo na identificação de crenças, padrões e pensamentos disfuncionais (Silva; Silveira; Azevedo; Farias; Rodrigues; Lopes, 2024).

No que se refere aos desafios clínicos que o psicólogo precisa levar em conta, quanto ao transtorno bipolar, trata-se que os estigmas enraizados frequentemente são fatores que levam os pacientes a interromper o tratamento farmacológico, contribuindo para o ciclo de instabilidade emocional e trazendo impactos negativos a vida do sujeito. Por essa razão, a intervenção psicossocial precoce, bem como, o desenvolvimento de políticas públicas, que promovam a conscientização e a inclusão, são estratégias válidas, para diminuição dos fatores prejudiciais e desse modo, proporcionar ao paciente um desfecho mais saudável e funcional (Morais; Silva; Barros; Nogueira; Ferreira; Neo; Aragão; Trindade; Dantas, 2024).

Tendo em vista a complexidade que envolve o Transtorno Afetivo Bipolar tipo II, evidencia-se a necessidade de uma contínua aprimoração dos profissionais da saúde mental e o olhar mais humanizado, para enxergar que o paciente existe para além do seu diagnóstico, com valores, aspirações, sonhos e subjetividade. A TCC, vem como importante aliada, pois estudos mostram que pacientes que contam com apoio psicológico em conjunto a medicação apresentam uma maior estabilidade emocional (Morais; Silva; Barros; Nogueira; Ferreira; Neo; Aragão; Trindade; Dantas, 2024).

Os profissionais da psicologia contribuem ativamente na linha de frente, no que se refere a quebra de estigmas acerca dos transtornos mentais, e isso pode se dá através de campanhas, conteúdos psicoeducativos, notícias visando a desmistificação que envolve os transtornos mentais, além disso, no contexto clínico se faz de suma importância no processo psicoterapêutico, que ocorra essa conscientização para o paciente e familiares, podendo ser feita através da psicoeducação e o trabalho envolvendo as distorções. Dessa maneira, os pacientes em sofrimento psíquico poderão encontrar um espaço mais seguro e acolhedor para buscar ajuda e aceitar o processo (Monteiro, 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas e reflexões desenvolvidas ao longo desse trabalho, permitiram uma compreensão mais aprofundada acerca dos impactos e estigmas relacionados ao diagnóstico do Transtorno Afetivo Bipolar tipo II. Ressaltando desde o percurso histórico da saúde mental, sendo este, marcado por exclusão, estigmas e mudanças de paradigmas enfrentados até os dias de hoje por indivíduos diagnosticados. Observou-se que o estigma em meio a sociedade permanece como um processo social estrutural complexo, que em consequência influencia não apenas o olhar da sociedade para o transtorno, mas também a forma como a própria pessoa se enxerga e se relaciona com sua condição.

Retomando aos objetivos propostos, é possível identificar que a pesquisa alcançou seu propósito. No estudo evidencia-se a importância da compreensão acerca da história da loucura e da Reforma Psiquiátrica para compreender como práticas sociais e institucionais moldaram concepções sobre saúde mental. Também averiguou de que modo o estigma interfere na aceitação do diagnóstico e nas relações sociais, gerando impactos emocionais, funcionais e familiares. Além disso, a análise permitiu compreender as contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar, sobretudo na adesão ao tratamento, na reestruturação dos pensamentos estigmatizantes e na promoção de recursos para enfrentar as crises.

Demonstrou que o estigma se apresenta como uma das maiores barreiras de cuidado em saúde mental, repercutindo na autoestima, nas relações sociais e no acesso aos serviços de saúde. Nesse cenário a Terapia Cognitivo Comportamental-TCC demonstra-se uma importante aliada, pois oferece estratégias de manejo ao transtorno, promove a psicoeducação e auxilia tanto o paciente quanto a família na ressignificação do diagnóstico. Assim, a psicologia assume um papel fundamental não apenas no atendimento clínico, mas como instrumento de transformação social, contribuindo para a quebra de preconceitos e para construção de novas narrativas em saúde mental.

Diante do exposto, percebe-se que a relevância desta pesquisa se estende para além do campo acadêmico, alcançando dimensões sociais e clínicas. Ressalta-se a importância para que novos estudos sejam realizados e aprofundados, pois a luta contra o estigma em saúde mental ainda permanece e exige o engajamento contínuo de profissionais, pesquisadores e da sociedade. O Transtorno Afetivo Bipolar tipo II, como mencionado acima, demanda não apenas tratamento clínico, mas também um olhar humanizado e livre de preconceitos, capaz de reconhecer o ser humano para além do diagnóstico.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed., texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2023.

Aspectos clínicos e diagnósticos em saúde mental. [s.l.: s.n.]. Disponível em:

<https://www.rfbeditora.com/_files/ugd/baca0d_2328d1916f294a71b1c86e86b1ca4ef1.pdf#page=134>.

BARION, G. B. JESUS, G. S. VISTA DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR – revisão da literatura. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, v.17, n.12, p. 01-19, 2024. Disponível em:<<https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/12507/7408>>. Acesso em: 27 abr. 2025.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental**. 3. ed. [s.l.] Artmed Editora, 2021.

BOSAIPO, N. B.; BORGES, V. F.; JURUENA, M. F. **Bipolar disorder: a review of conceptual and clinical aspects**. Medicina (Ribeirão Preto. Online), v. 50, n. supl. 1, p. 72, 4 fev. 2017.

COSTA, L. H. S.; ALENCAR, H. C.; SILVA, A. B. F. Saúde mental e suas várias narrativas pós reforma psiquiátrica. **Revista Cedigma**, v. 2, n. 4, p. 100–110, 2024.

COSTA, P. H. A. DA; FARIA, N. C. “E agora, José”? Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica brasileiras na encruzilhada. **Physis (Rio de Janeiro, Brazil)**, v. 31, n. 4, p. e310412, 2021.

DA SILVA, Uanderson Pereira et al. Colaboração da terapia cognitivo-comportamental no tratamento de Transtorno Afetivo Bipolar. **COGNITIONIS Scientific Journal**. Disponível em: <<https://revista.cognitioniss.org/index.php/cogn/article/view/423/348>>. Acesso em: 22 ago. 2025. v. 7, n. 2, p. e423-e423, 2024.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2019.

DOS SANTOS ARAÚJO, J. R.; SUGIZAKI, E. **A história da loucura através dos séculos: de Foucault à modernidade**. Research, Society and Development, v. 13, n. 9, p. e12713947005, 2024.

FERREIRA, J. T.; MESQUITA, N. N. M.; SILVA, T. A.; SILVA, V. F.; LUCAS, W. J.; BATISTA, E.C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma instituição de referência no atendimento à saúde mental. **Revista Saberes**, Rolim de Moura, vol. 4, n. 1, jan./jun., p. 72-86, 2016. Disponível em: <<https://e-gaio.com.br/wp-content/uploads/2020/04/Os-Centros-de-Atencao-Psicossocial-CA-PS.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2025.

FONTELLES, F. L.; SILVA, R. B. VISTA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA, luta antimanicomial e novas formas de institucionalização. **Revista Mosaico** - 2019 Jul./Dez.; 10 (2): SUPLEMENTO 124-131. Disponível em:

<<https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/1825/1333>>. Acesso em: 9 set. 2024.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. v. 1. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: <<https://docente.ifrn.edu.br/mauriciofacanha/ensino-superior/redacao-cientifica/livros/gil-a.-c.-como-elaborar-projetos-de-pesquisa.-sao-paulo-atlas-2002./view>>. Acesso em: 11 maio 2025.

GUIMARÃES, R. L. N.; SILVA, T. C. M. **O normal e o patológico**: problematizando com estudantes de graduação em Psicologia de uma instituição de ensino superior em saúde do Nordeste. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife. Disponível em: <<https://tcc.fps.edu.br/handle/fpsrepo/666>>. Acesso em: 20 abr. 2025.

HUBNER, Francielle Louise Maia; CORRÊA, Rafael. Transtorno bipolar e o tratamento na terapia cognitivo-comportamental. **SEMINÁRIO CIENTÍFICO INTERINSTITUCIONAL**, v. 20, 2022.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. Disponível em: <https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india/view>. Acesso em: 11 maio 2025.

MACHADO, Enzo Bellini. **A lei antimanicomial (lei n.º 10.216/01) e a legislação penal brasileira: Os impactos da aplicação das medidas de segurança**. 2023. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2023.

MONTEIRO, Maria. O impacto da comunicação na consciencialização da saúde mental. **The Trends Hub**, Disponível em: <<https://parc.ipp.pt/index.php/trendshub/article/view/5710/3264>>. Acesso em: 22 ago. 2025. n. 4, 2024.

MORAIS SA; SILVA AAR; BARROS AL; NOGUEIRA GTM; FERREIRA GA; NEO TMS; ARAGÃO BD; TRINDADE MA; DANTAS EPV. **VISTA DO TRANSTORNO BIPOLAR: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTOS E DESAFIOS CLÍNICOS**. Disponível em: <<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/16673/9134>>. Acesso em: 22 ago.2025

MOURA HDS; LIRA JAC; FERRAZ MMM; LIMA CLS; ROCHA ARC. **Vista do Transtorno afetivo bipolar: sentimentos, estigmas e limitações**. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/241665/33152>>. Acesso em: 17 de agosto de 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Saúde mental. 2023. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental>>. Acesso em: 28 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Transtornos mentais. 2023. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>>. Acesso em: 28 maio 2025.

RESENHAS BOOK REVIEWS. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/w4mfCrW8jDsBdvyQfXrq4Xx/?format=pdf>>. Acesso em: 28 maio 2025.

RICARDO ALBERTO MORENO et al. **Aprendendo a Viver com o Transtorno Bipolar.** [s.l.] Artmed Editora, 2015.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29–41, abr. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/>>. Acesso em: 24 abr. 2025.

SERAPIONI, M. **Franco Basaglia:** biografia de um revolucionário. História, Ciências, Saúde, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1169–1187, out./dez. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xyFt7t59w8czHWXY3TSgLVC>>. Acesso em: 21 abr. 2025.

SOUZA, E. de. Reforma psiquiátrica: um grande desafio. **Psicologia em Estudo**, v. 5, p. 45–63, 2000.

TOSTES, GUILHERME W; CURY, V. E.; BRISOLA, E. UMA SAGA HERCÚLEA: EXPERIÊNCIA VIVIDA POR PESSOAS COM TRANSTORNO BIPOLAR. **Psicologia em Estudo**, v. 29, p. e61581, 13 dez. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental disorders. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>>. Acesso em: 11 maio 2025.