

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

NAJARA LEONEL CHALEGRE

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE TRANSTORNO AFETIVO
BIPOLAR E SEUS FAMILIARES**

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2014**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

NAJARA LEONEL CHALEGRE

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE TRANSTORNO AFETIVO
BIPOLAR E SEUS FAMILIARES**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Isabel Maliska

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2014**

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR E SEUS FAMILIARES** de autoria da aluna **NAJARA LEONEL CHALEGRE** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Dra. Isabel Maliska

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

DEDICATÓRIA

A meu bondoso Deus, minha luz, minha vida. À minha guerreira mãe que sempre me apoiou em tudo nessa vida. A meus irmãos Bruno e Caion (In memória) somente de lembrar já emociona. À minha verdadeira essência, minha filha Isis. Ao amor da minha vida meu marido Domicio, com quem amo partilhar minha vida. À minha orientadora Isabel Maliska, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos. A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo apresentar um relato de experiência sobre a realização de uma oficina terapêutica entre familiares de pessoas portadoras do Transtorno Afetivo Bipolar, que buscou discutir os sinais de agravamento dos sintomas deste transtorno mental. A oficina terapêutica ocorreu com familiares de pessoas portadoras de TAB no CAPS II-Dias Melhores de Irecê, buscando delinear estratégias de enfrentamento frente ao desencadeamento de uma crise. Nesta ocasião, foram discutidos vários temas junto aos familiares, obtendo a participação ativa dos mesmos. Podemos concluir com este estudo que a oficina terapêutica com os familiares das pessoas com transtorno afetivo bipolar é de extrema eficácia. Através das técnicas utilizadas na Terapia Cognitivo-Comportamental, os familiares dos portadores de TAB podem reconhecer seus sintomas e gerar suas próprias estratégias imediatas, evitando o aceleração dos mesmos.

PALAVRAS-CHAVE: Centro de Atenção Psicossocial; Saúde mental; Transtorno Afetivo Bipolar.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
3 MÉTODO.....	14
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

1. INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS têm se destacado dentro do contexto da Política de Assistência à Saúde representando um dos avanços significativos da Reforma Psiquiátrica. Ao desempenharem o papel de articuladores da rede comunitária de cuidados em saúde mental, apresentando-se também como um equipamento substitutivo, os CAPS constituem, aliados a outros programas e ações, a principal estratégia do Ministério da Saúde para reverter o modelo de atenção centralizado na assistência hospitalar psiquiátrica (LEÃO, BARROS, 2008).

O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) representa uma importante estratégia para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e estruturas terapêuticas intermediárias entre a hospitalização integral e o acompanhamento ambulatorial, que se responsabilizam por atender indivíduos com transtornos psiquiátricos graves, desenvolvendo programas de reabilitação psicossocial. Entende-se por reabilitação psicossocial a possibilidade de reverter um processo desabilitador através do aumento da contratualidade social do indivíduo com o mundo. A assistência é prestada a uma população com transtornos mentais graves e persistentes, causadores de importante grau de desabilitação, ou seja, limitação ou perda de capacidade operativa.

Ao se colocar a noção de doença mental em questão abre-se caminho para o reconhecimento de suas determinações. O que a estratégia revela de imediato é a dimensão classificatória da noção: qualificar um ser humano de doente mental tem como efeito automático colocá-lo à parte, separá-lo do resto dos homens. A esse respeito, a crítica é referência quase que obrigatória, ao argumentar que aqueles que são chamados de doentes mentais não são, em geral, os doentes no estrito senso da noção empregada pela medicina biológica moderna, porque eles não sofrem de um objetivável disfuncionamento do corpo, mas sim com respeito ao contexto social, ao que é normativamente esperado pela sociedade (FREITAS, RIBEIRO, 2006).

O Transtorno Afetivo Bipolar consiste em um transtorno de humor cuja causa exata é desconhecida. Caracteriza-se por flutuações significativas entre mania e depressão, assim como por alterações nos padrões de sono, energia, atividade, atenção e impulsividade (DORNELES, 2009).

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é caracterizado por episódios de mania (tipo I) ou hipomania (tipo II) e depressão maior. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o TAB é uma das 10 condições que causam mais anos de vida vividos com incapacidade. Os últimos relatórios da OMS apontam os transtornos mentais, e entre eles também o afetivo bipolar, como problemas importantes de saúde pública (MONTANINI, BANZATO, 2012).

O TAB é uma doença recorrente e de curso irregular, sem tratamento nenhum o prognóstico é muito pior e a vida em sociedade é severamente prejudicada. Devemos ter em mente que o objetivo terapêutico para o paciente com TAB, é tratar a fase aguda da depressão, ou a fase aguda de mania (euforia), estabilizar o humor e impedir retornos depressivos ou maníacos observando cuidadosamente os sinais indicativos de que uma ou outra fase esta se desenvolvendo (BALLONE, 2005).

Por ser um transtorno crônico, o elemento educacional é importante, para que a cooperação fique mais fácil. Estimula-se o paciente a perguntar sobre seu transtorno, causas e tratamento. Como em toda terapia cognitiva, o modelo cognitivo é apresentado e se ensina a pessoa a identificar e a analisar as mudanças cognitivas que ocorrem na depressão e mania, seus pensamentos automáticos e as distorções do pensamento. Os problemas psicossociais e interpessoais são discutidos e são ensinadas técnicas para que sejam mais bem manejados. Por exemplo: solução de problemas e treino de habilidades sociais. Para criar a aliança terapêutica e a participação ativa do cliente no tratamento é importante compartilhar a filosofia ou racional que está na base do tratamento instituído, solicitar opinião sobre o tratamento, discutir preocupações sobre o mesmo, negociar planos terapêuticos e instituir o tratamento preferido pelo paciente (NETO, 2004).

Elemento importante da aliança terapêutica é a atenção à família. Deve-se, com ela, discutir sintomas, formas de tratamento e o que esperar do futuro. É importante lembrar que a família precisa também lidar com dor e sofrimento e é necessário criar o clima propício a isso. Olhar sempre as crianças pequenas, que num momento de crise podem ser esquecidas, e geralmente estão muito assustadas ou até negligenciadas (NETO, 2004).

Sempre discutir com o paciente quem ele quer envolver no tratamento. Isto facilitará muito, no futuro, conduzir uma eventual internação, ou administrar com quem deverá ficar cartão de crédito, talão de cheques e outros detalhes importantes.

Segundo Neto (2004), a identificação dos sintomas visa ajudar a pessoa e familiares a diferenciar os estados de humor normais dos patológicos, tomarem consciência da situação clínica e lidar com conflitos onde o problema é atribuído à doença do paciente, saber o que muda em sua vida durante a depressão ou na fase de mania, o modo como vê a si e aos outros, e o futuro.

Com o passar do tempo os familiares e o próprio paciente aprendem a manejar seu tratamento. O estabelecimento de uma aliança terapêutica forte entre o paciente o clínico e a família tem sido o modelo mais eficaz, promovendo a participação e adesão do paciente a seu tratamento. Paulatinamente, a família aprende a lidar com as situações de crise (NETO, 2004). Porém acreditamos que, neste processo, o profissional de saúde que assiste o paciente e família tem muito a contribuir para que estes atores adotem um manejo da doença mais adequado e eficaz.

Este trabalho teve como objetivo promover uma discussão entre familiares de pessoas portadoras deste transtorno mental, a respeito dos sinais de agravamento dos sintomas do Transtorno Afetivo Bipolar. Para isto, foi realizado um encontro com familiares de pessoas portadoras de TAB no CAPS II-Dias Melhores de Irecê, na sala de reuniões a fim de discutir a respeito desta temática, buscando delinear estratégias de enfrentamento frente ao desencadeamento de uma crise.

Compreende-se que é papel do enfermeiro dentro desse contexto, prestar uma assistência de qualidade ao portador de transtorno mental, estendendo este cuidado também a família que convive com a pessoa portadora de TAB, que precisa estar instrumentalizada para o manejo das situações peculiares do próprio transtorno. Deste modo, ao poder identificar os sinais de agravamento dos sintomas do Transtorno Afetivo Bipolar, os familiares podem agir antecipadamente com maior segurança e tranquilidade, proporcionando um cuidado mais humanizado e resolutivo.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Observa-se atualmente no Brasil e no mundo a reorientação do modelo assistencial que se pauta por uma concepção de saúde mental compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida daquele que sofre. Nesse modelo, os serviços devem ser territorializados e integrados à rede de saúde, realizando ações de proteção, promoção e assistência em saúde mental, além de incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção de projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios básicos de cidadania (MILHOMEM, OLIVEIRA, 2007).

O distúrbio é o resultado de uma condição existencial global. Essa condição de vida é em geral dominada pelas contradições objetivas e materiais, antes de ser dominada pelas contradições psicológicas. Pode-se reconhecer que existe uma série de fatores com uma importância particularmente grande na determinação dos distúrbios mentais: a miséria, com todas as dificuldades materiais e morais que a acompanham: a ignorância: a emigração: para a criança, as condições educativas particularmente desvantajosas, tanto no que diz respeito às suas relações com os seus pais como também com respeito às relações com os seus companheiros, assim como em razão da seleção, da opressão e dos condicionamentos impostos pelo atual sistema escolar: para o adolescente, as condições familiares dominadas pelas relações contraditórias: para o trabalhador, certas condições de trabalho particularmente duras, pouco gratificantes e alienantes: para a mulher, a sujeição ao trabalho doméstico e ao marido: as frustrações e as desilusões da idade crítica e da idade da aposentadoria: a solidão e o abandono da idade senil (FREITAS, RIBEIRO, 2006).

Esse laço que se faz um a um exige, para se firmar, relações flexíveis e solidárias, tecidas nos CAPS. Se o homem cria objetos na mesma fábrica onde a linguagem se produz, se o homem, como quer Lacan, introduziu-se na linguagem ao criar artefatos, como um pote, o exercício da palavra, sobre as várias formas possíveis, exige mãos à obra: dos produtos das oficinas aos debates das assembleias, do desenho do bordado ao ritmo do batuque, do passeio projetado à festa realizada (LOBOSQUE, 2007).

De acordo com Silva e Fonseca (2005), ancorada no positivismo científico, a enfermagem buscou classificar sua ação, desenvolver protocolos e procedimentos referidos ao

cuidado da doença e sua manifestação. E seguindo esse modelo, o enfermeiro psiquiátrico referia sua ação profissional a dependência do diagnóstico e da ordem médica. A ação de enfermagem servia apenas para a manutenção de um ambiente terapêutico, palco de intervenções médico-centradas.

As ofertas dos serviços prestados pelo CAPS apresentam proposições que vão ao encontro dos conceitos preconizados pela Reabilitação Psicossocial (LEÃO, BARROS, 2008).

Na saúde mental, na perspectiva da saúde coletiva, construir a transformação de conteúdo e prática implica admitir que o fluxo de produção desse conteúdo e dessa prática está subordinado à visão de mundo que considera também o fluxo de transformação da própria realidade. É isso que sustenta a construção de um projeto de ensino e de cuidado construído a partir da necessidade de saúde (SILVA, FONSECA, 2005).

Essa perspectiva de construção de conteúdo e prática antagoniza com a visão de mundo do campo médico-psiquiátrico que busca a regularidade das ações e dos processos de cuidar e rivaliza com a concepção de um saber (técnico) que exclui outro saber (leigo). No campo psicossocial, o saber em posição de solidariedade e não de competição/exclusão, busca a necessidade que desencadeia o processo de trabalho em saúde. A necessidade como força propulsora de agenciamento de resposta para o problema real, numa realidade concreta, vai então engendrar formas múltiplas de respostas, inventar solução inesperada, insuspeita, convocando todo o potencial do ator em cena para viabilizá-la (SILVA, FONSECA, 2005).

A conduta dos profissionais e as ações realizadas refletem a ideologia - que não se desvincula da linguagem - presente no cotidiano dos serviços substitutivos e que se propõe a estimular processos de autonomia e de inclusão social dos seus usuários. A importância das representações sociais está no fato de que elas expressam as condições reais vivenciadas e apresentam núcleos positivos de transformação e de resistência na forma de conceber a realidade (LEÃO, BARROS, 2008).

O TABÉ é uma patologia que atinge não somente o indivíduo, mas também suas famílias e as pessoas que estão à sua volta, pois se tornam pessoas com imprevisíveis e debilitantes séries de altos e baixos emocionais, ou seja, com picos de mania e depressão alternadamente, sendo assim, com rápidas flutuações de humor (JURENAL, 2001).

Segundo Neto (2004), a identificação dos sintomas visa ajudar a pessoa e familiares a diferenciar os estados de humor normais dos patológicos, tomarem consciência da situação clínica e lidar com conflitos onde o problema é atribuído à doença do paciente, saber o que muda em sua vida durante a depressão ou na fase de mania, modo como vê a si e aos outros, e o futuro.

(A) Mania.

Em geral, os pacientes em mania observam que dormem menos, ou mesmo nem dormem, em razão da alteração nos ritmos circadianos (regulação diária dos ciclos sono-vigília). Há também um aumento nos níveis de energia (podem fazer exercício várias horas por dia), contudo esta energia pode não ser focada de maneira produtiva (SOUZA, HENKER, PEREIRA, 2009).

A mania também pode desencadear comportamentos que a família e os amigos reconhecem como não típicos do indivíduo, como gastos exorbitantes, promiscuidade, abuso de álcool ou drogas, bem como comportamentos impulsivos e potencialmente arriscados. Os pacientes podem não reconhecer os sintomas e tampouco as consequências de seu comportamento arriscado em virtude da confusão e da perda de contato com a realidade que ocorre quando o transtorno não é tratado (SOUZA, HENKER, PEREIRA, 2009).

Durante os episódios maníacos, o humor predominante é a euforia, empolgação, felicidade, emocionalmente expansivo e geralmente "voando alto", a irritabilidade pode estar presente, mas pode ser apenas uma resposta em restrições impostas por familiares para limitar o comportamento inapropriado (HOLMES, 2001).

(B) Hipomania.

Os pacientes em estado de hipomania sentem-se os "**donos do mundo**", capazes de qualquer coisa, sociáveis, criativos e revigorados. Estes sintomas raramente são relatados, pois são tidos como positivos ou benéficos. Apesar de não tão grave quanto a mania, a hipomania torna o paciente mais propenso a tomar decisões por impulso. A maioria dos pacientes nesta fase apresenta humor instável, com frequência progredindo para mania ou depressão (HOLMES, 2001).

(C) Depressão

A depressão afeta os padrões de sono e de alimentação fazendo com que as pessoas acordem mais cedo do que o normal ou se sintam cansadas por não repousarem; durmam muito mais do que o normal; tenham pouco ou nenhum apetite; ganhem peso por comer demais; não achem graça na comida ou não sintam prazer em comer. Também costumam ter problemas de concentração e memória, além de dificuldades na tomada de decisões, autoestima muito baixa e divagação sobre seus defeitos e fracassos são outros sintomas da fase de depressão. Também relatam sensação de desesperança e pessimismo exagerado (SOUZA, HENKER, PEREIRA, 2009).

(D) Episódios mistos

Muitos pacientes também atravessam um quadro misto, com sintomas depressivos e sintomas de mania ou hipomania simultâneos, ou com intervalo pequeno entre eles. Eles podem se apresentar bastante irritáveis e com humor depressivo, além de se sentir com muita energia para tomar decisões impulsivas. Também podem apresentar sintomas mistos sem se enquadrarem totalmente nos critérios para mania ou depressão (SOUZA, HENKER, PEREIRA, 2009).

É importante salientar que o transtorno bipolar também pode ser acompanhado por alto risco de suicídio quando os sintomas permanecem sem tratamento, quando os pacientes não usam os medicamentos conforme prescritos ou quando apresentam resposta limitada ao tratamento (HOLMES, 2001).

Faz-se importante ressaltar que os familiares e companheiros devem receber um suporte adequado do profissional de saúde mental, já que eles podem também desenvolver algum grau de depressão. Deve ser encorajada a realização de atividades que reduzam o estresse.

3. MÉTODO

Para o desenvolvimento deste estudo, utilizamos como recurso a oficina terapêutica junto a familiares de pessoas portadoras de TAB, visando colaborar com a equipe de enfermagem no atendimento à pacientes portadores de transtorno afetivo bipolar e abordagem com familiares/acompanhantes, visando oferecer a estes subsídios para o enfrentamento da doença e suas crises, buscando reduzir inclusive riscos mais graves, como o próprio risco de suicídio.

O termo “oficina” vem sendo muito empregado para designar atividades desenvolvidas em diversos espaços de cuidados em saúde mental. Neste sentido, as oficinas podem ser um meio para os usuários sentirem-se sujeitos de suas vidas (RIBEIRO, 2004).

As oficinas procuram caminhar no sentido de permitir ao sujeito estabelecer laços de cuidado consigo mesmo, de trabalho e de afetividade com os outros, determinando a finalidade político-social associada à clínica (MENDONÇA, 2005).

A oficina terapêutica é definida como um espaço no qual é possível o exercício de novas formas de atuação no mundo, um espaço onde se convive com a presença do estranho, sem que isso seja necessariamente motivo para intervenções que visam ao seu reordenamento, ao restabelecimento de uma normalidade. E, uma vez que se pretende uma estratégia de desinstitucionalização, a oficina pode ser várias coisas, menos um dispositivo disciplinador cuja função é a de produzir sujeitos que se comportam de acordo com o que a sociedade espera (CEDRAZ, DIMENSTEIN, 2005).

A oficina com os familiares tem como objetivo envolver a interação constante entre o terapeuta e seus familiares. Envolve objetivos de mudança definidos de comum acordo, assim como monitoramento contínuo do progresso em direção a tais objetivos, tendo como principal que os familiares aprendam novas habilidades e estratégias, que, por fim, venham a incorporar de maneira independente, conforme necessário.

No caso do TAB, inclui dialogar com as pessoas próximas a ele:

- Sobre o transtorno, as opções de tratamento e as dificuldades associadas a eles;

- Formas de monitorar a ocorrência, a gravidade e o curso de sintomas maníacos ou depressivos, como mudar comportamentos conforme necessário e usar solução estruturada de problemas como alternativa;
- Estratégias para adesão de medicamentos prescritos.

O envolvimento dos familiares e dos parceiros é de extrema importância no tratamento dos pacientes como transtorno bipolar (SOUZA, HENKER, PEREIRA, 2009).

A oficina terapêutica com os familiares foi realizada no dia 07 de fevereiro de 2014, no CAPS II-Dias Melhores de Irecê, onde foi usada a sala de reunião, o Projetor Multimídia, com a participação dos familiares de TAB. Participaram deste encontro 41 familiares/companheiros/responsáveis, onde foi realizada uma roda de conversa com troca de experiências, surgindo vários questionamentos, que serão expostos a seguir.

O encontro teve a duração de 2 horas e 30 minutos, onde foram desenvolvidos os temas levantados, conforme descritos acima. Os questionamentos foram respondidos pela pesquisadora, com a participação muitas vezes dos participantes. Foi um encontro expositivo e dialógico. Houve estímulo do pesquisador para participação do público, através do relato de suas vivências, em que a postura do público participante foi bastante ativa.

Por se tratar de um relato de experiência, este estudo não foi submetido ao comitê de ética. No início do encontro foi exposto de forma clara os objetivos a serem alcançados, sendo esclarecido sobre a liberdade dos familiares em participar do mesmo, e desistir da atividade no momento que desejassem. Neste estudo não utilizamos relatos ou dados resultantes desta oficina, apenas uma descrição geral de como ocorreu esta dinâmica das principais questões levantadas, que não permitem a identificação dos sujeitos.

4. RESULTADO E ANALISE

A oficina terapêutica com os familiares foi realizada no dia 07 de fevereiro de 2014, no CAPS II-Dias Melhores de Irecê, onde foi usada a sala de reunião, o Projetor Multimídia, com a participação dos familiares de TAB. Participaram deste encontro 41 familiares/companheiros/responsáveis, onde foi realizada uma roda de conversa com troca de experiências, surgindo vários questionamentos, como:

O que aconteceu com meu filho/companheiro?

Por que precisa de medicamento?

Ele (a) voltará ao normal, sem precisar mais de tratamento medicamentoso?

As crises se repetem?

O medicamento vai deixá-lo gordo?

Será que vai ter uma vida normal, como antes?

Se tiver filhos, os mesmos poderão desenvolver o transtorno?

A partir dos temas que emergiram do encontro, foram tecidas algumas recomendações para o apoio ao paciente:

Inicialmente, deve ser estabelecido um pacto entre a família e o paciente, com o objetivo de identificar os passos a serem seguidos para manter a estabilidade emocional. Caso essas medidas falhem, ambas as partes devem estar de acordo para adotar as medidas necessárias durante a crise (SOUZA, HENKER, PEREIRA, 2009).

Deve-se criar um senso de apoio forte, pois esses pacientes apresentam risco aumentado de suicídio; Deve-se estimular e lançar estratégias para que o paciente siga o tratamento (SOUZA, HENKER, PEREIRA, 2009).

O significado do transtorno para a pessoa deve ser discutido, seus medos, o papel dos acontecimentos da vida no desencadeamento de sintomas, o uso de medicação pelo resto da vida, o casamento e os filhos, a gravidez e a amamentação, os filhos e familiares sendo

afetados psicologicamente. Contar ou não sobre a doença ao patrão ou aos colegas, a possibilidade de os filhos apresentarem a doença, são questões essas que devem ser desenvolvidas e esclarecidas (SOUZA, HENKER, PEREIRA, 2009).

Importante ressaltar que os familiares e companheiros devem receber um suporte adequado do profissional de saúde mental, já que eles podem também desenvolver algum grau de depressão. Deve ser encorajada a realização de atividades que reduzam o estresse (SOUZA, HENKER, PEREIRA, 2009).

Para colaborar com o tratamento, as pessoas devem entender seu racional, o objetivo das intervenções, o resultado esperado e suas responsabilidades específicas. Para melhorar a adesão, o terapeuta deve analisar com o paciente as variáveis e obstáculos que podem influenciá-lo. Estes podem ser intrapessoais (negação da doença crônica e física, diminuição da energia e da criatividade, depressão, crenças e medos, etc.) variáveis do tratamento (efeitos colaterais, horários para tomar a medicação); variáveis do sistema social (estressores, conselho médico ou psicoterápico discordante, diferentes opiniões de familiares e da mídia); variáveis interpessoais (relacionamento ruim com o terapeuta ou psiquiatra); variáveis cognitivas (dependência do remédio, não conseguir controlar os sentimentos, distorções cognitivas próprias do depressivo, personalizar experiências ruins dos outros, etc.) (RANGÉ, 2001).

Na interface da educação e da saúde, constituída com base no pensamento crítico sobre a realidade, torna-se possível pensar educação em saúde como formas do homem reunir e dispor recursos para intervir e transformar as condições objetivas, visando a alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos político-sociais (MOROSINI, FONSECA, PEREIRA, 2009).

A relação com a população, de forma alguma, se restringe aos grupos organizados. Há uma grande valorização das trocas interpessoais que acontecem tanto nos contatos formais (consultas individuais, reuniões educativas e visitas domiciliares) como também nos contatos informais e na participação em eventos sociais locais. Na dinâmica desses serviços de saúde, a palavra diálogo é um conceito fundamental. Um diálogo no qual esforça-se para compreender e explicitar o saber do interlocutor popular. Em várias experiências, os profissionais radicalizam esta busca de aproximação do meio popular indo, inclusive, morar próximo a esses grupos (VASCONCELOS, 2001).

Como nos lembra Cardoso de Melo (2007), para se compreender as concepções de educação em saúde é necessário buscar entender as concepções de educação, saúde e sociedade a elas subjacentes. De nossa parte, acrescentamos, também, a necessidade de se compreender essas concepções na interface com as concepções a respeito do trabalho em saúde e suas relações com os sujeitos do trabalho educativo.

Percebe-se então, que a oficina terapêutica realizada com os familiares/companheiros/responsáveis foi de grande importância, pois além de fortalecer o vínculo equipe-família foi possível traçar juntos estratégias, sendo um instrumento importante para a equipe de saúde mental.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já afirmado anteriormente, os CAPS representam um importante papel no fortalecimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil à medida que suas propostas vão ao encontro da necessidade de desinstitucionalização e reinserção social do doente, devolvendo aos mesmos seus direitos de cidadão. O CAPS também traz como benefício a possibilidade de mudança de concepção de transtornos mentais da base curativa para a preventiva e promotora da saúde mental e qualidade de vida dos sujeitos.

Através deste relato de experiência, podemos concluir que a oficina terapêutica com os familiares das pessoas com transtorno afetivo bipolar é de extrema eficácia. Através das técnicas utilizadas na Terapia Cognitivo-Comportamental, os familiares dos portadores de TAB podem reconhecer seus sintomas e gerar suas próprias estratégias imediatas, evitando o aceleração dos mesmos. No entanto, manter em segredo o transtorno bipolar da pessoa e não partilhá-lo com a família e os amigos próximos, em razão de preocupações com o estigma, poderão eliminar potenciais fontes de apoio e originar um isolamento, sendo assim é de grande importância a participação dos familiares e parceiros do paciente no decorrer do tratamento como auxiliares no sucesso da psicoterapia e farmacologia.

Pode ser difícil decidir como contar sobre a doença da pessoa ou sobre sua situação, esclarecer que se trata de uma doença com tratamento. No CAPS II- Dias Melhores de Irecê esta atividade nunca havia sido realizada, deste modo, através da realização desta oficina terapêutica com familiares pode-se perceber a importância da adoção desta atividade de modo rotineiro auxiliando os familiares no enfrentamento da doença.

REFERÊNCIAS

- BALLONE, G.J. **Tratamento do Transtorno Bipolar do Humor** - in. PsiqWeb. 2005. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em: 22 fev. 2014.
- CARDOSO DE MELO, J. A. **Educação e as Práticas de Saúde**. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). Trabalho, Educação e Saúde: reflexões críticas de Joaquim Alberto Cardoso de Melo. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007.
- CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Ciênc. saúde coletiva vol.10 n.4 Rio de Janeiro Out./Dez. 2005.
- CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. **Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não?** Rev. Mal-Estar subj. v.5 n.2 Fortaleza set. 2005.
- DORNELES, L. S. **Transtorno Bipolar as grandes oscilações de humor**. ano 2009. Disponível em: http://www.oprimeiroonline.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1317:transtorno-bipolar-as-grandes-oscilacoes-de-humor&catid=100:livia&Itemid=136. Acesso em: 13 jan. 2014.
- FREITAS, F. F. P. F.; RIBEIRO, G. A. **Reforma psiquiátrica e exclusão: as experiências de Reggio Emilia a Perúgia**. Revista de Estudo de Psicologia, Natal, v. 11, n. 3, set. - dez., 2006.
- LEÃO, A.; BARROS, S. **As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social**. Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, v.17, n.1, jan. - mar. 2008.
- LOBOSQUE, A. M. **CAPS: laços sociais**. Revista Mental, v. 5, n.8, p. 53-60, jun. 2007.
- MENDONÇA, T.C.P. **As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação**. Psicol. cienc. prof. vol.25 no.4 Brasília 2005. Psicologia: Ciência e Profissão.
- MILHOMEM, M. A. G. C. **O trabalho das equipes nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Cuiabá-MT**, 2007. 129p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFMT, Cuiabá. 2007.
- MONTANINI, D.; BANZATO, C. E. M. **Do estigma da psicose maníaco-depressiva ao incentivo ao tratamento do transtorno bipolar: a evolução da abordagem em dois veículos midiáticos nos últimos 40 anos**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro. ano 2012, v. 61, n. 2.
- MOROSINI, V. M.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. **Educação em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

NETO, L. F. **Terapia comportamental cognitiva para pessoas com transtorno bipolar.** Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v.26, supl. 3, p.44-46, out. 2004.

RIBEIRO, R. C. F. **Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial.** In Costa C. M.; Figueiredo A. C. (Orgs.), Oficinas terapêuticas em saúde mental: Sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro, 2004. p 105-116.

SILVA, A. L. A; FONSECA, R. M. G. S. **Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. v.13, n. 3, p. 441-449, 2005.

SOUZA, A. C. F.; HENKER, M. L.; PEREIRA, S. R. S. **A Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento do Transtorno Bipolar.** 2009. Disponível em <<http://guaiba.ulbra.br/seminario/eventos/2009/artigos/psicologia/salao/522.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2014.

VASCONCELOS, E. M. **Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde.** Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/09.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2014.