

DA LOUCURA CIRCULAR AO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: OS IMPACTOS DIAGNÓSTICOS E O ESTIGMA ENFRENTADO PELO PACIENTE¹

Ana Luísa Freitas Coutinho²

Marília Barroso de Paula³

RESUMO:

A vinculação do comportamento do ser humano e o transtorno afetivo bipolar, datada desde a antiguidade, abre alternativas para a compreensão do que se considerava apenas um transtorno de humor. Desde 2013, contudo, com o advento do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), este quadro caracteriza-se como um transtorno afetivo. O referido Manual traz, ainda, o conceito e a classificação desse transtorno, em tipos I e II, cuja diferença consiste na presença de estágios de mania, hipomania e depressão maior. O dado concreto é que, antes ou depois do DSM-V, aquele que apresenta sintomas do transtorno afetivo bipolar, ainda que não diagnosticado, carrega um estigma de ser diferente, o que também impacta negativamente na vida social do portador ao buscar um padrão de comportamento esperado. Outro aspecto agravante da bipolaridade diz respeito à falta de qualificação pessoal que envolve o entorno dos portadores. Familiares e cuidadores, em muitos casos, não dispõem de informações suficientes para a gama de situações nas quais precisam interagir, o que pode resultar em mais sobrecarga para cada um dos envolvidos e prejuízo terapêutico para o portador do transtorno mais vulnerável. Mostram-se necessárias medidas que possam auxiliar essas famílias e os portadores a enfrentarem as adversidades.

Palavras-chaves: Transtorno afetivo bipolar. Evolução histórica. Conceito. Estigma. Impactos.

ABSTRACT:

The link between human behavior and bipolar affective disorder, dating back to antiquity, opens up alternatives for understanding what was considered just a mood disorder. Since 2013, however, with the advent of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), this condition has been characterized as an affective disorder. The aforementioned Manual also provides the concept and classification of this disorder, into types I and II, the difference between which consists of the presence of stages of mania, hypomania and major depression. The concrete fact is that, before or after the DSM-V, those who present symptoms of bipolar affective disorder, even if undiagnosed, carry a stigma of being different, which also negatively impacts the social life of the sufferer when seeking a standard of expected behavior. Another aggravating aspect of bipolarity concerns the lack of personal qualifications that surround those

1 Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Práticas Clínicas. Recebido em 21/05/2024 e aprovado, após reformulações, em 21/06/2024

2 Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: analuisafreitascoutinho@gmail.com

3 Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: mbpsique@yahoo.com.br

around sufferers. Family members and caregivers, in many cases, do not have sufficient information for the range of situations in which they need to interact, which can result in more burden for each person involved and therapeutic harm for the most vulnerable person with the disorder. Measures are necessary to help these families and those with disabilities face adversity.

Keywords: Affective Bipolar Disorder. Historic evolution. Concept. Stigma. Impact.

1 INTRODUÇÃO

A identificação dos transtornos mentais decorre de um processo evolutivo. O reconhecimento do transtorno afetivo bipolar (TAB), inicialmente, era considerado apenas como uma mudança de humor, posição que para o senso comum ainda persiste. Na perspectiva científica, atual e ampliada, compreende-se como transtorno mental com causas biológicas, neuroquímicas e psicossociais. O sujeito apresenta, de forma alternada e súbita, episódios que variam entre os estados da euforia e o depressivo, marcados por condutas agressivas e com significativo grau de irritabilidade, dentre outros aspectos.

Essa condição alcança, de forma direta, o sujeito, a família, o ciclo social e do trabalho e, de forma reflexa, a sociedade. Dados apontados pela OMS (Organização Mundial de Saúde) com o título de **World mental health report: Transforming mental health for all**, lançado em 17 de junho de 2022, registram que cerca de 970 milhões de indivíduos da população mundial possuem distúrbios mentais. Dentre elas, com base nos registros realizados em 2019, cerca de 4,1% (40 milhões) de pessoas são atingidas pelo transtorno afetivo bipolar (OMS, 2022).

A caracterização da bipolaridade como transtorno mental traz impactos diretos e indiretos para a sociedade. Do ponto de vista econômico implica custos à saúde, decorrentes de morte, incapacidade e/ou redução da produtividade no trabalho. Em relação ao sujeito, as repercussões envolvem limitação de sua autonomia, enfrentamento do estigma e condutas diante do impacto percebido com a confirmação do diagnóstico.

O presente artigo visa estudar o transtorno afetivo bipolar e suas particularidades na perspectiva do sujeito e de sua família. E, neste contexto, será evidenciada a importância da caracterização dessa alteração de ordem mental e/ou

psicológica para melhoria da condição de vida de todos que, direta e indiretamente, sofrem as consequências do distúrbio.

A metodologia utilizada será a revisão bibliográfica com enfoque dentro da narrativa. A divisão de capítulos se estabelecerá a partir das seguintes temáticas: retrospectiva histórica do transtorno afetivo bipolar, a conceituação, o estigma para os sujeitos e a sobrecarga trazida, tanto para si, quanto para as famílias e a sociedade.

2 ESTUDO SOBRE O TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

A história da humanidade demonstra que o ser humano opera mudanças em si próprio. Ele não se vincula a um mesmo paradigma de comportamento; ele muda e se transforma (Fromm, 1979).

Ao passo em que as dimensões da vida oportunizam sentimentos ínsitos da natureza humana, impulsionando a dar outros significados ao modo de viver, os comportamentos são alterados e a percepção do mundo se transforma tanto para o sujeito quanto para aquele que o vê no contexto social⁴.

Em decorrência desse processo, a visão que se tem na atualidade sobre o transtorno afetivo bipolar é fruto de uma evolução histórico-científica.

Compreender o passado para entender o momento vivido e se precaver para o futuro implica a possibilidade de enfrentamentos, tanto por parte do indivíduo quanto da sociedade em geral, permitindo a proteção da vida e da dignidade humana. Por esta razão, o presente estudo tomará por base esse processo de transformação para que seja possível, na atualidade, alcançar o transtorno afetivo bipolar.

2.1 Breve percurso histórico acerca da bipolaridade

A bipolaridade esteve presente em termos sintomatológicos como quadros de melancolia. Tal descrição é fortemente encontrada nas obras de Hipócrates II (460

⁴ Segundo Jean Starobinski “Não é possível retrair a história do tratamento da melancolia sem interrogar a história da própria doença. Pois não só as terapêuticas modificam-se era após era, mas os estados designados pelo nome de melancolia ou depressão não são idênticos. [...]. As doenças humanas, de fato, não são puras moléstias naturais. O paciente suporta seu mal, mas também o constrói, ou o recebe de seu meio; o médico observa a doença como um fenômeno biológico, mas, ao isolá-la, ao designá-la, ao classificá-la, faz dela um ser da razão e expressa um momento particular dessa aventura coletiva que é a ciência. Do lado do doente, como do lado do médico, a doença é um fato da cultura, e muda com as condições culturais” (2016, p. 11).

a.C - 377 a.C), filósofo considerado pai da Medicina, que notava sintomas de profunda tristeza em certos pacientes, mas que, depois de certo período, apresentavam episódios de extrema animação (Klibansky, Panofsky e Saxl, 1989). Passando pelo processo de transformações sociais e evolutivas desde a antiguidade aos dias atuais⁵, a melancolia foi compreendida como furor dos alienados, acedia dos monges, genialidade da Renascença, tristeza no Romantismo, chegando, ao contemporâneo, a ser tratada como depressão (Prigent, 2005).

Dentro deste processo, merece destaque a teoria desenvolvida por Pólibo⁶, genro de Hipócrates, no tratado sob o título **A natureza do homem**. Nesta obra, ele reconhece a existência de 4 humores no corpo humano: sangue, fleuma, bÍlis amarela e bÍlis negra (Cairus; Ribeiro Jr., 2005). A saúde seria sinônimo da convergência desses humores; a doença, por sua vez, se caracterizaria quando houvesse a sobreposição de um desses humores (Prigent, 2005).

Segundo descreve H el ene Prigent (2005), Hip ocrates teria constatado vínculo entre o comportamento mental e os elementos físicos acima indicados. Dentro desta perspectiva, a melancolia era proveniente “da sobrecarga do cérebro, devida aos vapores de uma bílis [negra] em fermentação” (Lambotte, 1997, p. 27). Noutras palavras, do excesso de bile negra que intoxicava o cérebro e causava o desequilíbrio frente aos outros humores, surgia a melancolia. Tratava-se de uma enfermidade mental marcada por um conjunto de sintomas, tais como aversão à comida, desânimo, ins nia, irritação (Cord s, 2002) e que afetava principalmente a inteligência (Starobinski, 2016).

Estudos evidenciam que Hip ocrates associou todos esses fatores (elementos, características e humores) num único sistema, levando à posição de que a bile negra, a bile amarela, a fleuma e o sangue estariam ligados também às quatro estações do

⁵ Afirma Gilm rcia da Silva Picoli que “muitos e variados são os estudos de diferentes áreas do conhecimento em relação a essa dor de existir [melancolia]. Na medicina, na filosofia, na poesia e na psicanálise uma linha histórica da melancolia   traçada, com tratamentos e transformações ao longo do tempo”, 2019, p. 12-18. Para além disso, o ser humano também passou por processos de mudanças. E O presente estudo não visa esgotar a análise da melancolia ao longo das transformações sociais e evolutivas existentes na humanidade, mas, apenas demarcar que a concepção de hoje tem relação com registros em momentos históricos mais distantes.

⁶ A autoria do tratado **A natureza do homem** foi, inicialmente, atribuída à Hip ocrates. Entretanto, “pode-se alegar, em prol desta autoria [P libo], que: 1 ) *A História dos animais* (III, 512b2 -513a7), de Aristóteles, cita e praticamente transcreve o parágrafo 11 do tratado, introduzindo-o com a frase: “disseram assim Sy nesis e Diógenes; P libo, porém, disse como se segue ... ”; 2 ) o *An nimo de Londres* (XIX, 2ss.) refere-se   primeira parte do tratado, isto é, ao trecho que se estende até o oitavo parágrafo, como proveniente da pena de P libo (Cairus, 2005, p. 39).

ano, bem como às fases de vida de determinado sujeito: infância, adolescência, maturidade e, por fim, a velhice (Ferreira, 2014).

Em outro momento histórico, o filósofo Aristóteles (384 a. C.- 322 a.C), no texto **Problema XXX,I**, compreendeu que os sintomas relacionados à melancolia eram atribuídos às pessoas que possuíam certo destaque na sociedade. O argumento do autor era de que pessoas com atos heroicos e considerados homens fora do comum, devotados às artes, à filosofia e à política seriam considerados melancólicos (Klibansky, Panofsky e Saxl, 1989). Havia, portanto, uma associação entre a melancolia e a genialidade (Prigent, 2005).

Ainda sob a influência da teoria dos quatro humores⁷, o filósofo Empédocles (495 a.C - 430 a.C) elaborou a teoria dos quatro elementos: água, fogo, ar e terra. E nesta perspectiva, seus sucessores Philistion e Alcmaeon compreenderam que a doença estaria relacionada ao excesso ou defeito de um desses elementos, particularizando a melancolia como o aumento acima da média de um desses elementos (Klibansky, Panofsky e Saxl, 1989; Ferreira, 2014).

Outra teoria sobre a melancolia, nesta fase histórica, surgiu na Alexandria, no século I a.C.. Segundo Araeteus da Capadócia, a melancolia seria “uma afecção sem febre, na qual o espírito triste fica sempre fixado na mesma ideia e a ela se apega teimosamente” (*apud* Starobinski, 2016, p. 60).

Nota-se que ele fez uma correlação entre mania e a melancolia como fases diferentes de uma mesma doença. Nessa perspectiva, citados por Angst (1986) e Marneros (2001) e descrito por J.A. Del- Porto e K.O. Del- Porto, Araestus teria se posicionado no seguinte sentido:

[...] penso que a melancolia é o início e, como tal, parte da mania [...] O desenvolvimento da mania é o resultado da piora da melancolia, em vez de se constituir na mudança para uma doença diferente. [...]. Na maioria dos melancólicos a tristeza se torna melhor depois de variados períodos de tempo, se se converte em alegria; os pacientes então desenvolvem o que se chama mania (Del-Porto, J.A; Del-Porto, K.O. Del, 2005, p. 08).

Com o avançar da história, outras associações puderam ser feitas sobre a conceituação da melancolia e sua origem. Não houve, conforme se verá, uma ruptura total e imediata com as teorias anteriores. Mas é esse processo científico e evolutivo

⁷ De acordo com essa teoria, a melancolia estaria vinculada ao baço humano que, por sua vez, secreta a bile negra e, em conjunto com a bile amarela, a fleuma e o sangue, comporiam os quatro humores (Klibansky, Panofsky e Saxl, 1989).

que permitiu alcançar o diagnóstico do transtorno afetivo bipolar e enfrentar as consequências físicas e psicológicas experimentadas na atualidade.

Seguindo, então, nas fases mais relevantes, embora sem esgotar as teorias existentes, tem-se o período da Idade Média. Em destaque, há de se dizer que se a tristeza de uma pessoa decorresse de doença do corpo, o tratamento seria feito pelos médicos e era considerada uma prova meritória. Entretanto, em se tratando de doença da alma, marcada pela falta de iniciativa, sensação de peso, desespero de salvação e torpor, os teólogos/filósofos associavam esse humor melancólico ao pecado. Eles acreditavam que a pessoa, nessa condição, se afastava do outro e de Deus (Starobinski, 2016). Ainda, relacionando esta visão à teoria dos humores, a bile negra se transformava em amarga (Ferreira, 2014).

Na fase da Renascença, a melancolia se reconectou ao pensamento aristotélico e se sobressaiu como explicação dos dons divinos e excepcionais dos homens de gênios (artistas, filósofos e devotos à política). Mas ao final deste período, a melancolia adquiriu outro enfoque, sendo lançada como patologia que poderia levar o sujeito à loucura (Prigent, 2005).

Posteriormente, durante o movimento romântico vivido na Europa e no Brasil, houve a supervalorização das emoções pessoais e o sentimento passou a mover o ser em suas atitudes. A melancolia estava atrelada a uma intuição poética: antes de ser recebida de forma mais específica pela ciência, ela existia e era sentida na poesia (Picoli, 2019). E, dentro dessa sensibilidade romântica, os marcadores de sua existência eram evidenciados por condutas de silêncio, aproximação da melancolia são [eram]... angústia e aflição, depressão, silêncio, animosidade... às vezes um desejo de viver, e, em outras, um anseio da morte “[...] (White, 1995, p. 63). Noutras palavras, contemplavam-se “estados opostos (como melancolia e entusiasmo, exaltação e desespero, amor e ódio), formando um caráter conflituoso e inquieto” (Picoli, 2019, p. 35).

Sobressai-se no século XVIII a compreensão trazida por Philippe Pinel, segundo a qual a melancolia “consiste num *falso julgamento* que o doente faz sobre o estado de seu corpo, que ele acredita estar em perigo devido a causas leves, em que ele teme que seus problemas tenham um desfecho desagradável” (*apud* Starobinski, 2016, p. 60). Em outras palavras, a melancolia seria “o predomínio desmedido que uma *ideia exclusiva* exerce sobre o espírito” (Starobinsk, 2016, p. 60).

Jean-Étienne Esquirol, discípulo de Pinel, no início do século XIX, considerou também que a melancolia, por ele denominada de monomania triste ou lipemania⁸, era uma doença que se vinculava ao desenvolvimento da inteligência. Ou seja, quanto mais desenvolvida a faculdade intelectual, maior era a chance de se ter a doença (*apud* Starobinski, 2016).

Os citados psiquiatras franceses trazem sobre o tema a reflexão de que os melancólicos são vítimas das suas próprias paixões, convicções e julgamentos equivocados. Uma vez extirpadas essas ideias dominantes, o quadro da doença deixaria de existir. Para eles “o parasitismo da ideia exclusiva é o equivalente intelectual do parasitismo humoral da bile negra” (Starobinski, 2016, p. 65). Daí dizer-se que persistia uma ligação entre a ideia concebida nesta fase histórica com a concepção da antiguidade.

Na metade do século XIX, iniciou-se nova abordagem sobre a melancolia. O psiquiatra francês Jean-Pierre Falret⁹ afirmou que ela poderia ser percebida com ciclos de mania e de depressão, a partir dos aspectos distintos entre si e sua variabilidade de tempo em cada sujeito (Del-Porto, J.A; Del-Porto, K.O; 2005). E, ainda descrevendo sobre este período, sustentou a existência de uma loucura circular (*folie circulaire*), caracterizada por momento longo de lucidez entre os episódios de mania e de depressão (Sedler, 1983).

Em um trabalho seguinte desenvolvido pelo também francês Jules Baillarger, afirmou-se existir a loucura de dupla forma (*folie à double forme*). Embora ele compreendesse haver alternância entre a mania e a depressão, sustentou que uma era seguida da outra, sem que houvesse intervalos (Sedler, 1983).

Disseminados os referidos estudos pela Europa, Falret e Baillarger, no final do século XIX, ainda mantiveram a compreensão de que mania e melancolia eram condições distintas (Goodwin, F; Jamison, K, 1990). Também no final deste século, em seus primeiros estudos, o alemão Emil Kraepelin adotou o posicionamento de que mania e depressão (enfermidade maníaco-depressiva) se distinguem.

⁸ A palavra tem origem do grego *lype* que significa tristeza mais mania. O termo lipemania foi utilizado com o intuito de afastar a teoria humoral. A sua importância decorre do fato de que oferece “um campo teórico-clínico que legitima a ocorrência de paixões tristes, abrindo caminho para a concepção de depressão tal como o século XX irá conhecer” (Coser, 2003, p. 56).

⁹ Pinel, Esquirol e Falret compuseram a trindade fundadora da psiquiatria moderna, cabendo ao último, dar acabamento final aos trabalhos dos mestres. Ao longo dos anos, os trabalhos desenvolvidos foram marcados por continuidades e por rupturas, de modo que não se pode dizer que entre eles haveria uma homogeneidade consubstancial (RAMOS, 2010).

Compreendia-se à época que os mecanismos encontrados nos estados maníacos eram atribuídos à exaltação de sentimentos e inteligência, alterados numa variação de tempo pequena, culminando, assim, em atos desordenados. Já o estágio depressivo evidenciava-se quando o sujeito ficasse um período mais recluso, com mais solidão e, noutros, mais imóvel. Essa fase depressiva duraria mais tempo que a fase anterior (Del-Porto, 1999). Posteriormente, Kraepelin assumiu a posição de que quase todas as formas de melancolia e de mania integravam o conceito de insanidade maníaco-depressiva (Del-Porto, J.A; Del-Porto, K.O; 2005).

No ano de 1894, o psiquiatra francês Jules Séglas descreveu uma melancolia sem que houvesse delírios, denominada de melancolia com consciência ou hipocondria moral. Tal intitulação é derivada de dois fenômenos que o autor designou como sendo constitutivos da melancolia: a dor moral e o delírio de indignidade, que tem por característica denunciar o arranjo que o sujeito assume em suas relações pessoais. Ele ainda apontou as características relacionadas à dor moral como distúrbios cenestésicos¹⁰ e intelectuais¹¹ que são denominados de parada psíquica (Ferreira, 2014).

Para além disso, Séglas narrou a sintomatologia física que pode ser representada por dores vagas e generalizadas, fadiga intensa, zumbidos, palpitações, constipação, insônia e sonolência. Atrelada aos referidos sintomas físicos, segundo ele, poderia surgir uma depressão psíquica acompanhada de outros sintomas como apatia, falta de resolução, lentidão dos movimentos e da fala, dentre outros (Ferreira, 2014).

A partir da ascensão da psicanálise, durante o século XX, Sigmund Freud começou a dissertar sobre o tema. Ele teceu uma diferenciação do que se via até então dentro da ótica da psiquiatria clássica, que atribuía à anatomia e à fisiologia a origem dos distúrbios mentais. Alicerçado no enfoque de perceber novas dinâmicas que não colocassem todo o saber psicopatológico dentro de uma etiologia orgânica, Freud buscou outras origens para explicar tais nosografias (Ferreira, 2014).

10 Cenestesia é “o sentimento que nós temos da existência do nosso corpo, sentimento que, em estado normal, é acompanhado de um certo bem-estar”. Tradução livre de *On a donné la nom de cénesthésie, sens de l'existence, au sentiment que nous avons de l'existence de notre corps, sentiment qui, à l'état normal, s'accompagne d'un certain bien-être* (Séglas, 1895, p. 77)

11 Distúrbios intelectuais podem ser assinalados como prejuízos ou anomalias estruturais de função psíquica, fisiológica ou anatômica. (Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais, 2013).

Durante a sua obra, Freud não atribuiu tanto destaque à melancolia quanto a outras psicopatologias como a esquizofrenia¹² e a paranoia¹³, mas dedicou algumas produções a esse objeto de estudo, tais como: **Rascunho G: melancolia**, publicado em 1895, **Luto e Melancolia**, publicado em 1915 e, por fim, **O Eu e o Isso**, em 1923.

No texto **Rascunho G: melancolia** (1895/1987) foi elaborada a questão da perda da libido para a melancolia que Freud denominou como hemorragia libidinal, ideia esta que serviu de base para outras publicações. Nessa mesma produção são tratados os efeitos produzidos pela melancolia, tais como: inibição psíquica junto ao empobrecimento pulsional e o sofrimento gerados por ambos.

Em **Luto e Melancolia** (1915-1917/1974), Freud desenvolveu a diferenciação sobre os temas. Segundo ele, durante a fase do luto, o sujeito reconhece que não há mais uma catexia em determinado objeto. E, após um desligamento dessa libido que passaria a se associar às lembranças desse objeto, o luto seria concluído. Já na melancolia, o autor teorizou acerca de o melancólico não saber o que perde ao perder o objeto de investimento libidinal, apesar de saber quem perdeu. Ao manifestar sobre essa perda, o indivíduo se refere a uma perda do eu.

Nesta produção textual, Freud acabou apresentando uma nova perspectiva para a psiquiatria atual, implementada de maneira diferenciada dos tratados de psiquiatria de sua época, como o Tratado **La folie maniaque-dépressive** (1890), do psiquiatra alemão Emil Kraepelin.

Por fim, na produção textual de **O Eu e o Id** (1923-1925), Freud dissertou sobre a diferenciação entre o eu, o supereu e o isso, além de caracterizar a relação existente entre os primeiros. E, ao estabelecer uma relação com a melancolia, ele descreveu que o supereu determina uma conexão com a consciência; na melancolia, o objeto traz um vínculo de ira com o supereu que fora acolhido pelo eu por identificação narcísica.

12 A esquizofrenia é representada pelas manifestações dos sintomas: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico, sintomas negativos como avolia ou expressão emocional diminuída. Outros indícios que o diagnóstico pode ser apoiado seriam de padrão de sono perturbado, despersonalização, desrealização e preocupações somáticas, dentre outros fenômenos (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2013).

13 A paranoia pode ser definida como uma posição descrita por Melanie Klein no qual tem por descrições os pontos de vista: pulsões agressivas que existem em conjunto desde o início das pulsões libidinais e são fortes, o objeto é parcial e dividido em dois: o “bom” e o “mau” objeto, uma angústia intensa que é de ordem persecutória (Laplanche e Pontalis, 1991).

Tomando-se em conta a diversidade de teorias a respeito da melancolia, em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria publicou o **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**, identificado pela sigla DSM-I (Teodoro; Simões; Gonçalves, 2021).

Esse compêndio foi criado com o intuito de sistematizar teorias sobre as nomenclaturas e descrições dos transtornos mentais relatadas com base no sofrimento psíquico dos indivíduos. A demanda gerada atendia a diversas finalidades: acadêmicas, terapêuticas, legais, financeiras, dentre outras (Martinhago; Caponi, 2019).

Nos anos de 1968, 1980, 1987, 1994 e 2013, seguidos de revisões, modificações e ampliações foram publicados os respectivos DSM II, DSM-III, DSM-IV e DSM-V, documentos considerados como referência para a classificação dos transtornos mentais pela Organização Mundial de Saúde (Teodoro; Simões; Gonçalves, 2021).

Destaca-se que nas duas primeiras edições as classificações basearam-se na psicanálise. A partir do DSM III, as mudanças levaram em consideração uma visão psiquiátrica (Martinhago; Caponi, 2019).

As posições apresentadas no Manual constituem o fundamento de toda a autoridade médica da atualidade. Ainda que tenha havido mudanças, especulações, teorias refutadas etc., esse processo científico-evolutivo e inesgotável busca a coerência e a compreensão para a saúde do ser humano. E o que se iniciou como um estado de humor desaba, diante de tantos quadros clínicos e possibilidades existentes, para o fim deste estudo, no que se denomina transtorno afetivo bipolar.

Justifica-se, portanto, no item seguinte, a análise de sua conceituação.

2.2. Descrição do TAB a partir dos manuais de psiquiatria

Até o DSM-IV, o transtorno afetivo bipolar se situava na categoria denominada de transtornos de humor com episódios de mania e de depressão, composto de, pelo menos, cinco sintomas, dentre eles: alteração de sono e apetite, alteração motora, cansaço, fala excessiva ou mutismo, pensamentos recorrentes de morte (Teodoro; Simões; Gonçalves, 2021).

A partir do DSM-V, a classificação como transtorno de humor foi retirada dos manuais, sendo substituída por novas categorizações. E, sob o título de transtorno

bipolar e transtorno relacionados, o Manual registra, na sessão II, a definição e a classificação do afetivo bipolar, em tipos I e II. A compreensão do transtorno afetivo bipolar é feita por meio de critérios de distinção nos quadros de mania, hipomania e depressão maior que, atualmente, compõem os critérios de cada tipologia¹⁴. O que difere é a forma como ocorre cada quadro. No transtorno bipolar tipo I, o estágio da mania é imprescindível para a sua caracterização, podendo haver, antes ou depois, episódios hipomaníacos ou de depressões maiores (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2013).

O critério de episódio maníaco se distingue pela presença de um humor diferenciado, de nível elevado, eufórico, expansivo ou irritável, que perdura, no mínimo, por uma semana. E, dentro do período desta variação de humor, o DSM V estabelece alguns sintomas que deverão existir de forma expressiva como definidores do tipo em estudo. São eles:

1. Autoestima inflada ou grandiosidade.
 2. Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono).
 3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
 4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
 5. Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.
 6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (i.e., atividade sem propósito não dirigida a objetivos).
 7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).
- (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2013, p. 124).

Ainda nesse tipo de transtorno, a alteração do humor, que não está atrelada ao uso de substâncias, é suficientemente grave quando originar prejuízo em nível social e/ou profissional, podendo ocasionar internações caso haja risco de danos ao próprio indivíduo ou às pessoas próximas.

No episódio hipomaníaco que, como dito, pode anteceder ou suceder o anterior, há alterações de humor por cerca de, no mínimo, quatro dias contínuos.

¹⁴ De acordo com os termos do prefácio do Manual, “em vez de separar as definições de episódios maníaco, hipomaníaco e depressivo maior das definições de transtorno bipolar tipo I, transtorno bipolar tipo II e transtorno depressivo maior, como na edição anterior, [nesta edição DSM-V] incluímos todos os critérios componentes dentro dos critérios respectivos para cada transtorno. Essa abordagem facilitará o diagnóstico clínico e o tratamento desses importantes transtornos” (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2013, p. xlii).

Durante esse espaço de tempo mais curto, são necessários três ou mais sintomas (quando o humor é irritável) dos descritos para o estágio maníaco. Nesse episódio hipomaníaco há alteração do comportamento do sujeito quando está atípico. Durante esse período, essa mudança e a modificação do humor são perceptíveis por outras pessoas. O quadro também se distingue do anterior porque não se apresenta tão grave ao ponto de gerar prejuízo em outras áreas na vida do indivíduo (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2013).

O episódio depressivo se distingue dos demais pela mudança de humor no período de duas semanas. Para a sua caracterização mostra-se também necessário que além do primeiro ou do segundo, haja cinco ou mais dos sintomas abaixo descritos:

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável).
 2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
 3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado).
 4. Insônia ou hipersonia quase diária.
 5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outras pessoas; não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
 8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
 9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
- Tais manifestações trazem prejuízo a outras esferas da vida daquele sujeito como na social, profissional, dentre outras, além de não estar associado ao uso de substâncias (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2013, p. 125).

Este último estágio, embora possa existir quando se reconhece o diagnóstico de transtorno afetivo bipolar tipo I, não se converte em elemento caracterizador para a classificação. Noutras palavras, ao passo em que o estágio maníaco é imprescindível para classificar o transtorno afetivo bipolar no tipo I, a existência ou não do estágio depressivo maior não fará diferença.

O transtorno afetivo bipolar tipo II distingue-se do primeiro pelo fato de não haver a presença do estágio maníaco. Significa dizer, portanto, que, preenchidos requisitos deste estágio, o diagnóstico será do tipo I. O reconhecimento do tipo II se faz pela presença de, pelo menos, um episódio hipomaníaco, e, de forma imprescindível, de um ou mais estágios de depressão maior, evidenciando que este último estágio se sobrepõe como característica definidora do tipo em estudo (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2013).

Sobressai-se também nesta tipologia que a duração da alteração do humor no estágio depressivo maior terá duração de cerca de duas semanas, enquanto, no estágio hipomaníaco, a variação de humor persistirá por, no mínimo, quatro dias (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2013).

O DSM-V estabelece, ainda, que os sintomas descritos para distinguir os estágios hipomaníaco e depressivo maior, quando se tratar de transtorno bipolar do tipo II, deverão representar uma mudança notável de conduta, causando sofrimento ou prejuízo ao funcionamento habitual do indivíduo e impactos na sua vida social e profissional.

Isso porque há maior tendência à impulsividade, podendo resultar em tentativas de suicídio, abuso de drogas e instabilidades interpessoal e/ou profissional. Nessa tipologia, o indivíduo não demonstra sintomas psicóticos, característica existente nos períodos de mania.

Nota-se, nos termos da orientação ditada pelo DSM-V, que a caracterização do transtorno afetivo bipolar sofreu mudanças, adquirindo aspectos múltiplos na sua identificação. Esta edição se apresenta como um guia para pesquisas em diversas áreas da ciência, tais como biomédica, comportamental, cognitiva e familiar. Mostra-se igualmente relevante para a prática clínica, o que facilita a obtenção do diagnóstico diferencial, a eventual correlação entre o transtorno bipolar do tipo II e os de natureza alimentar e de ansiedade (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2013).

É fato que, a depender do tipo diagnosticado ou, ainda, de comorbidades existentes, o indivíduo com bipolaridade sequer consegue ter a dimensão da sua condição de saúde. Outras vezes, ciente da sua diferença em relação ao outro, ele não reconhece o diagnóstico e/ou a necessidade de tratamento. Em qualquer situação, a vida com bipolaridade traz repercussões negativas ao portador. Os

impactos marcados pelo enfrentamento do diagnóstico, bem como o estigma que ele carrega serão retratados a seguir.

2.3 Transtorno afetivo bipolar: impactos e estigmas na sociedade

O transtorno afetivo bipolar pode acontecer, de forma precoce, entre os quinze e dezenove anos, afetando 75% desses pacientes abaixo dos 18 anos (Inder *et al.*, 2008). Entretanto, registra-se que o risco de desenvolvimento do transtorno é mais comum em jovens adultos até 25 anos, com maior destaque entre a faixa etária de 18 a 22 anos. Em relação às crianças, cerca de 1 a 2% são diagnosticados com o quadro (Moura; Lira; Ferraz *et al.*, 2019).

Decorrentes do transtorno há variações consideráveis de cognição na regulação emocional e comportamental do indivíduo que, conseqüentemente, geram mudanças em suas relações. O estilo de vida desse sujeito pode passar de um estado eufórico e expansivo com aumento de energia para outro momento de incapacidade de sentir prazer nas atividades mais cotidianas, cansaço e sentimento de vazio (Duarte *et al.*, 2021).

Essa alteração de comportamento interfere nos relacionamentos pessoais e nas mais variadas esferas de convivência, tais como as de amizade e de romance, bem como no espaço do trabalho, assim como uma diminuição na motivação, retração social e no isolamento. (Moura; Lira; Ferraz *et al.*, 2019)

O diagnóstico, a compreensão do alcance, a percepção de que tarefas cotidianas são alteradas devido ao transtorno fazem parte de um reconhecimento que implica maior aceitação do próprio sujeito em relação a si e com as pessoas com quais ele convive. Como dito anteriormente, há situações em que o sujeito bipolar não tem a dimensão da sua condição de saúde; em outras palavras, cientes do diagnóstico, permanecem indiferente ao seu estado. Nesta hipótese, ele poderia se sentir como uma pessoa dentro dos padrões da normalidade, considerando o outro como um ser humano inferior, por exemplo (Goffman, 2004).

Dentro da perspectiva proposta neste estudo, importa analisar as questões negativas que são introjetadas no sujeito ciente do seu diagnóstico de bipolaridade e na sociedade por conta das suas condutas consideradas diferentes do padrão por ela fixado.

Antes, porém, de se analisar os impactos do transtorno em relação ao sujeito e da sociedade como um todo, é importante observar a visão que se tem a respeito do transtorno, muitas vezes preconceituosa e discriminatória. Isso acontece porque, de um modo geral, a sociedade categoriza as pessoas, impondo atributos e, por conseguinte, rótulos para aquelas que estão fora do padrão estabelecido dentro de uma concepção preestabelecida. Em outras palavras, é no outro que existe um problema, porque naquele que vê está instalada a característica da normalidade. O defeito, a discrepância é tão significativa, ao ponto de ser categorizado como uma pessoa, no mínimo, estranha porque foge aos padrões fixados. Assim, nasce o estigma: ideia depreciativa a respeito de uma pessoa, cuja condição está em desalinho com as expectativas daquele que se considera normal (Goffman, 2004).

Além disso, a falta de conhecimento acerca da diferença encontrada no outro revela, não apenas, uma postura de recusa, mas reforça a ideia do estigma, do preconceito e da discriminação. Deste indivíduo, não raras vezes, são tomadas as características apresentadas e contrárias ao comportamento social esperado; dele são retiradas chances de vida, na medida em que, pela diferença, o rótulo criado impõe a inferioridade como padrão (Goffman, 2004).

As condutas e os comportamentos evidenciados no estágio maníaco (TAB tipo I) e no estágio depressivo maior (TAB tipo II) são percebidas por quem se denomina dentro do padrão da normalidade. Então, o sujeito diagnosticado e ciente de sua condição bipolar carrega em si, de forma indisfarçável, atributos marcados pelo estigma imposto pelo outro. Ele absorve a diferença de como é tratado no meio social e, nesta hipótese, pode, inclusive, apresentar autodepreciação. (Goffman, 2004). Como opção, acreditando no estigma, o bipolar pode adotar um comportamento passivo, de aceitação, ao ponto de não buscar tratamento adequado por meio de ajuda especializada. Em determinadas situações pode tornar-se necessária a internação, como ocorre, com mais frequência, nos casos de TAB tipo II (Goffman, 2004).

Ainda do ponto de vista da pessoa com bipolaridade, nasce a incerteza de como é percebido dentro do contexto social, quando ele tem ciência do estigma. É fato que, muitas vezes, a própria diferença vira alvo de observações e curiosidades. Não raras vezes, terceiros buscam entabular conversas sobre o tema, trazendo ao sujeito com transtorno o sentimento de violação de privacidade porque acredita que, na visão do outro, a ele faltam perspectivas de avanços dentro da sociedade (Goffman, 2004). É

como se o seu comportamento expressasse o seu futuro; a bipolaridade, nessa perspectiva, não seria compreendida como um transtorno a ser tratado.

Antes de adentrar na visão que o outro tem em relação ao bipolar, é importante demarcar, neste contexto, que o tratamento que envolve o transtorno afetivo bipolar pode ser enfatizado para além de uma perspectiva da medicina. A psicanálise, diferentemente da psiquiatria, utiliza-se do próprio sujeito para que possa atribuir sentido ao seu delírio e dar significado ao gozo que determina sua relação com o mundo externo (Ferreira, 2014). Então, dentro do *setting* analítico e a partir do manejo feito pelo profissional, as ações realizadas tomam o lugar de investimento contra o lugar que o melancólico se coloca de humilhado e rejeitado. Com efeito, a produção de sentido feito pelo indivíduo confronta a ideia de que o Outro¹⁵ quer ver seu fracasso. Assim, o papel do analista é de auxílio ao melancólico em fortalecimento de seu imaginário, exercendo pela via do sentido que ele tenha maior abertura para um real que se mostra presente (Ferreira, 2014).

Sem esgotar as posturas do sujeito em relação a si próprio e o seu sentimento em sua relação à forma que o outro reage à sua condição, é importante considerar os contextos familiar e profissional.

O cuidado do sujeito por meio das famílias ficou mais abrangente a partir do cenário que começou a ser instaurado no país desde o processo de desinstitucionalização (Brischiliari *et al.*, 2012). Cabe dizer que, entre as décadas de 1950 e 1990, houve redução de 560.000 para 100.000 leitos em hospitais psiquiátricos (Martinhago; Oliveira, 2015).

Dessa forma, os familiares passaram a ser responsáveis pelas exigências e processos de amparo. Em regra, somente um dos familiares torna-se responsável pelos cuidados e restabelecimento da autonomia do sujeito na própria história, o que pode gerar não somente exaustão, mas uma sobrecarga emocional intensa, marcada, inclusive, pela solidão (Moura; Lira, Ferraz, *et al.*, 2019).

Importa registrar que nem sempre o cuidador encontra-se preparado para lidar com as particularidades que são impostas frente a este quadro clínico. Em regra, ele vive uma situação de estresse, tensão e expectativa em relação ao comportamento

¹⁵ Outro é uma terminologia que foi criada por Jacques Lacan, no qual expressa o lugar simbólico, a lei, o significante que determina o indivíduo, seja de maneira subjetiva ou de forma externa (Roudinesco, 1998, p. 558).

do seu paciente. Nem sempre ele é um profissional de saúde. Há angústia e medo. E, porque tem consciência do estigma que o transtorno carrega, o cuidador sequer aborda o tema em seu grupo social, seja pela vergonha, ou para evitar o sentimento de crítica e repulsa pelo trabalho que ele realiza. Justifica-se, diante disso, que seja dada maior atenção aos cuidadores a fim de que recebam amparo e conhecimentos técnicos para enfrentarem as situações cotidianas (Brischiliari *et al.*, 2012).

É oportuno dizer que, em relação aos familiares, ocorre mudanças na vida cotidiana: na maioria das vezes, eles abdicam de suas próprias individualidades, para que o portador tenha suas questões priorizadas. E, para além disso, há o impacto financeiro, gerando um alto custo para obter o resultado de adaptação e melhoria da condição de saúde do bipolar (Pegoraro *et al.*, 2006).

A sobrecarga imposta à família no período de cuidado em relação a esse indivíduo pode ser denominada de “Sobrecarga Familiar” (em inglês *Family Burden*). É dividida em dois panoramas: 1) o objetivo, que se constitui, dentro dos percursos ocasionados pelo adoecimento como problemas financeiros, alterações na vida cotidiana, modificações na vida social, dentre outros; e 2) o subjetivo, que compreende como aqueles indivíduos processam a vivência de esforços e como se sentem diante de toda a bagagem trazida com o transtorno (Pegoraro *et al.*, 2006).

No que diz respeito à esfera profissional, é fato que existe uma descrença de que pessoas com transtorno afetivo bipolar sejam capazes de exercer suas atividades devido às restrições de suas capacidades cognitivas e de realização do que se é proposto dentro daquela atividade estipulada (Pessoa *et al.*, 2022). Trata-se de mais um reforço do estigma, da discriminação.

Ao contrário do pensamento acima dito, é importante incentivar que pessoas com transtorno afetivo bipolar sejam inseridas no mercado de trabalho. A inclusão do portador é grande importância, implicando melhoria em sua saúde, inclusive por fazê-lo sentir-se pertencente, de fato, na sociedade. Ou seja, o resultado positivo trazido a ele reverbera positivamente na vida cotidiana (Moura; Lira; Ferraz *et al.*, 2019).

3 CONCLUSÕES

O transtorno afetivo bipolar, ao longo dos anos, deixou de ser considerado apenas transtorno de humor, passando a adquirir o reconhecimento como doença. E,

nessa perspectiva, houve a caracterização em tipologias diferentes, cujos sintomas e episódios existentes distinguem o transtorno.

O tipo I é marcado pela presença de sintomas dentro do estágio maníaco, podendo ser antecedido ou sucedido dos estágios hipomaníaco e depressivo maior. Isso significa dizer que esses últimos estágios não precisam se fazer presentes para o critério diagnóstico.

Para fixar o transtorno como tipo II, o portador da bipolaridade precisa inserir-se no estágio de depressão maior; se evidenciado qualquer sintoma que o encaixe, por exemplo, no estágio da mania, a tipologia será desclassificada para I.

O transtorno afetivo bipolar traz o estigma de pessoa que não se adapta dentro do padrão da normalidade. Essa conotação trazida pelo outro pode impactar a visão que o sujeito traz de si próprio, refletindo de forma negativa tanto no enfrentamento do diagnóstico, quanto na sua convivência familiar e em sociedade.

A vida cotidiana dos sujeitos com essa condição tem sido manejada, em regra, pelos familiares, pessoas que se disponibilizam a renunciar suas individualidades para garantir melhor condição de vida, com a expectativa de retorno de adaptação e autonomia a serem conquistadas.

Por fim, ao se fazer a pesquisa, cumpre salientar que foi percebido que não há uma grande variedade de estudos dentro dessa temática, em especial no ramo da psicologia. O campo de investigação que aborda o transtorno afetivo bipolar predomina nas áreas de enfermagem e sociologia, as quais serviram, em parte, para embasar este estudo.

4 REFERÊNCIAS

BRISCHILIARI, Adriano; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. O portador de transtorno mental e a vida em família. **Escola Anna Nery**, p. 147- 156, jan.-mar. 2012. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000100020>>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/q5hqW6DRYfpmfY84FHbpBjH/>>. Acesso em: 15 out. 2023.

CAIRUS, HF., RIBEIRO JR., WA. Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. **História e Saúde collection**. 252 p. ISBN 978-85-7541-375- 3. Available from SciELO Books.

CORDÁS, T. A. **Depressão: da bile negra aos neurotransmissores**. Uma introdução histórica. São Paulo-SP: Lemos Editorial, 2002.

COSER, O. *Depressão: clínica, crítica e ética* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. **Coleção Loucura e Civilização**. ISBN:85-7541-030-X. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 01 jun.2024.

DEL-PORTO, José Alberto; DEL PORTO, Kátia Oddone. História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 32, suplemento 1; p. 7-14, 2005. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000700002>>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/PkSBmyQmCsDmnSFvkKnfyqt/>. Acesso em: 05 ago. 2023.

DEL-PORTO, José Alberto. Conceito e Diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 21, suplemento 1; p 6-11, 1999. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003>>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/dwLyt3cv3ZKmKMLXv75Tbxn/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 05 ago. 2023.

FERREIRA, Maria de Fátima. **A dor moral da melancolia**. Belo Horizonte, Scriptum, 2014, p.19-210.

FREUD, Sigmund. **Eu e o Id**, Autobiografia e Outros Textos. Obras Completas, vol. 15. São Paulo, Companhia das Letras, 2011, p. 8-64.

FREUD, Sigmund. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos**. Obras Completas, São Paulo, Companhia das Letras, 2010, vol. 12, p 127-144.

FREUD, Sigmund (1996a). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: rascunho G , Tradução de J. Salomão. *In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, vol. 1, p. 246-253).

FROMM, Eric. **Conceito Marxista do Homem**. Tradução de Octavio Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Mathias Lambert, 4ª ed., 2004, p. 7-20. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/308878/mod_resource/content/1/Goffman%20%20Estigma.pdf>. Acesso em: 10 maio 2024.

GOODWIN, F; JAMISON, K. **Maniac Depressive Illness**. New York/Oxford, Oxford University Press, 1990.

INDER, Maree L; CROWE, Marie; MOOR, Stephanie; CARTER, Janet; LUTY, Suzanne; JOYCE, Peter R. **I Actually Don't Know Who I Am**: the impact of bipolar disorder on the development of Self. DOI: 10.1521/psyc.2008.71.2.123 Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18573034/>>. Acesso em: 22 out. 2023.

KLIBANSKY, Raymond; PANOFISKY, Erwin; SAXL, Fritz. **Saturn e Melancholy: Studies in the History of Natural Philosophy Religion and Art**, Montreal: McGill-Queen's University Press, 2019, p. 3-29.

LAMBOTTE, M-C. **O discurso melancólico: da fenomenologia à metapsicologia**. Rio Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. (Des) institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. **Saúde Sociedade São Paulo**, v. 24, n. 4, p. 1273-1284, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015136741. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/WzsLrdnqbxJtgnPwQfw465M/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 24 out. 2023.

MOREIRA, Lília Maria de Azevedo. **Deficiência intelectual: conceitos e causas**. Bahia: EDUFBA, p. 10-147.

MOURA HDS; LIRA JAC; FERRAZ MMM; LIMA CLS; ROCHA ARC. Transtorno afetivo bipolar: sentimentos, estigmas e limitações. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. 2019; 13: e241665. DOI: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241665>>. Acesso em: 15 set. 2023.

Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2013, p. 123-139.

OMS, 2022. **World Mental health report: Transforming mental health for all**, p. 39-63. Disponível em: <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 05 maio 2024.

PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena de Lima. Sobrecarga de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 569-577, set./dez. 2006. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000300013>>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/f63Y6BXK9YrGYg3s45hCTSN/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 02 set. 2023

PESSOA, Lucas; COSTA, Gabriela da Silva Dias; PRACIANO, Livia Maria Alves Rebouças Tomé; GÓES, Guilherme Henrique da Silva; CARVALHO, Rosany; FAJARDO, Leandro Boni. O estigma sobre as doenças mentais e seu impacto no tratamento psiquiátrico. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**. São Paulo, vol. 11, n. 2. DOI: <doi.org/10.55388/psicofae.v11n2.407>. Disponível em: <<https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/407/303>>. Acesso em: 24 out 2023.

PICOLI, Gilmárcia da Silva. **Sobre a dor do existir: a configuração da melancolia em poemas românticos brasileiros**. Porto Alegre, 2019. Disponível em: <<https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/8642/2/Disserta%20c3%a7%20a3o%20-%20Gilm%20a1rcia%20Da%20Silva%20Picoli.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2024.

PLON, Michel; ROUDINESCO, Elisabeth. **Dicionário de psicanálise**. Tradução de Vera Ribeiro e Lucy Magalhães, Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 258.

PONTALIS, Jean-Bertrand; LAPLANCHE, Jean. **Dicionário de psicanálise**. Tradução de Pedro Tamem. São Paulo: Martins Fontes, 2014, p. 346.

PRIGENT, Hélène. **Mélancolie**: les metamorphoses de la dépression. Paris: Gallimard, 2005, p. 1-19.

RAMOS, Fernando A. da Cunha. Jean-Pierre Falret e a definição do método clínico da psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 13, n. 2, p. 296-306, junho 2010.

SÉGLAS, J. (1895). **Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses** (Salpêtrière 1887-1894). Paris: Asselin et Houzeau.

SEDLER, M. Falret's Discovery: the original of the concept bipolar affective illness. **American Journ Psychiatry**, 140: 1127-1133, 1983.

STAROBINSKI, Jean. **A tinta da melancolia**: uma história cultural da tristeza. Tradução de Rosa F. d'Aguiar, São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

TEODORO, Elizabeth Fátima; SIMÕES, Alexandre e GONÇALVES, Gesianni Amaral. **DSM-5 e as alterações dos transtornos de humor**: uma análise crítica à luz da teoria psicanalítica. *Mental* [online]. 2021, vol.13, n.23, pp.52-78. ISSN 1679-4427. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272021000100005&script=sci_abstract>. Acesso em: 21 mar. 2024.

WHITE, John. **As máscaras da melancolia**: um psiquiatra cristão aborda a problemática da depressão e do suicídio. Tradução de Yolanda Mirdsa Krievin. São Paulo: ABU, 1995.