

# RODAS DE CONVERSA: ESTRATÉGIA DA TERAPIA OCUPACIONAL NA AMPLIAÇÃO DE CONHECIMENTOS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM PACIENTES COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

TALKING WHEELS: STRATEGY OF OCCUPATIONAL THERAPY IN THE EXPANSION OF KNOWLEDGE TO PROMOTE MENTAL HEALTH IN PATIENTS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

Marciel Dantas Carvalho <sup>1</sup>

Ariana Campana Rodrigues <sup>2</sup>

**Resumo:** A Terapia Ocupacional utiliza diversos recursos em suas práticas de cuidado a pessoas com transtornos mentais. Entre eles, está a estratégia da Roda de Conversa (RC), que é uma metodologia participativa e uma prática de Educação em Saúde. Ela possibilita troca de experiências e diálogo horizontal entre cuidador e pacientes, promovendo novos conhecimentos e favorecendo o prognóstico. O presente artigo é fruto de uma pesquisa qualitativa interventiva, apresentando Rodas de Conversa como instrumento metodológico, através de uma intervenção no CAPS II de Palmas-TO. Partimos da hipótese de que o desconhecimento sobre o Transtorno Afetivo Bipolar causa grandes prejuízos na vida dos pacientes e compromete o processo da reabilitação psicossocial. O objetivo do estudo é compartilhar informações específicas sobre o TAB, ampliar o autoconhecimento e melhorar o prognóstico dos sujeitos participantes. Concluiu-se que os encontros proporcionaram interação entre os participantes, compartilhamento de experiências e que houve ampliação de conhecimentos sobre o TAB e a reabilitação psicossocial.

**Palavras-chave:** Transtorno Afetivo Bipolar. Roda de Conversa. terapia Ocupacional.

**Abstract:** Occupational Therapy uses several resources in its care practices for people with mental disorders. Among them is the Strategy of the Conversation Wheel (RC), which is a participatory methodology and a practice of Health Education. It enables the exchange of experiences and horizontal dialogue between caregivers and patients, promo-

1 Graduado em Terapia Ocupacional pela FUG (Faculdade União de Goyazes), Especialista em Gestão Saúde Mental com Ênfase em Dependência Química pelo Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CEEN/PUC GO) e Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (Saúde Mental) pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas TO (FESP) e Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7060772927357161> ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9640-0265>. E-mail: [leicram.pa@hotmail.com](mailto:leicram.pa@hotmail.com).

2 Graduada em Psicologia (UNESP), Especialista em Saúde Mental (UNICAMP), Mestre em Psicologia (UNESP), Doutora em Psicologia (UNESP). Atualmente é professora na ULBRA-Palmas. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1355750454914159>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3566-5566>. E-mail: [arianacampanarodrigues@gmail.com](mailto:arianacampanarodrigues@gmail.com).

ting new knowledge and favoring prognosis. This article is the result of a qualitative interventional research, presenting Conversation Wheels as a methodological instrument, through an intervention in CAPS II of Palmas-TO. We hypothesized that the ignorance about Bipolar Affective Disorder causes great damage to the lives of patients and compromises the process of psychosocial rehabilitation. The aim of this study is to share specific information about BAD, expand self-knowledge and improve the prognosis of the participating subjects. It was concluded that the meetings provided interaction between the participants, sharing experiences and that there was an expansion of knowledge about THE and psychosocial rehabilitation.

**Keywords:** Bipolar Affective Disorder, Conversation Wheel, Occupational Therapy.

## Introdução

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma condição caracterizada por alterações graves de humor, que envolvem períodos elevados de euforia, alternadamente com depressão (BOSAIPO, 2017). A fase depressiva é geralmente caracterizada por alguns desses sintomas: tristeza, sentimento de culpa, ansiedade, inquietação, irritabilidade, perda do interesse de realizar atividades habitualmente interessantes, fadiga, falta de energia, dificuldades de raciocínio, alterações de sono e apetite, baixa autoestima, diminuição da libido sexual, dificuldades de sentir alegria ou prazer, fácil distração, pensamentos suicidas (ARTEEL, 2011).

A mania e a hipomania são caracterizadas por alguns desses sintomas: autoestima exagerada, irritabilidade, impaciência, sentimentos de grandiosidade, otimismo e confiança exagerados, pouca capacidade de julgamento, crenças irreais sobre si próprio ou poderes, acreditando ter dons, níveis de energia e impulsos sexuais aumentados, ideias novas e entusiasmantes, perda de concentração, gastos excessivos, agressividade física e/ou verbal, insônia e pouca necessidade de sono, redução do sono, abuso de álcool e drogas. A hipomania é um estado de mania mais leve, que não necessariamente compromete tanto a capacidade de funcionamento do paciente. Já os estados mistos apresentam sintomas de depressão e mania ou hipomania acentuados e ocorrendo simultaneamente. A pessoa pode sentir-se deprimida pela manhã e progressivamente eufórica com o passar do dia, ou vice-versa (MORENO et al, 2005).

Quanto à prevalência do TAB, há diversos estudos apresentando vários resultados, de acordo com os critérios diagnósticos adotados. Para a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), o TAB pode afetar até 3% da população brasileira (CARVALHO et al, 2010). Segundo a ABTB (Associação Brasileira de Transtorno Bipolar), o transtorno atinge 4% da população brasileira (AGÊNCIA BRASIL, 2013). Já para a ABRATA (Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos), o TAB é relativamente comum, podendo afetar de 3% a 10% da população (TUNG, 2014).

A etiologia do transtorno bipolar é considerada multifatorial, causado pela interação de fatores genéticos e ambientais (BOSAIPO et al, 2017). O diagnóstico é realizado através de entrevista detalhada, exames do paciente e informações colhidas com o próprio paciente, familiares e conviventes. Até o momento, não existem exames laboratoriais ou de imagem específicos para o diagnóstico de TAB (CARVALHO et al, 2010).

A Classificação Internacional das Doenças X (CID X), da Organização Mundial de Saúde (OMS), classifica como “F.31” o Transtorno Afetivo Bipolar. O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), da Associação Psiquiátrica Americana, classifica como Tipo I quando apresenta um ou mais episódios de mania alternando com depressão e Tipo II com a presença de pelo menos um episódio de hipomania e um ou mais episódios depressivos (DEL PORTO, 2010). De acordo com a OMS, o TAB é a sexta causa de incapacidade funcional comparada às outras psicopatologias e a terceira entre os transtornos mentais (COSTA, 2008). Os pacientes bipolares apresentam um risco 28 vezes maior de apresentar comportamento suicida do que o resto da população, sendo que metade dos pacientes tentam o suicídio e 15% conseguem tal ato (PORTAL ENFERMAGEM, 2012).

Os tratamentos para o TAB são realizados de diversas formas. Entre o tratamento farmacológico, destaca-se a classe de medicações psiquiátricas dos estabilizadores de humor, sendo o lítio o seu principal representante e podendo ser utilizados em todas as fases do tratamento. Os anticonvulsivantes, antidepressivos e antipsicóticos também podem ser utilizados na terapia farmacológica (GAMA, 2011), combinados com as psicoterapias (ARTEEL, 2011) e os Grupos de Apoio.

A terapia ocupacional (TO) também contribui no tratamento para pessoas com TAB. Trata-se de uma ciência e profissão que se configura como

[...] um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia das pessoas que, por razões ligadas a problemática específica, físicas, sensoriais, mentais, psicológicas e/ou sociais, apresentam, temporariamente ou definitivamente, dificuldade de inserção e participação na vida social. As intervenções em Terapia Ocupacional dimensionam-se pelo uso da atividade, elemento centralizado e orientador, na construção complexa e contextualizado do processo terapêutico (CAVALCANTI; GALVÃO, 2014).

A atuação da TO com pessoas com TAB busca desenvolver estratégias para melhorar a qualidade de vida do paciente (MARQUES, 2010). O terapeuta ocupacional pode trabalhar utilizando diversos recursos, tais como as Rodas de Conversa abordadas no presente estudo, e ainda oficinas terapêuticas, acompanhamento terapêutico, grupos focados em determinados pontos a serem reabilitados, visando a reestruturação do cotidiano (MONTREZOR, 2013).

Através de dinâmicas e relatos de experiências, as pessoas podem se identificar com as experiências de vida dos outros participantes, bem como facilitar a socialização, visto que o paciente com TAB pode sofrer alterações psicossociais. A TO pode proporcionar a descoberta de novos caminhos, novas habilidades e o resgate de potenciais, visando assim a ressignificação da vida do sujeito e buscando minimizar os impactos do TAB (MARQUES; MOYA, 2010).

O terapeuta ocupacional deve realizar atividades que facilitem o encontro com a pessoa em sofrimento psíquico. Muitas vezes, o paciente terá que ressignificar suas experiências, buscando lembranças anteriores ao seu processo de adoecimento e que deem sentido à sua vida, mas também buscar novos caminhos de construção de sua subjetividade, compreendendo quem ele é, o que gosta de fazer, suas relações interpessoais, entre outros (MATSUKURA, 2016).

A vida é uma “rede de trocas e de relações humanas” (Matsukura, 2016, p. 71), em que a promoção da saúde é conquistada pelo vínculo criado com o paciente, pela participação e trocas de experiências no cotidiano e produção de outros meios de subjetivação. Por isso, um dos princípios norteadores da prática do terapeuta ocupacional é a ideia de que o fazer junto tem efeito terapêutico (KEBBE, SANTOS E COCENAS, 2010).

No âmbito da Educação em Saúde, a TO tem sua prática vinculada ao uso de atividades que estimulem as pessoas a reconhecerem seu estado de saúde e as mudanças necessárias no cotidiano, a fim de que elas conquistem sua autonomia. Por ser uma abordagem realizada por meio de aconselhamentos interpessoais, a Educação em Saúde visa levar o conhecimento na intenção de provocar mudanças de atitude (OLIVEIRA, 2004).

A Terapia Ocupacional pode, portanto, contribuir para a melhora da qualidade de vida dos sujeitos da pesquisa, possibilitando reflexões sobre seus processos de sofrimento e construindo saídas para

enfrentá-los. Esse foi um dos propósitos da realização dessa pesquisa, cujo objetivo principal foi o de contribuir com a Reabilitação Psicossocial dos usuários com TAB e os específicos foram os de compartilhar informações sobre o Transtorno Afetivo Bipolar com usuários do CAPS II do município de Palmas – TO, favorecer a adesão aos tratamentos através da informação sobre o TAB e melhorar o prognóstico estimulando os pacientes a serem protagonistas do seu tratamento.

Partiu-se do seguinte problema de pesquisa: “A desinformação acerca do diagnóstico do Transtorno Afetivo Bipolar compromete o processo de reabilitação psicossocial dos pacientes com o transtorno?”. Para trabalharmos sobre o pressuposto de que o desconhecimento dos pacientes prejudica o prognóstico e a qualidade de vida, promovemos Rodas de Conversa, uma proposta de intervenção que visa fazer circular saberes e ampliar o conhecimento.

Sociedade, familiares e os próprios pacientes apresentam grande desconhecimento sobre os transtornos mentais, sendo esse um dos motivos de origem do preconceito e do (auto)estigma (SORDI, 2015). Acredita-se que a desinformação acerca dos transtornos mentais, entre eles o TAB, compromete o processo de reabilitação psicossocial, marcando negativamente os pacientes, originando preconceitos, discriminações, estigmas e, conseqüentemente, diminuindo a qualidade de vida dos pacientes. O presente projeto justifica-se pela proposta de que uma intervenção pode contribuir positivamente no processo de ampliação de conhecimentos e na formação de uma consciência crítica, para tomada de decisão pessoal com responsabilidade, favorecendo o prognóstico do paciente.

Bento (2014) destaca os meios de comunicação como alguns dos principais responsáveis por representações inadequadas acerca do transtorno mental. Logo, a falta de conhecimento sobre os transtornos mentais faz com que os meios de comunicação social consigam transformar alguns assuntos de saúde mental em problemas de segurança, capitalizando medo, violência e “irracionalidade” na comunidade e contribuindo mais ainda para a incompreensão dos transtornos mentais. A desinformação acerca destes, incluindo o TAB, compromete o tratamento, marcando negativamente os pacientes, suas famílias, instituições de reabilitação, uso de medicamentos, acesso ao trabalho, atividades escolares e sociais (HIRATA, 2015).

## Metodologia

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa interventiva. Como instrumento metodológico, propusemos as Rodas de Conversa.

A pesquisa qualitativa enxerga os dados como construídos num determinado contexto específico. Ela permite um tipo de discussão teórica e metodológica que abrange, além da vertente educacional e demais alcances do conhecimento da vida humana, aspectos como linguagem e relações sociais.

Já a pesquisa interventiva enfatiza os aspectos psicológicos, tanto na aplicação da proposta quanto no conhecimento dos participantes, nas relações que são estabelecidas entre participantes e pesquisadores e também na compreensão, análise e exposição do conhecimento produzido (BAPTISTA, 2006).

A pesquisa apresenta Rodas de Conversa como instrumento metodológico, pois esta abre espaços para que os pacientes envolvidos estabeleçam espaços de diálogos, ampliando suas percepções sobre si e sobre o outro, em um movimento de troca de experiências e ampliação de conhecimentos acerca do tema abordado (GUARDA et al, 2017). A Roda de Conversa é, no âmbito da pesquisa, uma forma de produzir dados em que o pesquisador se insere como sujeito da pesquisa pela participação na conversa e, ao mesmo tempo, produz dados para discussão. É, na verdade, um instrumento que permite a partilha de experiências e o desenvolvimento de reflexões sobre as práticas educativas dos sujeitos, em um processo mediado pela interação com os pares, através de diálogos internos e no silêncio observador e reflexivo.

## As Rodas de Conversa: potentes instrumentos de intervenção em saúde

Para construção dos dados da pesquisa, selecionamos três pacientes, alfabetizados, que apresentavam diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, admitidos no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) do município de Palmas-TO e cadastrados no E-SUS. Foram utilizados questionário, roteiro para Roda de Conversa, análise documental do Prontuário Eletrônico do Cidadão do E-SUS (PEC/ESUS) e dos Registros de Ações Ambulatoriais em Saúde (RAAS). Propusemos 5 encontros semanais no CAPS II, e os diálogos sobre as temáticas trabalhadas a cada encontro da Roda de Conversa foram gravadas. Os encontros iniciaram com 3 participantes; porém, a partir da terceira Roda de Conversa, houve 1 desistência.

Foram aplicados 2 questionários para avaliação de conhecimentos, sendo que o primeiro foi aplicado na primeira Roda de Conversa e o outro, no último encontro, como atividade final. Os questionários aplicados foram avaliados com rigor para contribuir com a produção científica.

A seguir, relatamos alguns trechos do conteúdo das Rodas de Conversa que ilustram a riqueza do processo de pesquisa para os usuários do CAPS II e para o pesquisador.

### Primeira Roda de Conversa: conhecendo os participantes e suas compreensões sobre o TAB

No primeiro encontro, realizou-se um acolhimento e orientações para que os participantes se apresentassem (nome, local onde nasceu, há quanto tempo mora em Palmas, quais as expectativas em relação às Rodas de Conversa, há quanto tempo faz tratamento). A apresentação era de livre expressão, apenas sendo feitas sugestões para um direcionamento de “quebra de gelo”.

Nos trechos a seguir, chamaremos os participantes de “P1” (participante 1), “P2” (participante 2) e “P3” (participante 3), a fim de resguardar suas identidades.

P1, que tinha 19 anos e era de Palmas, relatou:

tive uma crise de bipolaridade, por isso estou aqui no CAPS desde o final de julho. As minhas expectativas são as melhores para essas Rodas de Conversa. Conhecer mais sobre tudo o que eu passei.

Prosseguindo, P2 contou que nasceu no Maranhão e que há 8 anos morava em Palmas. Ele faz tratamento há 13 anos:

Já tive internada duas vezes, e as minhas expectativas para as Rodas de Conversa é que eu aprenda mais coisas sobre o Transtorno Bipolar, porque eu nunca estudei muito sobre o assunto, apenas umas coisas por alto.

Por último, P3 contou que

Estou no CAPS há sete anos, nunca fui internada, já vai fazer dois meses que eu não estou tomando remédios. [...] Eu quero saber mais se é depressão, bipolar, alguma coisa assim [...] A maioria da família já foi internada. Não sei falar o motivo. Mas no momento estou bem.

O terapeuta ocupacional falou sobre a importância da adesão aos tratamentos, riscos do abandono dos medicamentos e de recaídas, e que nem todos os pacientes passarão pelo processo de hospitalização. Assim iniciaram-se os diálogos.

Perguntou-se aos participantes se alguém já tinha participado de alguma Roda de Conversa. Como apenas 1 participante respondeu afirmativamente, o terapeuta ocupacional trouxe a definição de Roda de Conversa para o grupo, no intuito de motivá-los:

Consiste na criação de espaços de diálogo, em que as pessoas se expressam, escutam os outros e a si mesmas. É um espaço para Educação em Saúde e formação de sujeitos mais autônomos, possibilitando maior interação e troca de conhecimentos entre os pacientes, ampliando saberes, além de contribuir para a efetividade do tratamento de cada paciente.

Ao longo do encontro, muitos foram os assuntos disparados pelos participantes. O primeiro deles foi sobre a fé, apontado por P3:

Eu falo que tem cura, porque eu conheço duas pessoas que falou, porque só é Deus que pode curar as pessoas e quando eu era de Deus eu não era doente, eu era feliz.

Partindo dessa fala, o terapeuta ocupacional explicou sobre a fé e crenças como fator de proteção, mas que pessoas com fé também adoecem e necessitam de tratamento. Ele citou ainda exemplos de pacientes que conseguiram ressignificar suas vidas, são independentes com qualidade de vida e que ainda fazem uso de medicações, e sublinhou que até mesmo pastores e padres são exemplos de pessoas que também sofrem de transtornos mentais e que precisam de ajuda especializada.

Mobilizados com a discussão, dois participantes relataram:

*A minha recaída, em que tive que ficar internada, foi porque eu parei com as medicações” e “A minha recaída se deu devido a uma troca de medicações que o médico fez. Passou antidepressivo e eu tive uma virada e fui internada.*

As falas demonstraram que os participantes estavam verdadeiramente interessados em partilhar suas experiências.

Um dos assuntos tratados pelo grupo, e que é primordial para o tratamento, foi sobre o entendimento acerca do Transtorno Afetivo Bipolar. Foi também o que nos motivou a fazer a pesquisa, pois cremos que o entendimento que o paciente tem acerca do nome de transtorno mental atribuído pela psiquiatria necessariamente influencia em seu tratamento.

P1 refletiu algo que nos surpreendeu:

Eu acho que não tenho conhecimento quase nenhum, porque minha crise foi recente, em junho deste ano. Se fosse uma situação de depressão, eu saberia mais, porque eu tive três antes da crise. De Transtorno Bipolar eu não sei de quase nada.

P3 também afirmou que nada sabia. P2 contou:

Eu já sei das três fases: depressão, mania e hipomania. O meu transtorno sobe mais para a fase da mania. Na fase da mania a gente perde o controle.

Nesse momento foi possível conhecer algo sobre o nível de compreensão dos participantes sobre o transtorno.

No primeiro encontro, também se dialogou sobre a relação do álcool com medicamentos e com o TAB. O terapeuta ocupacional mencionou a importância dos hábitos saudáveis e de não fazer o uso de álcool e outras drogas. P1 concordou.

Por fim, foi proposta a atividade para avaliação de conhecimentos sobre o TAB. O questionário foi aplicado como estava proposto e com o consentimento dos participantes.

No primeiro encontro, portanto, além de os participantes se apresentarem, já surgiram questões importantes que balizariam os assuntos dos próximos encontros.

## Segunda Roda de Conversa: início das aprendizagens

Iniciamos a Roda de Conversa com acolhimento aos participantes e abrindo um espaço para a socialização de acontecimentos nos últimos dias. Entre as falas, chamou nossa atenção a do P3:

Fui visitar minha tia na segunda e ela disse que está tomando remédio controlado também. Aconteceu com ela também e ela não tinha falado para ninguém.

Novamente apareceu o assunto da fé, assim como no primeiro encontro, na fala do P3:

E também tem cura, porque eu conheço duas pessoas que estão curadas, assim elas buscam a Deus e até hoje estão na igreja”.

Pela persistência do assunto da fé, o terapeuta ocupacional encontrou um caminho para iniciar os esclarecimentos sobre o TAB:

[O TAB] é um transtorno de difícil diagnóstico e que se não diagnostica por exames de sangue e nem exames de imagens. Existem muitos sacerdotes (padres) e pastores, líderes religiosos que também sofrem de transtornos mentais, fazem tratamentos, tomam medicações e resignificaram suas vidas. Exemplifiquei com o padre Marcelo Rossi (que teve depressão) e o padre Fábio de Melo (crises de pânico graves).

Após algumas reflexões, P2 mudou o assunto, adentrando na questão da medicação:

Eu quero dizer que ontem a psiquiatra mudou minhas medicações, o lítio. Eu creio que vai fazer bem, porque estava baixa a dose. E vai melhorar tanta coisa, tanto estresse que eu ando sentindo.

A crença na potência e centralidade da medicação no tratamento é algo que, se não houver crítica e conhecimento sobre a psicopatologia, também pode atrapalhar o tratamento, pois diminui as possibilidades do paciente se vincular a outras terapêuticas não-medicamentosas.

O participante P3 trouxe para o encontro um resumo sobre TAB e compartilhou com o grupo. Ele mencionou que as causas do TAB ainda são desconhecidas, mas que desequilíbrio químico no cérebro e traumas estão envolvidos. O material trouxe alguns termos técnicos ainda desconhecidos. Após compartilhar sua pesquisa, aproveitei a abertura para explorar mais sobre o tema:

O terapeuta ocupacional perguntou se os participantes acreditavam que o TAB é algo recente ou tem bastante tempo.

P2 contribuiu com a seguinte fala:

Eu acho que tem bastante tempo, porque tem uma escritora, a Virgínia Woolf, que tinha transtorno bipolar e morreu em 1941.

P2 indagou sobre há quanto tempo surgiu o Transtorno Bipolar. O terapeuta ocupacional compartilhou conhecimentos, dizendo que as primeiras informações são da época de Aereteus da Capadócia (ano 1 d.C.). Foi mencionado também como eram os tratamentos antigamente, o problema do manicômio, o processo da Reforma Psiquiátrica e os novos serviços que surgiram, entre eles os CAPS.

P3 se mobilizou com o assunto e disse que

Quando uma pessoa é maltratada, ela não quer ficar nos locais né?

O terapeuta ocupacional concordou e ampliou a discussão:

Verdade, os maus tratos trazem muito sofrimento para as pessoas e elas precisam estar em locais e próximo de profissionais que ofertam um tratamento humanizado. Vocês acham que muitas pessoas têm o TAB?

P1 respondeu algo surpreendente:

Muitas ... eu acho que duas a cada.

O terapeuta ocupacional aproveitou o momento e compartilhou alguns dados estatísticos de fontes diferentes, que variavam de 1,5% a 3% da população, enfatizando que a Associação Brasileira de Psiquiatria cita que o TAB pode afetar até 3 % da população, ou seja, mais de seis milhões de brasileiros:

Muitas pessoas têm transtorno bipolar, mas devido ao preconceito e discriminação, vivem mais isolados, evitando participações sociais e comprometendo seus tratamentos. Alguém de vocês já sofreu algum tipo de discriminação?

O manejo das falas feito pelo profissional que conduz a Roda de conversa é importante para engatar um assunto no outro, proporcionando maior atenção dos participantes e envolvimento com a proposta. O questionamento sobre a discriminação produziu diálogos importantes, tais como os descritos abaixo:

P2 desabafou sobre o problema:

Eu já ... aqui não, porque aqui ninguém me conhece. Das pessoas que me conhecem, são poucas que sabem que eu tenho transtorno bipolar. Eu sofri na minha cidade, porque quando eu tive a primeira crise, foi a equipe de saúde de lá que me levou para a clínica. Eu ia cortar o cabelo bem baixinho, aí quando eu voltei da clínica, que eu já estava boa, aí as pessoas falavam que 'essa aí tem doença mental'. Isso me incomodou muito.

Motivado pela fala, P3 também contribuiu com um testemunho diferente:

Eu não tive problema nenhum em assumir que eu tomo remédio, porque muita gente da minha família toma, aí me acolheram.

No mesmo intuito, P1 também relatou:

Não passei por uma situação até o momento. Não que tenha chegado diretamente até mim. Se falaram foi pelas costas. Quando eu tive depressão da última vez, meus amigos me acolheram muito, principalmente da igreja. Eles faziam até planos para mim, para organizar meu dia a dia. Nem quando eu chegava na escola com depressão, ninguém falava nada não.

O terapeuta ocupacional realizou algumas considerações sobre o estigma, refletindo que a desinformação gera preconceito e discriminação, e que é importante ter o máximo de informações possíveis sobre o TAB:

Cuidado com as fontes de pesquisas e sempre tire dúvidas com seus psicoterapeutas. Coloque seus conhecimentos em prática, faça os tratamentos adequados, evitando assim recaídas. Selecione as pessoas com quem conversar sobre o assunto.

Estando mais conectado ao grupo e aberto à discussões, P3 apresentou uma questão importante:

Em que momento a depressão atrapalha a vida de pessoa? Porque tem muitas pessoas que falam que quem tem depressão não pode ter filhos porque atrapalha. E eu quero ter filhos.

O terapeuta ocupacional esclareceu que a depressão, assim como outros transtornos mentais, deve ser tratada adequadamente para estabilização e/ou remissão dos sintomas e para que a pessoa possa realizar suas atividades de vida diária com mais independência e autonomia. Um paciente estável tem condições de mais qualidade de vida, e um dos principais fatores para a estabilidade se dá pela adesão aos tratamentos.

Após, também foi explicado sobre as causas do TAB. Os participantes não tinham conhecimentos sobre a etiologia e foi um momento mais de escuta por parte deles. Após explicação das causas, diferenciando fator genético e fatores ambientais, surgiu uma dúvida de P2:

Eu tenho TAB e tenho uma filha. O que eu devo fazer para evitar que minha filha tenha TAB?

O terapeuta ocupacional orientou quanto ao fortalecimento de fatores de proteção e a relação com o ambiente em que ela vive.

Percebemos, nesse encontro, um maior aprofundamento de questões sobre o TAB, pois os participantes do grupo já estavam vinculados entre eles, fortalecido e empenhado na tarefa proposta de aumentar os conhecimentos sobre o TAB.

## Terceira Roda de Conversa: aprofundando conhecimentos

A Roda de Conversa foi iniciada com um acolhimento aos participantes. O participante P3 não compareceu ao encontro e não justificou sua ausência.

O terapeuta ocupacional fez um breve resumo dos dois primeiros encontros, para situá-los novamente na temática. Em seguida, o primeiro assunto discutido foi sobre a sintomatologia do TAB.

P2 relatou que percebe sintomas quando há algo mudando muito rapidamente em seu humor e sua atenção cuidadosa sobre si mesmo:

Eu fico muito, muito alegre, conversando demais, aí logo eu quero marcar uma consulta.

Encorajado pela fala do outro participante, P1 relatou que:

Na depressão eu consigo identificar logo. Na fase da mania, como foi algo novo, a minha crise, eu não soube identificar. Eu já tomava antidepressivo antes, e no começo do ano eu tirei a medicação. Eu já estava bem. Alguns meses depois eu tive a crise de bipolaridade que as pessoas falam.

Em seguida, o terapeuta ocupacional compartilhou um material impresso listado com sintomas próprias dos episódios do TAB. Os participantes identificaram os sintomas da depressão, da mania e da hipomania que já vivenciaram.

P2 contou sobre a depressão e citou o sintoma do pessimismo com um exemplo:

Eu já tive todos os sintomas da depressão [...]. Quando minha irmã foi fazer uma viagem, eu fiquei muito ruim, me sentindo sozinha.

P1 também contribuiu com o assunto:

Destaca aumento de peso, falta de concentração.

Foi compartilhado mais detalhadamente outros sinais e sintomas do TAB, diferenciando os episódios da depressão dos de mania, hipomania e estado misto.

Foram compartilhadas alternativas de tratamentos, destacando a Psicoeducação, Psicoterapias, Rodas de Conversa, hábitos saudáveis (alimentação, higiene do sono, atividades físicas), o não uso de álcool e/ou de outras drogas.

O assunto da medicação novamente veio à tona. P2 reconheceu a importância do tratamento medicamentoso em sua vida.

Se não fosse os medicamentos, eu não conseguia nem trabalhar.

Ainda sobre a questão medicamentosa e sintomatológica, P2 contou sobre seu sofrimento:

Quando eu tive a primeira crise, quando eu saí da clínica, eu tomava os remédios, eu estava no processo de aceitação. Teve um tempo que eu parei de tomar os remédios. Eu passei a tomar só um. Depois de 1 ano, eu tive umas crises, mas não de mania. Eu tinha medo de pessoas, de ver pessoas. Eu não sei se era vergonha. Eu tinha que chegar no meu serviço e trabalhar, e tinha que ver as pessoas. Não queria ficar junto com ninguém.

O diálogo prosseguiu com o terapeuta ocupacional direcionando as falas para a aquisição de conhecimentos, abordando a diferenciação entre episódios de depressão, mania, hipomania, estado misto, bipolar tipo 1 e bipolar tipo 2.

Aprofundar conhecimentos sobre o TAB fez sentido aos participantes, que puderam se localizar nos relatos das sintomatologias e compreender a importância do tratamento para o aumento da qualidade de vida.

## Quarta Roda de Conversa: possibilidades de tratamento

Como nos encontros anteriores, o quarto foi iniciado com o acolhimento dos participantes e, em seguida, houve uma abertura para sanar dúvidas sobre os encontros anteriores.

Partindo de um relato de P2 sobre perceber intensificação de sintomas quando está no período de Tensão Pré-Menstrual, conversamos sobre os gatilhos que podem agravar os episódios do TAB. Após, novamente o assunto do tratamento surgiu e mereceu destaque nas discussões entre os participantes.

Em relação aos tratamentos do TAB, P2 relatou que conhece Psicoterapias e medicamentos. Já o P1 destacou que, além disso, há também atividade física. O terapeuta ocupacional compartilhou maiores informações sobre os tratamentos para o TAB, destacando as Psicoterapias, medicações, Psicoeducação, Grupos de Apoio. Lançou, também, explicações específicas sobre hábitos saudáveis, importância da higiene do sono, evitar a cafeína, álcool e outras drogas, ter alimentação saudável, realizar atividade física. Discutimos, ainda, sobre os fatores de proteção.

Motivado pela discussão, P1 disse:

*Acho que não pode misturar álcool com medicações, pode dar reação.*

O terapeuta ocupacional aproveitou o comentário e complementou com informações sobre a interação do álcool e outras drogas versus medicações, além da relação do uso de substâncias psicoativas (SPA) com as psicopatologias.

Em seguida, foi realizado um breve resumo sobre o Encontro, fortalecendo os serviços ofertados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a importância da equipe multiprofissional no processo da reabilitação psicossocial. Também foi entregue um material impresso sobre o TAB, criado pelo terapeuta ocupacional, com diversas informações, sendo pactuado que os participantes lessem o material em casa para que fossem discutidas possíveis dúvidas no próximo encontro. O terapeuta ocupacional sugeriu também que os participantes trouxessem ideias/sugestões de novas abordagens terapêuticas. O P3 não compareceu novamente à Roda de Conversa.

## Quinta Roda de Conversa: dúvidas finais, sugestões e aplicação do questionário

De acordo com as pactuações ocorridas no último encontro, novamente a Roda de Conversa foi iniciada com um acolhimento aos participantes e, em seguida, abertura para possíveis dúvidas.

O P1 trouxe como sugestão de novas abordagens terapêuticas uma instituição que ofertasse diversas modalidades esportivas, citando futebol, voleibol, natação, atletismo, e jogos terapêuticos de estimulação cognitiva, citando dama, dominó, xadrez, para que cada paciente tivesse opções de escolha das atividades que mais se interessasse. O P2 trouxe como sugestões mais grupos terapêuticos, destacando o teatro e a dança.

Em seguida, o terapeuta ocupacional aplicou novamente o questionário, como acordado no início da pesquisa. Após a conclusão da atividade, houve uma reflexão sobre as Rodas de Conversa e ambos os

participantes agradeceram pelos encontros, relatando que esclareceram diversas dúvidas e ampliaram seus conhecimentos. O terapeuta ocupacional também fez seus agradecimentos pela participação durante os encontros e pela aceitação dos participantes ao convite para as Rodas de Conversa. Reforçou também sobre a importância de adesão aos tratamentos e fortalecimento das ações ofertadas pela RAPS.

Os participantes P1 e P2 relataram que fazem uso adequado das medicações, e já tiveram experiências negativas e prejuízos por abandonarem o tratamento medicamentoso.

O P3 não compareceu novamente ao encontro. Participou ativamente dos dois primeiros e muitas experiências foram compartilhadas no grupo, entre elas, a importância do uso de medicações, a adesão aos tratamentos do TAB e riscos de recaídas. Diversos exemplos foram compartilhados com ele para conscientização e ampliação de conhecimentos do TAB. O terapeuta ocupacional realizou busca ativa e conseguiu contato com familiar do P3, que relatou que o participante se alterou com crises de agressividade. A família resolveu levar o participante para uma chácara e realizar os cuidados necessários até que ele se estabilizasse. Nesta ocasião, foi reforçado à família quanto aos serviços ofertados no CAPS II e o terapeuta ocupacional se colocou à disposição para articular seu acolhimento novamente no serviço.

## Análises e Discussões

As análises das Rodas de Conversa para investigação da ampliação de conhecimentos para promoção da saúde mental em pacientes com TAB foram feitas baseadas nas experiências compartilhadas nos cinco encontros e na análise comparativa dos questionários aplicados no primeiro e último encontro.

A Roda de Conversa (RC) colabora com a promoção da saúde, pois é um espaço para educação em saúde e formação de sujeitos mais autônomos. A Roda tem um potencial pedagógico, pois desencadeia um processo de aprendizagem que parte de reflexões sobre as experiências que os participantes partilham entre si. As autoras citam também que a experiência das Rodas de Conversa confirma a relevância da comunicação, da informação e do conhecimento para a autonomia dos atores, tendo a Educação em Saúde como principal estratégia de ação (COELHO; BRAGA, 2009).

A Roda de Conversa é um método de ressonância coletiva, que consiste na criação de espaços de diálogo, em que as pessoas se expressam, escutam os outros e a si mesmas. A Roda estimula a construção da autonomia dos sujeitos por meio da temática, da troca de informações e da reflexão para mudanças de hábitos (RAMOS et al., 2013).

O espaço da Roda intenciona a construção de novas possibilidades que se abrem ao pensar, num movimento contínuo de perceber – refletir – agir – modificar, em que os participantes podem se reconhecer como condutores de sua ação e da sua própria possibilidade de “ser mais” (SAMPAIO et al., 2014).

Nas Rodas de Conversa realizadas durante a pesquisa registrada no presente artigo, avaliamos que as propostas dos autores citados acima foram contempladas, o que favoreceu a construção de conhecimento, pela via da Educação em Saúde, sobre o Transtorno Afetivo Bipolar.

O conceito e a prática da Educação em Saúde estão relacionados à aprendizagem desenhada para alcançar a saúde, tornando-se necessário que esta seja voltada a atender a população de acordo com sua realidade e necessidades. Isto porque a Educação em Saúde deve provocar conflito nos indivíduos, criando oportunidade para a pessoa pensar e repensar suas ações, e ela própria transformar a sua realidade (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

Marques e Moya (2010) ensinam que, através de dinâmicas e relatos de experiências, as pessoas podem se identificar com as experiências de vida das outras. Para pessoas que sofrem com o transtorno, é possível facilitar a socialização, visto que o paciente com TAB pode sofrer alterações psicossociais, com diminuição das trocas sociais. Neste sentido, a Terapia Ocupacional pode proporcionar a descoberta de novos caminhos, novas habilidades e o resgate de potenciais, visando assim a ressignificação da vida do sujeito e buscando minimizar os impactos do TAB em sua vida e na de seus conviventes.

Na Terapia Ocupacional, acreditamos que a vida é uma rede de trocas e de relações humanas (MATSUKURA, 2016), em que a promoção da saúde é conquistada pelo vínculo criado com o paciente, pela participação e trocas de experiências no cotidiano e pela produção de outros meios de subjetivação. Corroborando com essa ideia, Kebbe et al (2010) destacam que um dos princípios norteadores da prática do terapeuta ocupacional é a ideia de que o fazer junto tem efeito terapêutico. Nas Rodas que conduzimos, portanto, tais efeitos foram possíveis pela disponibilidade de todos os participantes em criar vínculos fortes e seguros.

As Rodas de Conversa, através do compartilhamento de experiências vivenciadas, proporcionaram a construção coletiva do grupo com a participação de todos, com ampliação de laços sociais, escuta, reflexões e esclarecimento de dúvidas. Um participante trouxe expectativas de melhoras em seu quadro após o médico ajustar o lítio. Outro participante compartilhou uma pesquisa sobre o TAB e solicitou alguns esclarecimentos, sendo atendido e contemplando o grupo. Houve participante que falou do caso da escritora Virgínia Woolf, que também tinha o diagnóstico de TAB, iniciando discussão de outros casos clínicos, entre eles, de sacerdotes que fazem tratamentos psiquiátricos.

Ainda, foram realizadas atividades psicoeducativas para identificação de sintomatologia do TAB, aplicação de questionários para avaliação de conhecimentos, disponibilização de material psicoeducativo, além do compartilhamento de conhecimentos sobre os tratamentos do TAB, fatores de risco e proteção, estratégias de enfrentamento ao estigma, hábitos saudáveis, higiene do sono, entre outros assuntos transversais.

As Rodas de Conversas, portanto, possibilitaram o compartilhamento e ampliação de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas, favorecendo a adesão aos tratamentos, melhorias no prognóstico dos participantes e reabilitação psicossocial.

A ampliação de conhecimentos acerca do TAB pelos participantes foi provada pela análise das respostas dos questionários aplicados no primeiro e quinto encontros. Verificou-se que, após a última Roda de Conversa, o questionário aplicado trouxe algumas respostas mais detalhadas, com mais informações específicas sobre o TAB.

A seguir, serão apresentados os comparativos entre as respostas dos participantes às perguntas dos questionários, considerando o primeiro e o último encontros.

## Pergunta 1: O que você entende por Transtorno Afetivo Bipolar?

Respostas:

P1 (primeira avaliação): “É um transtorno que de alguma forma, traz mudanças de hábitos, formas de agir, de pensar, de se comunicar”

P1 (segunda avaliação): “É um transtorno que acomete várias pessoas, podem ter diferentes fases, como: mania, hipomania, depressão”.

P2 (primeira avaliação): “Entendo que é uma doença mental que tem mudanças e alteração de humor”.

P2 (segunda avaliação): “É uma doença que causa períodos de humor baixo e humor elevado, depressão, mania e hipomania”.

Os dois participantes trouxeram respostas com mais informações na segunda avaliação, citando os episódios do TAB e confirmando novos conhecimentos adquiridos durante as Rodas de Conversa.

## Pergunta 2: Você conhece quais são as causas do TAB?

P1 e P2 (primeira avaliação): “Não”.

P1 (segunda avaliação): *“Eu acho que existem várias, como: a situação familiar, pessoal, entre outras”*.

P2 (segunda avaliação): *“São causas genéticas e fatores que ocorre no dia a dia”*.

Os dois participantes conseguiram trazer respostas mais consistentes e coerentes com as causas do TAB, na segunda avaliação.

### **Pergunta 3: Quando você está na fase depressiva, quais os sintomas você sente?**

P1 e P2 conseguiram identificar bem os sintomas da depressão de acordo com suas particularidades, com coerência nas duas avaliações.

### **Pergunta 4: E quando você está na fase da mania, quais os sintomas você sente?**

P1, na primeira avaliação, não soube responder, deixando a questão sem resposta. Na segunda avaliação, respondeu *“Não lembro”*.

P2 (primeira avaliação): *“Alegria demais, vontade de sair de casa, vontade de fazer várias coisas, limpar casa, correr, vontade de comprar coisas”*.

P2 (segunda avaliação): *“Alegria demais, pouco sono, gastos excessivos, muita energia, fala rápida”*.

O participante 2 trouxe sintomas da mania nas duas avaliações, acrescentando novas informações advindas das trocas de experiências no grupo (gastos excessivos, pouca necessidade de sono e fala rápida na segunda avaliação).

### **Pergunta 5: Você consegue identificar os fatores que causam alterações no seu estado de humor?**

P1 (primeira avaliação): *“Não”*.

P1 (segunda avaliação): *“A fome como um ótimo exemplo, porque quando estou com fome, meu humor fica péssimo”*.

P2 não soube responder nas duas avaliações.

Esse elemento ainda pareceu pouco explorado e elaborado nas Rodas de Conversa.

### **Pergunta 6: Você sabe quais medicações está utilizando?**

P1 e P2 souberam responder adequadamente às duas avaliações.

As Rodas de Conversa não produziram mudanças nessa questão.

### **Pergunta 7: Você sabe dizer qual a indicação ou para que serve cada medicação que você usa no seu tratamento?**

P1 conseguiu responder adequadamente nas duas avaliações.

P2 (primeira avaliação): não soube responder

P2 (segunda avaliação): *“Sim”*

Houve um aumento no conhecimento do P2.

## Pergunta 8: Você sabe qual a importância da atividade física no tratamento do TAB?

P1 e P2 na primeira avaliação não souberam responder.

P1 (segunda avaliação): “Prevenir que agrave ainda mais o TAB, ajudando contra a ansiedade, sedentarismo”.

P2 (segunda avaliação): “Melhora a função do cérebro, melhora o sono e o humor”.

Houve considerações importantes e coerentes na segunda avaliação, confirmando aprendizados durante os encontros.

## Pergunta 9: Por que não é aconselhável o paciente com TAB fazer o uso de álcool e outras drogas?

P1 trouxe respostas coerentes nas duas avaliações.

P2 (primeira avaliação): “Porque o paciente pode ter crises”.

P2 (segunda avaliação): “Porque pode interferir no tratamento, fazendo o paciente correr riscos de ter crises, principalmente crises depressivas”.

Na segunda avaliação, o P2 trouxe respostas mais complexas e informações coerentes com a pergunta.

## Pergunta 10: Você sabe dizer quando um paciente com TAB deve ser encaminhado para uma hospitalização?

P1 (primeira avaliação): “Quando ele apresentar comportamentos de agressividade”.

P1 (segunda avaliação): “Acho que já é quando ele não consegue responder por si, quando necessita de tratamentos mais especiais”.

P2 (primeira avaliação): não soube responder.

P2 (segunda avaliação): “Quando ele não tem mais controle de suas ações”.

Houve a apresentação de aumento de compreensões sobre quando é preciso considerar a necessidade de internação psiquiátrica.

Como registrado anteriormente e constatado no compilado de respostas apresentado acima, houve ampliação de conhecimentos acerca do TAB pelos participantes. As Rodas de Conversa foram válidas para que eles refletissem acerca de questões importantes sobre o transtorno.

## Considerações finais

A Roda de Conversa possibilita uma proposta de pesquisa em que há intenção de trabalhar pela transformação dos sujeitos participantes durante a própria realização da pesquisa. Trata-se, ainda, de uma forma de produzir dados em que o pesquisador se insere como sujeito da pesquisa pela participação na conversa, instigando e incrementando a discussão.

Na presente pesquisa, as Rodas de Conversa realizadas possibilitaram a compreensão das informações produzidas a partir dos dados que permitiram aos participantes, para além da prática da escuta e da fala, favorecer a autonomia, a reflexão crítica e a aprendizagem.

As análises das respostas dos questionários aplicados antes do primeiro encontro e depois do último encontro permitiram verificar que houve respostas com mais informações sobre o TAB após a realiza-

ção das cinco Rodas de Conversa. Os participantes não conseguiram responder a algumas perguntas na primeira avaliação, porém conseguiram trazer informações sobre elas na segunda avaliação, confirmando ampliação de seus conhecimentos através das respostas subjetivas. Logo, o objetivo central da pesquisa foi alcançado tanto nos encontros das Rodas de Conversa quanto na análise das respostas dos dois questionários aplicados.

## Referências

AGÊNCIA BRASIL. Transtorno bipolar atinge 4% da população brasileira, estima Associação. Agência Brasil, 15/09/2013. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-09-15/transtorno-bipolar-atinge-4-da-populacao-brasileira-estima-associacao> Acesso em: 25/01/2022.

ARTEEL, P.; GOIKOLEA, J. M.; GISMONDI, R. **BiPolar Book Portuguese**, v. 8. 2011. Disponível em: <https://www.adeb.pt/files/upload/guias/bipolar-aprender-a-viver.pdf>. Acesso em: 27/01/2022.

BAPTISTA, M.T.D da S.; NOGUCHI, N.F. de C.; CALIL, S.D.B.W. A pesquisa interventiva na psicologia: análise de três experiências. **Psicol. Am. Lat.**, n.7. México, 2006. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2006000300014](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000300014) Acesso em: 03/02/2022.

BENTO, M.F.S. **O Estigma da Doença Mental e os meios de Comunicação Social**. Coimbra, 2014. **Dissertação (Mestrado)**. Faculdade de Ciências e Tecnologia Universidade de Coimbra, Faculdade de Ciências e Tecnologia. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/26881>. Acesso em: 25/01/2022.

BOSAIPO, N.B.; BORGES, V.F.; JURUENA, M.F. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.50, p. 72-84, 2017. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002870358>. Acesso em: 24/01/2022.

BRASIL, G. **SUS oferece terapia completa para Transtorno Bipolar**. Dourados Agora, 2015. Disponível em: <https://www.douradosagora.com.br/2015/03/20/sus-oferece-terapia-completa-para-transtorno-bipolar/>. Acesso em: 25/01/2022.

CARVALHO, J.A. et al. **Entendendo os Transtornos Mentais: Projeto Psiquiatria por uma Vida Melhor**. Rio de Janeiro: ABP, 2010.

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: Fundamentação & Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

COELHO, J.S.; BRAGA, G.A.B. **Roda de conversa sobre medicamentos: construindo significados para o uso racional com usuários de um serviço de saúde mental**. 2009. Disponível em: [https://bvsm.saude.gov.br/bvs/premio\\_medica/pdfs/trabalhos/mencoes/juliana\\_souza\\_trabalho\\_completo.pdf](https://bvsm.saude.gov.br/bvs/premio_medica/pdfs/trabalhos/mencoes/juliana_souza_trabalho_completo.pdf). Acesso em: 27/01/2022.

COSTA, A.M.N. Transtorno Afetivo Bipolar: carga da doença e custos relacionados. **Rev. Psiq. Clín.**, n. 35, v. 3, p. 104-110, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-486324>. Acesso em: 26/01/2022.

DEL-PORTO, J. A.; DEL-PORTO, K. O.; GRINBERG, L. P. **Transtorno bipolar: fenomenologia, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2010.

DIAS, A.A. et al. Estratégia Educativa para Enfermeiros sobre Atenção Básica à Infertilidade: Estudo de Intervenção. **Rev. Gaúcha Enferm.**, n. 33, v. 2, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/rkmjX-3VdsGJy8mLv6bxXcwB/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 03/03/2022.

GAMA, A.A.C.N. **Transtorno Bipolar e o uso de estabilizadores de humor: os problemas da adesão**. Brasília, 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Centro Universitário de Brasília, Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Curso de Psicologia. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/123456789/2770/2/20618735.pdf>. Acesso em: 27/01/2022.

GUARDA, G.M.; LUZ, T.N.; RODRIGUES, T.; BELTRAME, L. M. **A Roda de Conversa como Metodologia Educativa: o Diálogo e o Brincar oportunizando o protagonismo infantil na sala de aula.** In: Anais do Congresso Nacional de Educação “EDUCERE”, 13, p. 28-31, 2017. Disponível em: [https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2017/26991\\_13947.pdf](https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2017/26991_13947.pdf). Acesso em: 03/02/2022.

HIRATA, E.S. Estigma e depressão. **Revista Brasileira de Medicina [São Paulo]**, v. 15, n. 32, p. 19-30, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/rkmjX3VdsGJy8mLv6bxXcwB/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 26/01/2022.

KEBBE, L.M.; SANTOS, T.R.; COCENAS, R.A. Etapas constitutivas de um grupo de atividades em hospital dia psiquiátrico: um relato de experiência. **Cadernos de Terapia Ocupacional**, v.18, n.1, p. 77-88, 2010. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/336>. Acesso em: 26/01/2022.

LEAL, A. **Transtorno Bipolar atinge 4% da população brasileira, estima associação.** Agência Brasil, 2013. Disponível em: <https://memoria.ebc.com.br/noticias/saude/2013/09/transtorno-bipolar-atinge-4-da-populacao-brasileira-estima-associacao>. Acesso em: 25/01/2022.

MARQUES, C.B; MOYA, C.I.S. O **Transtorno Bipolar Afetivo e a Atuação da Terapia Ocupacional.** Anais do XIV Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino-Americano de Pós-Graduação - Universidade Vale do Paraíba, 2010. Disponível em: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2010/anais/arquivos/0671\\_1121\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/0671_1121_01.pdf). Acesso em: 26/01/2022.

MATSUKURA, T.S.; SALLES, M.M. **Cotidiano, Atividade Humana e Ocupação: Perspectivas da Terapia Ocupacional no campo da Saúde Mental.** São Carlos: EdUFSCAR, 2017.

MONTREZOR, J.B. A Terapia Ocupacional na prática de grupos e oficinas terapêuticas com pacientes de saúde mental. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar.** São Carlos, v 21, n 3, p. 529-536, 2013. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/913>. Acesso em: 01/02/2022.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; RATZKE, R. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 32, supl. 1, p. 39-48, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/V7zwMHghSdyM7P9XJ7z3S5h/?lang=pt>. Acesso em: 24/01/2022.

MOURA, H.D.S.et al. Transtorno Afetivo Bipolar: sentimentos, estigmas e limitações. **Rev. enferm. UFPE online**, n.13, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241665>. Acesso em: 26/01/2022.

OLIVEIRA, H.M.; GONÇALVES, M.J.F. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Rev. Bras. Enferm.**, n. 6, v. 57, p. 761-763, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hSpf9RWGCJ8M35k-qMk9nMWH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26/01/2022.

PORTAL ENFERMAGEM. **Transtorno Bipolar é progressivo e leva à perda da função de neurônios.** 04/12/2012. Disponível em: [https://www.portaldafenfermagem.com.br/plantao\\_read.asp?id=3266](https://www.portaldafenfermagem.com.br/plantao_read.asp?id=3266). Acesso em: 26/01/2022.

RAMOS, L.S.; BECK, C.L.C.; SILVA, G.M.; SILVA, R.M.; DISSEN, C.M. Estratégia de Roda de Conversa no Processo de Educação Permanente em Saúde Mental. UFSM – **Rev. Rene**, n.14, p. 845-853, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324028459022.pdf>. Acesso em: 27/01/2022.

SAMPAIO, J. et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface**, n.2, p. 1299-1312. 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180135777013>. Acesso em: 27/01/2022.

SORDI, B. FERNANDES, R. **Estigma em pessoas com transtornos mentais: barreira de acesso aos serviços de saúde?** Disponível em: <http://saudedireito.org/2017/03/15/estigma-em-pessoas-com-transtornos-mentais-barreira-de-acesso-aos-servicos-de-saude/>. Acesso em: 01/02/2022.

TUNG, T.C. **Descobri que meu companheiro (a) é bipolar, e agora?** ABRATA, 2014. Disponível em: <https://www.abrata.org.br/descobri-que-meu-companheiroa-e-bipolar-e-agora-2/>. Acesso em: 25/01/2022.

Recebido em 03 de junho de 2025.

Aceito em 10 de julho de 2025.