



## O Transtorno Bipolar do Humor em Pacientes Atendidos em Unidade Básica de Saúde

*Nádia Nara Rolim Lima<sup>1</sup>, Modesto Leite Rolim Neto<sup>2</sup>.*

**Resumo:** O objetivo do presente estudo foi compreender as ações comportamentais e temperamentais envolvidas no transtorno bipolar, através da história pessoal e familiar envolvidas nas narrativas de pacientes oriundos da zona rural, em unidade de atenção básica de saúde, no interior da Paraíba, levando-se em consideração a hipótese diagnóstica de espectro bipolar. **Métodos:** Participaram do nosso estudo 30 pacientes com idade média variando entre 12 a 67 anos, encaminhados por uma equipe de PSF (Programa Saúde da Família), da zona rural de Aparecida, localizada no interior da Paraíba, com hipótese diagnóstica de Transtorno Bipolar (DSM-V). Para a coleta de dados utilizamos a entrevista não estruturada, com características específicas interligadas ao transtorno bipolar. Este processo nos levou à análise quanti-qualitativa no sentido de análise de conteúdo clássica. A análise foi complementada com a Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD) como instrumento de avaliação dos pacientes. **Resultados:** Dos 30 pacientes entrevistados, 21 atingiram os parâmetros pré-estabelecidos ao espectro bipolar, predominando a atuação depressiva associada à euforia de grau moderado/grave; sendo que destes, 11 pacientes apresentaram indicadores de história familiar do transtorno. 12 pacientes mostraram dificuldades em precisar o início do transtorno, informando várias nomenclaturas veiculadas ao diagnóstico, o que sinalizou um diagnóstico não preciso na 1ª consulta. O episódio de mania e hipomania prevaleceram no sexo masculino, e a presença de sintomas psicóticos no sexo feminino. **Conclusão:** Através da identificação do espectro bipolar pacientes carecem de tradução as diferentes maneiras mobilizadas pelas ações comportamentais e temperamentais na tradução dos prejuízos a sua vida quotidiana.

**Palavras-Chave:** Transtorno Bipolar; Depressão; Temperamento.

## Bipolar Disorder in Primary Care Patients

**Abstract:** The purpose of the present study was understand the behavioral and temperamental processes involved in bipolar disorder, through the personal and family history reported in narratives of patients from the rural zone, at a basic health care unit, in the interior of the state of Paraíba, Brazil, taking into account bipolar disorder diagnosis. **Methods:** The study sample consisted of 30 patients with ages varying from 12 to 67 years, referred by a Family Health Program team from the rural municipality of Aparecida, located in the interior of Paraíba, diagnosed with Bipolar Disorder (DSM-V). A non-structured interview was used for data collection, with specific characteristics interlinked with bipolar disorder. This process led us to quantitative and qualitative analysis in the sense of classic content analysis, complemented with Hamilton's Rating Scale for depression (HAMD) as an instrument for evaluating the patients. **Results:** Of the 30 patients interviewed, 21 attained the parameters established for bipolar disorder, with a predominance of depression associated to moderate/serious levels of euphoria; of these 11 had indicators of a family history of disorders. Twelve patients had difficulty in determining the onset of their disorder, citing various terminologies contained in the diagnosis, which indicated an imprecise diagnosis at the first visit. Episodes of mania and hypomania dominate in the male sex, and psychotic symptoms in the female sex. **Conclusion:** Through the identification of bipolar disorder, patients lack a translation of the different manners mobilized by behavioral and temperamental processes in the translation of the harm done to their daily lives.

**Key words:** Bipolar disorder; Depression; Temperament.

<sup>1</sup> PhD em Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil.

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte – FMJ/Esracio, Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. modestorolim@yahoo.com.br.

## Introdução

Transtornos de humor são doenças graves e com grande sobrecarga para o paciente e todos que o cercam. Os indicativos principais dos pacientes são as alterações sentimentais, comportamentais e nos pensamentos. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), 350 milhões de pessoas no mundo vivem com depressão, que é considerado um transtorno de humor que mais leva ao suicídio, portanto, ela se tornou de grande importância na saúde pública, sendo necessária a criação de campanhas de conscientização e não apenas por parte de profissionais, mas também, de toda a população (SOUZA et al., 2019).

A relação entre depressão (unipolaridade) e Transtorno de Humor Bipolar (bipolaridade) é muito expressiva. Basta lembrar que 50% dos casos de THB iniciam-se como depressão. Embora este transtorno seja caracterizado por episódios de mania e/ou hipomania, os pacientes passam a maior parte do tempo em episódios depressivos. O que reforça o fato de que 70% dos casos de THB receberam diagnósticos incorretos, continuando incorretos por um período de 10 anos. Isto de fato é um desafio para os psiquiatras, pois a falha na identificação produz uma menor resposta aos psicofármacos, permitem mais viradas maníacas e estados mistos, aceleram a ciclagem e aumentam os custos do tratamento em até 586% em 4 anos (MENEZES, 2019).

Apesar dos muitos estudos acerca do desenvolvimento, diagnóstico e tratamento do processo depressivo, faz-se necessário considerar e diferenciar atualmente os territórios demarcados pelo Transtorno Bipolar. Embora possam ser confundidas, deve-se diferenciar a depressão chamada unipolar da bipolar (LARA, 2004). A identificação de pacientes pertencentes ao amplo grupo de bipolares é de grande importância clínica (MORENO e DIAS, 2002). Apesar da terapêutica disponível, o transtorno do humor bipolar continua sendo pouco diagnosticado e inadequadamente tratado (GHAEMI, BOIMAN, GOODWIN, 2000), demorando em média mais de 10 anos para que o paciente receba o diagnóstico correto (SUPPES et al., 2001).

Os critérios no DSM V não são, fundamentalmente, diferentes do CID 10. Chama atenção a mudança de sentido do termo hipomania, pois os termos "mania" e "depressão grave" eram os extremos opostos do espectro afetivo e a "hipomania" um estado intermediário enquanto que o Transtorno Bipolar II, no DSM V, a "hipomania" ganha em determinação

diferenciada. A gravidade específica sustenta-se em critérios como presença de "depressão" e dos prejuízos graves no funcionamento social. Ou seja, pode-se entender que os sintomas descritos nos episódios hipomaniacos, isoladamente, não teriam critérios suficientes para caracterizar maior gravidade ou retirar o "mais leve" da avaliação. Seria necessário algo vivido como sofrimento mais significativo para caracterizar um sintoma (IJEP, 2019).

Pacientes diagnosticados com transtorno bipolar podem desenvolver mais de 10 episódios de mania e de depressão durante toda a vida. A duração das crises e dos intervalos entre elas em geral se estabiliza após a quarta ou quinta crise. Frequentemente, o intervalo entre os primeiro e segundo episódios pode durar cinco anos ou mais, embora 50% dos pacientes possam apresentar outra crise maníaca 2 anos após sua crise inicial (O GLOBO, 2015).

A detecção do transtorno bipolar exige tempo, investigação cuidadosa e, muitas vezes, entrevistas com os familiares do paciente. O diagnóstico precoce é importante, pois pode prevenir recorrências futuras e deterioração da qualidade de vida. "O diagnóstico não pode ser feito de forma ampla. É preciso levar em consideração uma série de critérios, como a duração dos sintomas, alteração no funcionamento do organismo, mudanças no relacionamento social, entre outros. Apesar de não ter cura, é possível prevenir os episódios com o tratamento adequado, que inclui medicamentos estabilizadores do humor e acompanhamento psicoterápico (REVISTA NEWS, 2018).

A família e o paciente necessitam de apoio e psicoeducação para entender o transtorno bipolar. As medidas psicoeducacionais tem como objetivo dotar o paciente e familiares de conhecimentos teóricos e práticos para compreender e lidar com a doença e suas consequências. É importante saber as características da doença, os altos níveis de recorrência e a sua condição de cronicidade; Saber sobre possíveis fatores desencadeantes e ajudar o paciente a encontrar os seus próprios; Esclarecer sobre os medicamentos enfatizando vantagens do uso e possíveis efeitos colaterais; Detecção precoce dos sintomas como necessidade diminuída de sono, pensamento rápido e hiperatividade; Riscos de uso de drogas ilícitas; Orientar alimentação saudável e atividade física; Orientar quanto ao tratamento na gravidez; Alertar sobre risco de suicídio; Aprender a lidar com o estigma da doença (UOL, 2019)

Mediante a realidade articulada pelas trajetórias individuais e coletivas em contraponto as manifestações clínicas referendadas pela dor e pelo sofrimento psíquico envolvidos ao transtorno, várias pesquisas tentam demonstrar os diversos sentidos que perpassam os

indicadores comportamentais e temperamentais envolvidos nos mecanismos bipolares e suas complicações no nível de diagnóstico (ELLCOTT, HAMMEN, GITLIM, 1990). Segundo os próprios pacientes, a maior causa da falha do diagnóstico viria do fato de haver maior queixa de sintomas depressivos por parte dos pacientes e menor questionamento dos médicos quanto aos sintomas maníacos (MORENO e DIAS, 2002).

Embora se reconheça a atualidade dos estudos sobre depressão e bipolaridade, existem poucas investigações no focar alterações e autonomia do humor em populações carentes provenientes da zona rural. O objetivo deste trabalho foi compreender as ações comportamentais e temperamentais envolvidas no transtorno bipolar, através da história pessoal e familiar envolvidas nas narrativas de pacientes oriundos da zona rural, em unidade de atenção básica de saúde, no interior da Paraíba, levando-se em consideração a hipótese diagnóstica de espectro bipolar.

## **Método**

Abordagem qualitativa, onde participaram 100 pacientes de ambos os sexos, na faixa etária de 12 a 67 anos, atendidos no posto de saúde Auta Alves Ferreira, na cidade de Aparecida, localizada no interior da Paraíba. A amostra proposital (purposeful sampling) foi composta por 30 pacientes (22 femininos e 08 masculinos), encaminhados por uma equipe de PSF (Programa Saúde da Família), da zona rural, com hipótese diagnóstica de Transtorno Bipolar (DSM-V).

Para a coleta de dados utilizamos a entrevista narrativa (JOVCHELOVITCH e BAUER, 2002), não estruturada, de profundidade, com características específicas interligadas ao transtorno bipolar, buscamos contrastar diferentes perspectivas (FARR, 1982) no traduzir o sofrimento psíquico, através da transcrição detalhada das narrativas orais dos pacientes (JOVCHELOVITCH, e BAUER, 2002). Desenvolvemos um sistema de categorias com o qual todas narrativas foram codificadas através da cartografia social (SANTOS, 1988).

A Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD) subsidiou a avaliação dos pacientes. Os resultados obtidos nortearam a conduta psicológica e o processo de reflexividade entre os pesquisadores.

O produto final constituiu, através da análise temática (MAYRING, 1983; MINAYO, 1994), a interpretação das entrevistas, juntando estruturas de relevância dos informantes com

as do entrevistador. Este processo nos levou à análise quanti-qualitativa no sentido de análise de conteúdo clássica (JOVCHELOVITCH e BAUER, 2002; BAUER, 2002).

Seis passos foram utilizados para analisar as entrevistas, conforme o quadro 1 a seguir:

#### **Quadro 1 - Passos utilizados para análise das entrevistas**

- 1) Transcrição detalhada das expressões verbais dos pacientes;
- 2) Divisão do material em indexado e não indexado. As proposições indexadas tendo como referência concreta quem fez o quê, quando, onde e porque, enquanto as proposições não indexadas, os acontecimentos, os valores, juízos e toda a forma de uma generalizada sabedoria popular;
- 3) Uso dos conteúdos indexados para analisar o ordenamento dos acontecimentos de cada paciente;
- 4) Investigação das dimensões não indexadas, como análise do conhecimento;
- 5) Compreensão do agrupamento e comparação entre as trajetórias individuais;
- 6) Comparação de narrativas, dentro do contexto, e estabelecimento de semelhanças. Este processo nos permitiu a identificação das trajetórias coletivas.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Um diário de campo subsidiou o registro de informações fornecidas pelos familiares acerca dos comportamentos e temperamentos percebidos ao longo do desenvolvimento do transtorno, formando repertórios de possíveis enquadramentos interpretativos aos elementos das narrativas dos pacientes. A partir das narrativas, o pesquisador vai buscar estabelecer a estrutura de um episódio, organizar a seqüência dos eventos, estabelecer explicações por meio da interpretação dos eventos, identificando os dramas e/ou conflitos, os significados que dão sentido à experiência (SILVA e MERCEDES, 2002).

## **Resultados**

Dos 30 pacientes entrevistados, 21 atingiram os parâmetros pré-estabelecidos ao espectro bipolar, predominando a atuação depressiva associada à euforia de grau

moderado/grave; sendo que destes, 11 pacientes apresentaram indicadores de história familiar do transtorno.

Outro fator importante a ser ressaltado foi à instabilidade afetiva (79,8%) em pacientes com idades variando entre 12 a 22 anos, e ciclos hipomaníacos, mania e depressão em pacientes com idades superiores há 30 anos.

Dos participantes, 12 pacientes mostraram dificuldades em precisar o início do transtorno, informando várias nomenclaturas veiculadas ao diagnóstico, o que sinalizou um diagnóstico não preciso na 1ª consulta.

O episódio de mania e hipomania prevaleceram no sexo masculino, e a presença de sintomas psicóticos no sexo feminino. Vale ressaltar, que a mania mista preponderou em 05 pacientes (01 do sexo masculino e 04 do sexo feminino).

Dos entrevistados 64% tinham como ocupação o trabalho com a agricultura, e níveis de escolaridade variando entre analfabeto, semi-alfabetizados e cursando a segunda fase do ensino fundamental. A baixa renda familiar anual está associada à bipolaridade.

Em relação ao estado civil, 11 pacientes bipolares eram casados; 02 viúvos e 08 solteiros. Nos pacientes depressivos bipolares foi evidenciado os casados com taxas maiores aos estados mistos.

Confirmando os estudos mais recentes, foram identificados traços de temperamento significativos em 18% hipertímicos, 61% depressivos, 12% ciclotímicos e 09% irritáveis.

A relação depressão e bipolaridade mostraram ser um fator preocupante quanto ao reconhecimento dos fatores de risco, principalmente no estabelecimento do diagnóstico diferencial, bem como nas estratégias de tratamento e prognóstico (Moreno & Dias, 2002).

Mais de 42% dos pacientes usavam antipsicóticos e 54,2% faziam uso de algum tipo de fármaco antidepressivo. A média das pontuações totais iniciais na HAMD foi de 22,02 (DP 7,24). A ideação suicida foi manifestada em 48,9% dos pacientes.

## **Discussão**

A incidência de transtorno bipolar em pacientes encaminhados para avaliação é alta, mais freqüente em pacientes com indicadores de histórico familiar do transtorno.

A identificação dos fatores de risco é fundamental para o tratamento, pois a tradução às ações comportamentais e temperamentais depende de uma boa estratégia no obter conhecimentos sobre as circunstâncias intervenientes à bipolaridade.

Tais dados apontam para a necessidade urgente de se (re)pensar o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico, mediante novas possibilidades de abertura as reais necessidades dos cuidados desenvolvidos aos seus portadores, como também nos remete a uma dimensão humana no articular trajetórias individuais e coletivas em contraponto a constituição da dor e do sofrimento psíquico, intercambiadas as alterações de humor.

Isto vincula uma série de situações e saberes na intervenção terapêutica, bem como no compreender as variáveis e preditores circularizados no planejamento baseado nas necessidades dos pacientes. O portador do transtorno acrescenta em seu temperamento confrontações e oscilações extremamente fortes, imprimindo eixos reflexivos às histórias de vida, as histórias da doença, considerando a dimensão do sofrimento e as relações circularizadas por uma necessidade de provocar conexões a novas interpretações sobre características clínicas e de personalidade que caracterizam a bipolaridade.

Embora marcado pela presença de sintomas diversos, o portador do transtorno interroga determinados procedimentos no focalizar sua dor, reconhecendo relações de domínios no reconhecimento do tratamento. Assim, sob uma visão que reconheça a ordem do vivido e principalmente a instabilidade afetiva prolongada, situações terapêuticas necessitam de intérpretes no plano da construção de comportamentos e do repasse de temperamento as situações vividas.

Desta forma, a bipolaridade traz a discussão uma nova temática na reflexividade e abordagem a saúde mental, levando em conta os portadores do transtorno no reconhecimento de seus contextos (psicóticos, maníacos, etc), através de (re)construções de saberes elaborados a partir daquilo que possa remeter o encontro entre o profissional de saúde e o paciente, sem deslocá-lo da conexão acústica de vozes cúmplices. Tudo pode ser mudado, e precisamos entender o organismo do ser humano como uma seqüência de eus que sucumbem uns aos outros ou escolhem uns aos outros (SOLOMOM, 2002).

Considerando a narrativa como fundamento propício ao (re)contar das histórias, sejam elas de dor ou sofrimento, é importante resgatá-la no domínio e distribuição de cuidados,

principalmente, no reunir as informações que gradativamente percorrem o paciente no articular acontecimentos e conflitos mediante aquilo que se vive (LANGDON, 1994).

Através das enunciações de dor e sofrimento psíquicos, os pacientes fornecem boas estimativas à tradução do temperamento, a experiência do transtorno ao enquadramento das relações requeridas entre esta e aquele que cuida dela. Neste contexto, é importante destacar que o transtorno bipolar é doença sem cura, mas com tratamento e controle. Os profissionais alertam que os sintomas são desencadeados por estressores psicossociais, comuns na vida de todos, mas que a maioria das pessoas não adocece psiquicamente, apenas as que trazem consigo uma vulnerabilidade (A TARDE, 2019).

O profissional de saúde, portanto, precisa estabelecer uma relação dialógica ao portador, adotando ações e procedimentos conectados aos sentidos que permeiam os espaços onde a dor e o sofrimento se acentuam, carecendo de estabilização. Embora esta relação seja influenciada pela aproximação do profissional ao seu campo de atuação, é pela situação da possibilidade de inserção da linguagem dita e interdita, que se inicia pela escuta, os itinerários de humanização. Devemos estar atentos sobre o papel da cultura dos pacientes ao ajudá-los a compreender e comunicar sua aflição psicológica (HELMAN, 2003).

Humanizar o tratamento do Portador do transtorno Bipolar é fornecer prevenção às conseqüências advindas das vivências psíquicas, que na maioria das vezes, é traduzida pela ideação suicida. Por esse motivo a assistência deve ser (re)instaurada no encontro com a linguagem expressada pelo tempo e pelo espaço da convivência do portador com transtorno. É provocar necessariamente a disponibilidade além da técnica propriamente dita, é investir na retórica do que sofre, para dela encontrar o substrato daquilo que inquieta, fornecendo um território de diagnósticos mais precisos associados às verdades possíveis de serem percebidas e realmente interpretadas em seus tratamentos e prognósticos. A atividade assistencial não pode ocupar-se de seres humanos como se não o fossem (NOGUEIRA-MARTINS, 2001).

O binômio envolvido pelo aspecto individual e clínico do transtorno evoca os profissionais de saúde a serem co-participantes nos espaços delineados pela psiquiatria, no sentido de configurar atributos que acrescentem a evidência outros lugares de interpretações, habilitando-os a serem presentes no decodificar realidades, na restituição de práticas onde linguagens próprias à dor e ao sofrimento sejam relevantes às possibilidades de estabilização.



Neste sentido, as narrativas evocam tempos e espaços fundados na dor de ser, facilitando a restituição de trajetórias bio – psíquica - culturais.

A participação da equipe de PSF nesta reflexividade está no paralelo entre o portador e o cuidador, nas manifestações que se projetam em práticas e/ou procedimentos capazes de restituir pela narrativa, a história de episódios maníacos. Esta reflexividade, tão necessária à construção do conhecimento em saúde, convoca novas atitudes na razão de ser das enunciações e desenvolvimentos mapeados diante de um diagnóstico, dito diferencial.

## **Conclusões**

Eleger o Portador de Transtorno Bipolar da zona rural, vem confirmar o papel hoje em vigor da saúde com a sociedade, em especial no proporcionar uma mobilidade de saberes, levando-se em consideração as aproximações fundadas pelos seus interlocutores. Atentar para este tipo de inserção humana, clínica e social é a ordem estabelecida pelo ato de cuidar do outro, no tocante a vencer poderes, normas, critérios impostos em nome de valores e vigilâncias de saberes outros.

É precisamente no inserir os pacientes da zona rural, um lugar de reflexividade, que o transtorno bipolar, adquire seu status de atualizações humanas. Tal fato nos leva a refletir orientações claramente perceptíveis aos pacientes e de seus familiares, bem como aos fatos e as coisas circundantes ao manejo da dor e do sofrimento psíquico. Embora nem sempre isto seja visualizado nos territórios da saúde mental, esta perspectiva poderá libertar personagens, dando-lhe vida, encaminhando a tradução daquela situação oscilante de desestabilização do humor. Isso introduz o ato de humanização pelo fortalecimento da palavra, do dito em sua forma narrativa, consistindo numa rede de linguagens ávidas de (re)inventores.

Sob esta perspectiva, os espaços delineados pelos Portadores do Transtorno Bipolar, reivindicam um gerenciamento de recursos humanos capaz de propor novas estratégias no recuperar histórias além da doença, como forma de devolver a liberdade de expressão da dor e do sofrimento a quem é possuidor dela, sem propor a verdade absoluta, mas dividi-la em espaços múltiplos de encantamentos entre profissional e retóricas humanas. Ao referenciar um

ditado chinês (JAMISON, 1996), acreditamos que antes que se possa vencer uma fera, primeiro é preciso embelezá-la.

## Referências

A TARDE. *Transtorno bipolar: doença atinge ao menos 8% da população brasileira*, 2019. Disponível em: <https://atarde.uol.com.br/saude/noticias/2047351-transtorno-bipolar-doenca-atinge-ao-menos-8-da-populacao-brasileira>

BAUER, M.W. *Análise de conteúdo clássica: uma revisão*. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Rio de Janeiro: Vozes; 2002. p. 189-217.

ELLCOTT, A., HAMMEN, C., GITLIN, M.. Life events and the course of bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147:1194-1198.

FARR, R.M. *Interviewing: the social psychology of the inter-view*. In: FRANSELLA, F., editor. *Psychology for occupational therapists*. London: Macmillan; 1982. p. 151-70.

GHAEMI, S.N., BOIMAN, E.E., GOODWIN, F.K. Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *J Clin Psychiatry* 2000;61:804-808.

HELMAN, C.G. *Cultura, saúde e doença*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

IJEP – *Instituto Junguiano de Ensino e Pesquisa*, 2019. Disponível em: <https://ijep.com.br/artigos/show/reimaginando-transtorno-bipolar-psicopatologia-afeto-e-sistema-de-valores-iii>

JAMISON, K.R. *Uma mente inquieta: memórias de loucura e instabilidade de humor*. São Paulo: Martins Fontes; 1996.

JOVCHELOVITCH, S., BAUER, M.W. *Entrevista narrativa*. In: BAUER, M.W., GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2002. p. 91.

LANGDON, E.J.M. *A negociação do oculto: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico [Tese]*. Florianópolis: UFSC; 1994.

LARA, D. *Temperamento forte e bipolaridade: dominando os altos e baixos do humor*. Rio Grande do Sul: Diogo Lara; 2004.

MAYRING, P.H. *Qualitative inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Basel: Beltz; 1983.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO; 1994.

MORENO, D.H., DIAS, R.S. *Epidemiologia*. In: MORENO, R.A.; MORENO, D.H. Transtorno bipolar do humor. São Paulo: Lemos Editorial; 2002. p. 97-109.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. *Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

O GLOBO. *SUS terá tratamento para transtorno bipolar*, 2015. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/sus-tera-tratamento-para-transtorno-bipolar-15573788>

MENEZES, Wagner Chagas de. *Novidades na Abordagem do Transtorno de Humor Bipolar e da Depressão: a Abordagem Terapêutica Multimodal*, 2019. Disponível em: <https://psicologado.com.br/psicopatologia/saude-mental/novidades-na-abordagem-do-transtorno-de-humor-bipolar-e-da-depressao-a-abordagem-terapeutica-multimodal>

REVISTA NEWS. *Transtorno bipolar: ter acompanhamento médico é fundamental*, 2018. Disponível em: <https://revistanews.com.br/2018/04/21/transtorno-bipolar-ter-acompanhamento-medico-e-fundamental/>

SANTOS, B.S. Uma cartografia simbólica das representações sociais. *Rev Crít Ciênc Soc* 1988;24:139-172.

SILVA, D.G.V., MERCEDES, T. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2002 maio-jun; 423-432.

SOLOMON, A. Demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão. Rio de Janeiro: Objetiva; 2002. *Revista Saúde em Foco – Edição nº 11*, 2019.

SOUZA, Diego Carlos de., FARIA , Leonardo Silva., COSTA, Liliane Marinho Ottoni., DIONELLO, Andreza Figuerola Martins., FRANÇA, Rafaela Ferreira. *aspectos epidemiológicos e farmacológicos da prevalência de transtorno de humor na cidade de PEDRALVA, MG*.

SUPPES, T., LEVERICH, G.S., KECK, P.E., NOLEN, W.A., DENICOFF, K.D., ALTSHULER, L.L., MCELROY, S.L., RUSH, A.J., KUPKA, R., FRYE, M.A., BICKEL, M., POST, R.M. The Stanley Foundation bipolar treatment outcome network II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *J Affect Disord* 2001;67:45-59.

UOL. *Transtorno bipolar provoca oscilações de humor*, 2019. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2019/09/25/transtorno-bipolar-provoca-oscilacoes-de-humor-saiba-mais.htm>.



#### **Como citar este artigo (Formato ABNT):**

LIMA, Nádya Nara Rolim; ROLIM NETO, Modesto Leite. O Transtorno Bipolar do Humor em Pacientes Atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, Dezembro/2019, vol.13, n.48, p. 796-806. ISSN: 1981-1179.

Recebido: 24/11/2019

Aceito: 06/12/2019