

**Perfil clínico – epidemiológico de pessoas com transtorno bipolar em internação
psiquiátrica**

**Clinical - epidemiological profile of people with bipolar disorder in psychiatric
hospitalization**

**Perfil clínico - epidemiológico de personas con trastorno bipolar en hospitalización
psiquiátrica**

Recebido: 03/08/2020 | Revisado: 13/08/2020 | Aceito: 18/08/2020 | Publicado: 22/08/2020

Gabriela Amaral de Moura Petkevicius

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7741-5867>

Centro Universitário Estácio do Ceará, Brasil

E-mail: gabi.petkevicius@hotmail.com

Kariane Gomes Cezário Roscoche

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2097-2478>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: kariane_gomes@yahoo.com.br

Aline Beatriz Sotero Soares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0514-9210>

Centro Universitário Estácio do Ceará, Brasil

E-mail: ninizinha_sotero@hotmail.com

Albertina Antonielli Sydney de Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1625-1889>

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Brasil

E-mail: albertina_sousa@unilab.edu.br

Adriana Sousa Carvalho de Aguiar

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2726-8707>

Centro Universitário da Grande Fortaleza, Brasil

E-mail: adrianasousa@unigrande.edu.br

Janiel Ferreira Felício

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5601-0086>

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Brasil

E-mail: janielfelicio1@gmail.com

Resumo

Introdução: O transtorno bipolar é uma alteração do humor que varia de um estado de depressão maior a uma euforia extrema (hipomania e mania), separado por períodos de estabilidade. Contudo, há casos onde é necessária internação hospitalar psiquiátrica, após esgotados todos os recursos extra hospitalares. **Objetivo:** Identificar o perfil clínico-epidemiológico de pessoas com transtorno bipolar em internação psiquiátrica. **Metodologia:** Análise documental, retrospectiva, quantitativa, desenvolvida em um hospital de Saúde Mental em Fortaleza-Ceará, entre março e julho de 2017. Os dados foram coletados nos prontuários dos pacientes internados entre janeiro a agosto de 2016 com diagnóstico de transtorno bipolar por meio de instrumento previamente elaborado, analisados por meio de estatística descritiva simples e discutidos com base na literatura pertinente. **Resultados e Discussões:** Analisaram-se 100 registros, observando-se perfil majoritário de mulheres (70%), solteiras (61%), faixa etária entre 26 e 35 anos (28%) e com ensino fundamental (43%); 86% das internações foram involuntárias, motivadas por atentado à própria vida (37%) e a consulta de Enfermagem identificou como principais alterações insônia, desorientação e alucinação auditiva. As internações apresentaram duração média de 16 a 30 dias e os medicamentos mais utilizados neste período foram o haloperidol, combinado com prometazina, e o lítio. Após a alta, 95% dos pacientes foram encaminhados para Centros de Atenção Psicossocial. **Conclusão:** O transtorno bipolar é uma doença crônica que demanda cuidado individualizado e direcionado à prevenção de novas hospitalizações e à promoção da Saúde Mental em seu *continuum*.

Palavras-chave: Transtorno bipolar; Enfermagem psiquiátrica; Hospitais psiquiátricos; Hospitalização.

Abstract

Introduction: Bipolar disorder is a change in mood that varies from a state of major depression to extreme euphoria (hypomania and mania), separated by periods of stability. However, there are cases where psychiatric hospitalization is necessary, after all extra-hospital resources are exhausted. **Objective:** To identify the clinical-epidemiological profile of people with bipolar disorder in psychiatric hospitalization. **Methodology:** Documentary, retrospective, quantitative analysis, developed in a Mental Health hospital in Fortaleza-Ceará, between March and July 2017. Data were collected from the medical records of patients hospitalized between January and August 2016 diagnosed with bipolar disorder by a previously elaborated instrument, analyzed using simple descriptive statistics and discussed

based on the relevant literature. Results and Discussions: 100 records were analyzed, observing the majority profile of women (70%), single (61%), aged between 26 and 35 years (28%) and with elementary education (43%); 86% of admissions were involuntary, motivated by own life attempt (37%) and the nursing consultation identified insomnia, disorientation and auditory hallucination as the main alterations. Hospitalizations had an average duration of 16 to 30 days and the most used drugs in this period were haloperidol, combined with promethazine, and lithium. After discharge, 95% of patients were referred to Psychosocial Care Centers. Conclusion: Bipolar disorder is a chronic disease that requires individualized care to preventing new hospitalizations and promoting mental health in its *continuum*.

Keywords: Bipolar disorder; Psychiatric nursing; Hospitals; Psychiatric hospitalization.

Resumen

Introducción: El trastorno bipolar es un cambio en el estado de ánimo que varía desde un estado de depresión mayor hasta euforia extrema (hipomanía y manía), separados por períodos de estabilidad. Sin embargo, hay casos en los que es necesaria la hospitalización psiquiátrica, después de que se agoten todos los recursos extrahospitalarios. Objetivo: Identificar el perfil clínico-epidemiológico de las personas con trastorno bipolar en la hospitalización psiquiátrica. Metodología: Análisis documental, retrospectivo, cuantitativo, desarrollado en un hospital de Salud Mental en Fortaleza-Ceará, entre marzo y julio de 2017. Se recopilaron datos de los registros médicos de pacientes hospitalizados entre enero y agosto de 2016 diagnosticados con trastorno bipolar a través de instrumento previamente elaborado, analizado utilizando estadísticas descriptivas simples y discutido en base a la literatura relevante. Resultados y Discusiones: Se analizaron 100 registros, observando el perfil mayoritario de mujeres (70%), solteras (61%), con edades comprendidas entre 26 y 35 años (28%) y con educación primaria (43%); el 86% de los ingresos fueron involuntarios, motivados por un atentado contra la propia vida (37%) y la consulta de enfermería identificó el insomnio, la desorientación y las alucinaciones auditivas como las principales alteraciones. Las hospitalizaciones duraron un promedio de 16 a 30 días y los medicamentos más utilizados en este período fueron haloperidol, combinado con prometazina, y litio; después del alta, el 95% de los pacientes fueron remitidos a Centros de Atención Psicosocial. Conclusión: El trastorno bipolar es una enfermedad crónica que requiere atención individualizada para prevenir nuevas hospitalizaciones y promover la salud mental en su *continuum*.

Palabras clave: Trastorno bipolar; Enfermería psiquiátrica; Hospitales psiquiátricos; Hospitalización.

1. Introdução

Segundo a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira, reforçou-se a chamada “desospitalização”, onde a reorientação da assistência hospitalar psiquiátrica direcionou as práticas para um modelo de atenção de base comunitária, territorial, amparado em uma assistência à saúde de forma contínua e assistida por equipe multiprofissional (Brasil, 2011). Nos novos espaços de cuidado, caracterizados como substitutivos à internação, destaca-se a ênfase nas práticas de promoção da saúde, desinstitucionalização, reabilitação e reinserção social das pessoas com transtorno mental, buscando romper o paradigma anterior da segregação histórica das pessoas em sofrimento psíquico pelas longas internações psiquiátricas.

Contudo, há casos extremos denominados como situações de crise, a exemplos como riscos de auto- ou heteroagressão, agressão à ordem pública, de exposição social e incapacidade grave de autocuidado, nos quais há demanda pela internação hospitalar psiquiátrica, após serem esgotados todos os recursos extra hospitalares (Barros & Serafim, 2009). Por ocasião da Reforma, o perfil epidemiológico das emergências psiquiátricas vem mudando significativamente nas últimas duas décadas, sendo, atualmente, mais atendidas inicialmente nos serviços de emergência dos hospitais gerais (Quevedo & Carvalho, 2014).

No contexto dos transtornos mentais onde existe a necessidade de internação para melhor atendimento da pessoa em sofrimento psíquico, destaca-se o transtorno bipolar (TB), caracterizado por alterações de humor que variam de um estado de depressão maior a uma euforia extrema (hipomania e mania), separados por períodos de estabilidade (Townsend, 2014). Conforme a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), o transtorno bipolar se diferencia em dois tipos principais: o Tipo I, onde a elevação do humor é grave e persistente (mania), e o Tipo II, em que a elevação do humor é mais branda (hipomania).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), o TB atinge aproximadamente 30 milhões de pessoas em todo o mundo, com risco de desenvolvimento ao longo da vida de 1,2% na população em geral e curso inicial na segunda década de vida, por volta dos 25 anos. Há equivalência da patologia entre os gêneros masculino e feminino, sendo o TB tipo I mais prevalente entre homens e o TB tipo II, em mulheres. Quanto aos aspectos socioeconômicos, há discrepância entre os estudos, ora apresentando discreta prevalência entre pessoas solteiras, de estratos mais elevados e com maior número de anos de estudo

(Townsend, 2014), ora não encontrando diferenças significativas ao se correlacionar o TB com o estado civil, a ocupação e a renda familiar (Merikangas, et al., 2011).

Fator relevante no contexto do TB diz respeito ao risco de suicídio, o qual é concretizado em torno de 15% da clientela, com destaque entre homens jovens, com histórico de tentativas anteriores, uso concomitante de substâncias psicoativas e que tiveram alta hospitalar recente (Scussel, Salvador, Brandão, Feier., (2016). Além dessa condição, cerca de 76,5% das pessoas com o diagnóstico da doença também apresentam outras comorbidades ao longo da vida, destacando-se os transtornos de ansiedade (62,9%), comportamentais (44,8%) e os relacionados ao abuso de substâncias (36,6%) (Merikangas, et al., 2011).

Há número significativo de internações psiquiátricas associadas aos diversos tipos de TB, perfazendo 15% dessas novas internações (Townsend, 2014). Além disso, o DSM-V salienta a necessidade dessa abordagem nas situações onde se observam acentuados prejuízos de ordem social ou profissional, bem como nas relações afetivas e familiares, geralmente presentes na fase maníaca.

Devido à sua cronicidade, o TB exige terapia medicamentosa para que os objetivos do tratamento sejam alcançados. Enquanto o tratamento agudo visa minimizar os sintomas do episódio em curso e reduzir o risco que o paciente possa apresentar para si ou para outros, o tratamento de manutenção objetiva prevenir recaídas futuras e ajudar o paciente a recuperar o nível de funcionamento anterior à crise, além de melhorar a saúde física e reduzir o risco de suicídio em longo prazo. Geralmente, o tratamento de manutenção é a continuidade de uma intervenção que foi eficaz na fase aguda da doença (Yatham et al., 2013).

Considerando as inúmeras medicações adotadas no manejo do transtorno, muitas vezes os pacientes não cumprem adequadamente ou abandonam a terapêutica medicamentosa, ocasionando o aparecimento dos sintomas maníaco depressivos, refletindo nos episódios de crise e consequente aumento das internações e tentativas de suicídio, com ou sem consumação do ato. Todo esse contexto leva a um intenso desgaste físico e emocional não só para o paciente, mas também para os familiares (Bosaipo, Ferreira, & Juruena, 2017).

A adesão ao tratamento medicamentoso está relacionada, principalmente, à satisfação do paciente com a medicação, à monoterapia, ao grau de escolarização e ao temor de recaídas. Em outra vertente, tanto fatores relacionados à doença (uso de substâncias, hospitalizações prévias, sintomas psicóticos e não aceitação do transtorno); quanto fatores relacionados à medicação (efeitos colaterais, não percepção de melhora diária, dificuldades com as rotinas diárias), além de atitudes dos pacientes (crenças de que a medicação é desnecessária, atitudes negativas em relação aos medicamentos, percepção de mudanças na aparência ou de

interferência nos objetivos de vida) podem estar associados à não adesão da terapia farmacológica (Devulapalli, et al., 2010).

Nesse âmbito, o enfermeiro assume papel fundamental no gerenciamento do cuidado, traçando intervenções e possibilidades para a adesão ao tratamento farmacológico, contribuindo para a redução dos sintomas e possíveis internações (Townsend, 2014). O cuidado de Enfermagem deve, portanto, desenvolver estratégias terapêuticas integradas, visando à inserção do cliente na sociedade juntamente com a família e ajudando-o a lidar com os problemas encontrados como o preconceito e a estigmatização. No contexto da internação psiquiátrica, o enfermeiro, como integrante da equipe de Saúde Mental, também presta assistência nesta mesma perspectiva de reabilitação psicossocial e reinserção nas atividades de vida diária de maneira autônoma, pautada nas demandas clínicas e psíquicas construtoras do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do cliente (Valente & Santos, 2014).

Diante do exposto, é de suma importância conhecer o perfil dos pacientes no contexto da internação psiquiátrica como forma de individualizar e direcionar o cuidado visando ao manejo adequado das crises, à prevenção de novas hospitalizações e à promoção da Saúde Mental de forma mais permanente no *continuum* do transtorno. Logo, o presente estudo objetivou identificar o perfil clínico-epidemiológico de pessoas com Transtorno Bipolar no contexto da internação psiquiátrica.

2. Metodologia

Trata-se de uma análise documental retrospectiva, descritiva e quantitativa, realizada em um Hospital Psiquiátrico de referência no estado do Ceará, entre março e julho de 2017. A instituição pertence ao Sistema Único de Saúde e dispõe de serviço de emergência psiquiátrica, dois hospitais-dia com 30 leitos cada, um núcleo de atenção à infância e adolescência, uma unidade de desintoxicação com 20 leitos masculinos e quatro unidades de internação (duas femininas e duas masculinas), com 40 leitos cada (Ceará, 2020).

Os dados foram coletados no período de março a julho de 2017. Selecionaram-se, por conveniência e aleatoriamente, 100 prontuários de pacientes internados entre janeiro a agosto de 2016 com diagnóstico de Transtorno Bipolar. Utilizou-se um instrumento de coleta previamente elaborado com questões relacionadas a dados socioeconômicos (sexo, idade, ocupação, escolaridade, renda, situação conjugal, procedência, religião e paternidade) e clínicos (tipo de internação, causa da internação, alterações referidas na avaliação de Enfermagem, tipo de acompanhamento prévio, tempo da internação, medicações em uso e

encaminhamento posterior à internação). Os dados foram agrupados em tabelas e gráficos, analisados por estatística descritiva simples e interpretados com base na literatura pertinente.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (parecer nº 1.956.693). Para o acesso aos prontuários, obteve-se o Termo de Fiel Depositário e foram respeitados os aspectos éticos preconizados pela resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a qual versa sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

3. Resultados e Discussão

O estudo compreendeu o levantamento clínico-epidemiológico de 100 prontuários de indivíduos em internação psiquiátrica por TB. A Tabela 1 a seguir apresenta as informações sócio-demográficas dos participantes.

Tabela 01. Informações sóciodemográficas de indivíduos com Transtorno Bipolar em internação psiquiátrica de janeiro a agosto de 2016. Fortaleza, 2017.

INFORMAÇÕES	n°	%
Sexo		
Feminino	70	70
Masculino	30	30
Total	100	100
Faixa etária		
menor de 18 anos	3	3
entre 18 e 25 anos	12	12
entre 26 e 35 anos	28	28
entre 36 e 45 anos	24	24
entre 46 e 55 anos	16	16
entre 56 e 65 anos	12	12
maior que 65 anos	5	5
Total	100	100
Situação conjugal		
Solteiro	61	61
Casado/união estável	26	26
Viúvo	1	1
Divorciado	12	12
Total	100	100
Escolaridade (N=85)		
Ensino fundamental	43	50,58
Ensino médio	34	40
Ensino superior	8	9,41
Total	85	85
Profissão		
Total	12	100

Fonte: Dados primários do estudo (2016).

A amostra analisada foi constituída majoritariamente de mulheres (70%), jovens, de faixa etária entre 26 e 35 anos (28%), solteiras (61%) e com ensino fundamental (43%). No que concerne ao sexo, nosso dado coaduna os estudos de Scussel et al. (2016) e Machado et al. (2010), realizados respectivamente em um ambulatório especializado da região Sul Catarinense e em uma clínica de referência para internações psiquiátricas da região Centro-Oeste de Minas Gerais, onde se apresentaram percentuais semelhantes de mulheres atendidas ou internadas (63,5%); contudo houve divergência na amostra quanto à média de idade das pacientes que foi de 45 anos.

Dados mundiais mostraram que o TB afeta homens e mulheres de forma distinta, sendo as taxas de prevalência do TB-I e do TB-subsindrômico, ao longo da vida, maiores nos homens, enquanto as mulheres apresentam taxas mais elevadas do TB-II (Merikangas, et al., 2011). Já conforme Lima et al. (2005), grandes estudos populacionais não encontraram

divergência entre os sexos no que se refere ao Transtorno Bipolar tipos I e II, porém, há diferença quanto à prevalência do espectro bipolar na relação de 1,5 mulher para cada homem.

A grande prevalência do TB em mulheres pode ser atribuída a fatores como os altos índices de violência física, sexual e psicológica que ainda ocorrem no país, além de situações unicamente relacionadas ao contexto feminino como a gravidez e o puerpério, além de outras questões de gênero. Ademais, pode-se mencionar que homens com TB procuram significativamente menos atendimento médico do que as mulheres, seja por maior resistência pessoal ou por estigma social, na proporção de 38,5% para 52,2% respectivamente (Dias, et al., 2006).

Em relação à predominância da faixa etária da amostra de nosso estudo (26 a 35 anos), observa-se que está alinhada a algumas literaturas, onde a média de idade de manifestação do TB está no início da segunda década de vida (Scussel, et al., 2016), e, após o primeiro episódio maníaco, o transtorno tende a ser recorrente (Townsend, 2014; Scussel et al., 2016).

Já no estudo de Tucci, Kerr-Correa & Dalben (2003) encontrou-se idade elevada entre as pacientes internadas, ressaltando haver maior risco de início tardio da doença entre 45 e 49 anos para as mulheres, além de seguirem com diagnóstico errado de depressão unipolar por aproximadamente dois anos, dado este semelhante ao estudo de Scussel et al., (2016) onde a depressão foi apontada como primeiro diagnóstico em 46,0% das mulheres, sendo confirmado o de TB somente após 9 anos. Inferência ao equívoco do diagnóstico de TB pode ser reforçada por Lima et al. (2005) que verificaram que o transtorno se inicia por volta dos 40 anos e essa incidência tardia está mais relacionada com a imprecisão diagnóstica, do que com a idade de apresentação dos primeiros sintomas.

A depressão como primeiro diagnóstico foi encontrada em diversos estudos, sendo a forma unipolar o principal diagnóstico errôneo, acarretando como consequências menor probabilidade de um tratamento adequado, riscos associados à medicação e altas taxas de hospitalizações e suicídio (Scussel, et al., 2016).

Quanto à situação conjugal, observamos uma amostra com 61% de solteiros e 12% de divorciados, semelhante à revisão bibliográfica realizada por Lopes (2012), onde a maioria dos pacientes encontrava-se solteira, separada ou divorciada (n= 61; 64,2 %) e a dados da APA (2014) onde foi evidenciado que solteiros, separados ou viúvas têm uma maior incidência do transtorno bipolar se comparados aos indivíduos que possuem cônjuge ou que nunca se casaram.

Tais estudos permitem inferir que esses clientes possam ter dificuldades para o estabelecimento de relações afetivas e/ou tenham pouco apoio familiar em momentos de necessidade emocional e social, como por exemplo, a dificuldade de se relacionar afetiva e socialmente com outras pessoas, podendo afirmar uma possível consequência da doença decorrente da falta de apoio (Lopes, 2012).

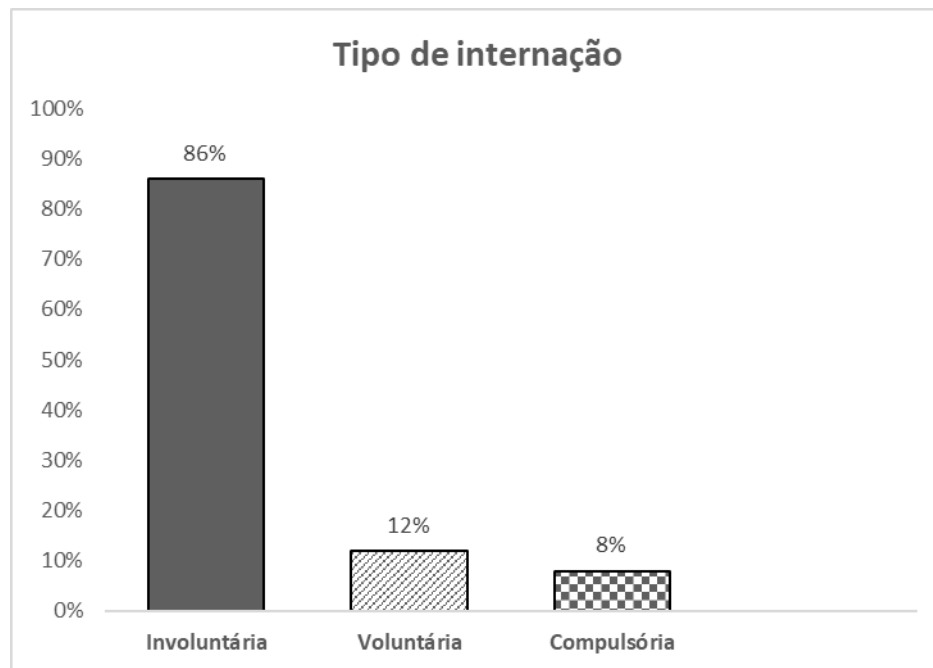
Quanto à escolaridade, nossos dados concordam com Scussel et al. (2016), com cerca de nove anos completos de estudo (ensino fundamental). A baixa escolaridade condiz com dados de um estudo transversal de base populacional realizado em comunidades, porém alguns estudos indicam que há maior predomínio de TB entre a população de maior nível de escolaridade (Lima et al, 2005). Salienta-se que poucos anos de estudo podem levar a má adesão medicamentosa e conseqüentemente maior gravidade da doença, levando a recorrência de mais episódios.

Buscaram-se, também, informações acerca da ocupação, renda familiar e religião dos clientes. Contudo, somente em relação à ocupação foram obtidos registros, perfazendo 12 prontuários com respostas, sendo esses todos aposentados. Estudo realizado em um Núcleo de Saúde Mental (NSM) no interior de São Paulo com clientes com TB e maiores de 18 anos afirma que a maioria das pessoas com o transtorno não possuíam nenhuma ocupação e em geral estavam aposentadas (Miasso, Carmo & Tirapelli, 2012).

Um estudo transversal multicêntrico nacional realizado em 2006 com clientes com TB, com amostra de 2.475 pessoas em tratamento de algum transtorno psíquico em hospital psiquiátrico ou CAPS, assemelha-se com o resultado do presente estudo. A pesquisa teve como resultado que somente 17,8% relataram estar inseridos no mercado de trabalho; quase metade dos participantes (46,6%) negou qualquer fonte de renda individual no período indicado ou obteve renda não relacionada à atividade laboral (por exemplo, auxílio do Estado, pensão, auxílio de familiares). Por fim, 35,6% afirmaram receber benefício ou aposentadoria por invalidez (Miasso, Carmo, & Tirapelli, 2012).

Outro aspecto significativo, relacionado diretamente ao quadro clínico dos clientes, é o tipo de internação realizada. O Gráfico 1 abaixo apresenta os resultados encontrados.

Gráfico 1. Tipo de internação de indivíduos com transtorno bipolar em internação psiquiátrica de janeiro a agosto de 2016. Fortaleza, 2017.



Fonte: Dados primários do estudo (2016).

Em nosso estudo, observa-se que há predominância de internações involuntárias (86%), revelando um número expressivo e que vai contra o preconizado pela Lei 10.216. Segundo esse dispositivo legal, a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes, e deverá ser acompanhada por equipe multiprofissional; além disso, somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Ainda segundo a Lei, as internações podem ser classificadas como: voluntária (que se dá com o consentimento do usuário); involuntária (dá-se sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro); e internação compulsória (determinada pela Justiça) (Barros & Serafim, 2009).

No que tange à internação involuntária e sua alta, esta deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual, via “Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária”, pelo responsável técnico do estabelecimento (Diretor clínico) no qual tenha ocorrido. A internação involuntária pode ser encerrada por solicitação expressa da família, porém em casos de risco iminente, pode ser recusada (Barros & Serafim, 2009).

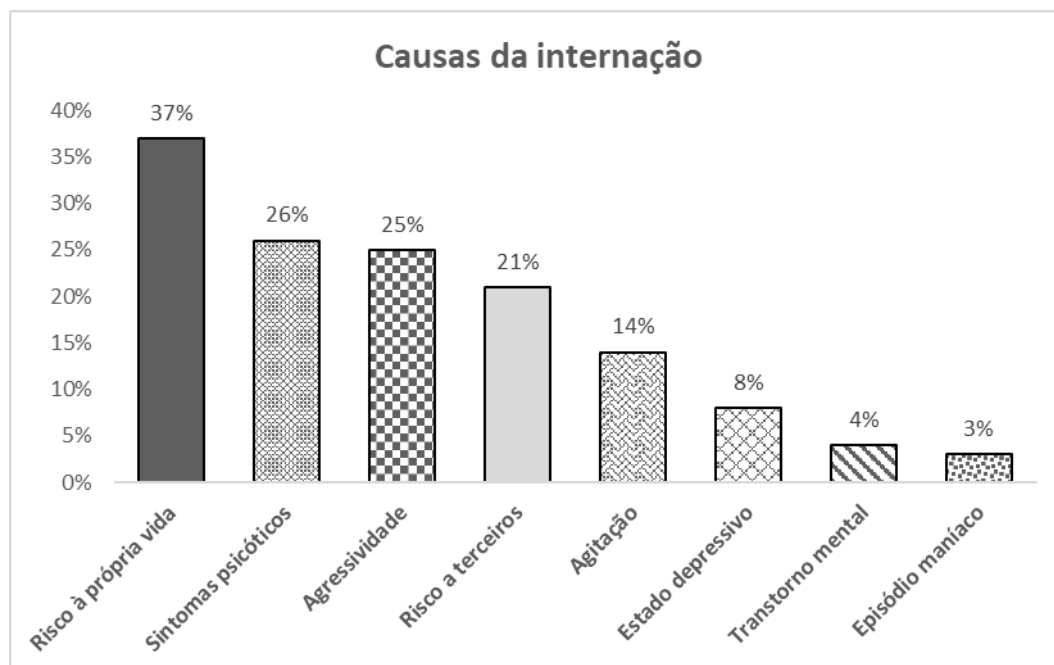
Algumas condições são diretamente relacionadas à necessidade de internação involuntária como risco de auto- ou heteroagressão e à ordem pública, risco suicida, risco de exposição social, agressividade, promiscuidade sexual, gastos excessivos, incapacidade grave de autocuidados e não adesão ao tratamento (Lima, 2007; Barros & Serafim, 2009).

É comum esse tipo de hospitalização em pessoas com TB, pelo fato da doença se caracterizar por oscilações de humor entre os polos de mania e depressão. A inadequada adesão ao tratamento e o despreparo familiar para com esses clientes corroboram o grande número de internações, pois podem apresentar uma ou mais condições citadas acima (Miasso, Carmo, & Tirapelli, 2012).

Os estudos mostram que em relação à procedência, quase metade dos pacientes acometidos por TB são oriundos da própria família, pois esta cumpre papel primordial no tratamento desse transtorno uma vez que é capaz de identificar uma crise e mobilizar recursos para procurar assistência até que o paciente tenha condições de cuidar de si mesmo. Porém, ainda se observa que, apesar da reforma psiquiátrica e o surgimento dos Serviços Substitutivos em Saúde Mental, ainda por vezes o hospital é apresentado como referência para os familiares no que condiz ao tratamento desse distúrbio psíquico (Machado, et al., 2010).

Identificar as causas das internações foi um dos elementos analisados em nosso estudo e fornece dados para justificar os tipos de hospitalização. O gráfico 2, a seguir, representa a principais causas da internação.

Gráfico 2. Causas de internação psiquiátrica entre pessoas com transtorno bipolar de janeiro a agosto de 2016. Fortaleza, 2017.



Fonte: Dados primários do estudo (2016).

Alguns pacientes apresentavam mais de uma causa justificável para a internação, e a razão predominante para tal foi o risco à própria vida (37%). Segundo o estudo de Fernandes

& Scippa (2012), o suicídio geralmente é uma complicação das doenças psiquiátricas, sendo que mais de 90% das vítimas de suicídio apresentam uma patologia psiquiátrica diagnosticável, como a maioria das pessoas que tentam suicídio. Dentre os distúrbios, os mais comumente associados ao suicídio e às tentativas de suicídio graves são os transtornos de humor (Townsend, 2014; Bosaipo, Ferreira & Juruena, 2017). Um estudo realizado em cidades americanas que avaliou o banco de dados do *Epidemiologic Cathment Area*, com mais de 18 mil pacientes, relatou uma prevalência de uma ou mais tentativas de suicídio ao longo da vida de 29,2% de pacientes com TB (Fernandes & Scippa, 2012).

Os transtornos do humor, em especial os estados depressivos, representam o diagnóstico mais frequente entre os portadores de doença mental que cometeram suicídio. Segundo a OMS, o diagnóstico de transtorno do humor pode ser feito entre 20,8% e 35,8% dos suicídios fatais, sendo a comorbidade de transtornos do humor com transtornos por uso de substância a mais frequente (Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010).

A agressividade (25%) e o risco a terceiros (21%) evidenciados como causas para a internação psiquiátrica em nosso estudo, também são mencionados na literatura (Quevedo & Carvalho, 2014; Townsend, 2014) onde se afirma que os estados patológicos de elevação do humor são acompanhados de prejuízos funcionais. O grau de incapacitação e as alterações de comportamento, como agressividade, agitação, psicose, falta de crítica e da capacidade de julgamento da realidade, além dos comprometimentos sociais e ocupacionais, chamam a atenção e levam à necessidade de intervenção médica.

A assistência de Enfermagem na identificação de alterações de comportamento é relevante e todos os clientes, no ato da internação, devem ser consultados pelo enfermeiro. Suas ações incluem a avaliação de fatores de estresse precipitantes da crise, dos estados físico e mental, do potencial suicida ou homicida e do uso de drogas. Posteriormente, deve-se realizar o planejamento da intervenção e a análise final da resolução da crise. Destarte, a melhor abordagem em situação de emergência é a escuta reflexiva, pois as pessoas em crise revelam o quanto necessitam de apoio e palavras para conceituar o significado da situação e descobrir caminhos para a sua resolução (Kondo, et al. 2011).

A Tabela 2 apresenta as principais alterações encontradas nesses clientes no contexto da consulta de Enfermagem.

Tabela 2. Alterações identificadas em pessoas com transtorno bipolar na consulta de Enfermagem para internação psiquiátrica de janeiro a agosto de 2016. Fortaleza, 2017.

ALTERAÇÕES	Nº	%
Insônia	59	59
Desorientação	49	49
Alucinação auditiva	36	36
Alucinação visual	30	30
Logorreia	25	25
Despersonalização	24	24
Pensamento desagregado	24	24
Fuga de ideias	24	24
Prejuízo de memória	20	20
remota		
Labilidade afetiva	22	22
Prejuízo de memória	16	16
recente		
Embotamento afetivo	12	12
Delírios	11	11
Agitação	4	4
Obnubilação	3	3
Discurso desorganizado	1	1
Sem alterações	5	5

Fonte: Dados primários do estudo (2016).

Cerca de 95% dos clientes apresentaram duas ou mais alterações segundo a avaliação do enfermeiro. Insônia (59%), desorientação (49%) e alucinação auditiva (36%) foram as mais encontradas. Consoante à literatura, na fase maníaca são comuns episódios que afetam o sono, tornando-o diminuído, bem como a cognição, psicomotricidade e nível de energia, tornando o humor expansivo ou eufórico; é nesta fase que ocorre o maior número de internações hospitalares de pessoas com TB (Townsend, 2014; Bosaipo, Ferreira & Juruena, 2017).

Na fase depressiva há alterações do humor, cognição, comportamento e das funções biológicas, gerando tristeza ou irritabilidade aos portadores da doença. A desesperança e a sensação de fracasso podem levá-los às tentativas de suicídio. Insônia falta de apetite, perda de energia, desinteresse em atividades, isolamento social e pouca expectativa em relação ao futuro podem aparecer de formas variadas (APA, 2013).

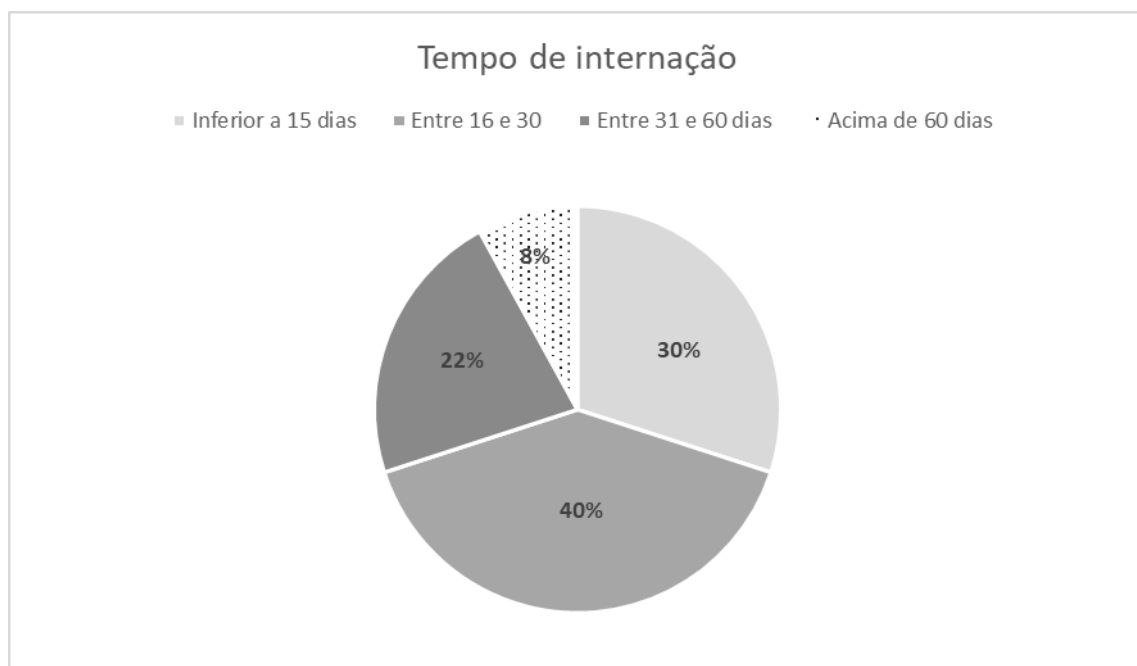
As alucinações ou falsas percepções sensoriais não associadas, como estímulos externos reais, podem envolver qualquer um dos cinco sentidos. As alucinações auditivas são falsas percepções de som, sendo mais comumente representadas por vozes, mas o indivíduo pode relatar cliques, ruídos, música e outros sons. As alucinações de comando podem colocar o indivíduo ou outros em uma situação potencialmente perigosa. “Vozes” que emitem

comandos para a violência dirigida a si ou a outros, podem ou não ser atendidas pela pessoa psicótica (Townsend, 2014).

Ressalta-se a importância da qualidade da abordagem do enfermeiro na emergência em saúde mental, considerando-se que a primeira impressão possui significativa influência, assim como o modo que a pessoa é recebida, a atenção que o profissional dispensa e a demonstração de preocupação com o paciente quando ele chega ao serviço de saúde. Essas atitudes preponderam sobre a resposta do paciente à equipe, bem como na aceitação das recomendações e adesão ao tratamento; essas influências ocorrem mesmo depois de prolongado tempo em que a pessoa tenha procurado por atendimento (Kondo, et al., 2011).

Quanto ao tempo de hospitalização, este dependerá do curso clínico da TB e engloba, principalmente, a fase do transtorno e quais sintomas são apresentados pelo indivíduo. No gráfico 3 são exibidos os dados sobre o tempo de internação dos pacientes de nosso estudo.

Gráfico 3. Tempo de internação hospitalar psiquiátrica de pessoas com transtorno bipolar de janeiro a agosto de 2016. Fortaleza, 2017.



Fonte: Dados primários do estudo (2016).

De acordo com o gráfico, o tempo médio de hospitalização (TMH) foi entre 16 e 30 dias (40%), obedecendo ao que é estabelecido pelo Ministério da Saúde, o qual afirma que o TMH é de 30 dias para uma internação de adulto (Brasil, 1990). Esses achados corroboram o estudo de Machado et al., (2010), onde o tempo médio de internação psiquiátrica de 54,4% dos pacientes foi de até 30 dias.

Cada pessoa tem sua singularidade e terapêutica a ser seguida durante o curso clínico da doença. No caso do manejo da crise é necessária a intervenção farmacológica para que o paciente seja estabilizado e, durante o período de internação, para prevenir a ocorrência de novos episódios e ajudar na recuperação do nível de funcionamento pré-mórbido, além de reduzir o risco de suicídio em longo prazo (Bosaipo, Ferreira & Juruena, 2017).

A tabela 3 a seguir apresenta os psicofármacos mais utilizados durante a internação hospitalar da amostra analisada. Todos os pacientes do estudo faziam uso de duas ou mais medicações, predominando-se o uso do haloperidol (66%), geralmente associado à prometazina, e o lítio (54%).

Tabela 3. Fármacos utilizados para o manejo do transtorno bipolar dos pacientes em internação psiquiátrica de janeiro a agosto de 2016. Fortaleza, 2017.

Fármaco	Nº	%
Haloperidol	66	66
Prometazina	54	54
Lítio	54	54
Diazepan	40	40
Depakene	33	33
Neozine	14	14
Risperidona	13	13
Amplictil	10	10
Clonazepan	10	10
Carbamazepina	9	9
Biperideno	8	8
Fluoxetina	6	6
Olanzapina	6	6
Clorpromazina	4	4
Quetiapina	3	3
Rivotril	1	1

Fonte: Dados primários do estudo (2016).

No que concerne ao tratamento farmacológico para o TB, foi publicado um conjunto de diretrizes elaboradas pela Rede Canadense para Tratamentos de Humor e Ansiedade (CANMAT), em parceria com a Sociedade para Transtorno Bipolar, baseado na revisão de evidências disponíveis na literatura da área (meta-análises e ensaios clínicos randomizados). Desta forma, a farmacoterapia de primeira escolha para o manejo de episódios agudos de mania é o lítio, divalproato, e antipsicóticos atípicos como a olanzapina, risperidona, quetiapina, aripiprazol, ziprasidona, asenapina e paliperidona (Yatham, et al., 2013).

Como tratamento de segunda linha, a carbamazepina e o haloperidol se mostraram eficazes. Esse último, é usado principalmente para controlar os casos de agressividade e agitação psicomotora, sempre associado com a prometazina (Quevedo & Carvalho, 2014)

Quanto às recomendações do CANMAT para o tratamento farmacológico de episódios depressivos agudos do TB, assumem como primeira linha o lítio, lamotrigina e quetiapina como monoterapia, ou a combinação de inibidores seletivos da receptação de serotonina com olanzapina, lítio ou divalproato, além da combinação desses dois últimos ou os mesmos combinados à bupropiona. Não são recomendados a gabapentina, o aripiprazol, e a ziprazidona em monoterapia, ou o tratamento adjunto com ziprazidona ou levetiracetam (Yatham, et al., 2013).

Apesar de ser o tratamento mais comum para os episódios depressivos no TB, o uso de antidepressivos ainda é uma área muito controversa em Psiquiatria. Desta forma, o uso de tais medicamentos não é recomendado para tratar episódios mistos ou de pacientes com história de ciclagem rápida, assim como em monoterapia para depressão bipolar em geral (Yatham, et al., 2013).

Considerando-se o exposto acima e os resultados de nosso estudo, pode-se destacar que os dois psicofármacos que merecem atenção no tratamento do TB são o lítio e o haloperidol. E é interessante salientar que, por mais eficazes que sejam, apresentam uma gama de efeitos colaterais complexos, os quais podem influenciar negativamente na adesão ao tratamento. Nesse contexto, destacam-se os cuidados de Enfermagem quanto à orientação da terapêutica medicamentosa ao paciente e seus familiares, atuando de forma facilitadora durante a fase de manutenção.

O lítio parece ter uma melhor eficácia em pacientes que apresentam quadro clássico de transtorno bipolar: história familiar positiva, sintomas do tipo grandiosidade, euforia e um rápido início do quadro maníaco, seguido de um quadro depressivo retardado. Contudo, a margem entre os níveis terapêutico e tóxico do lítio é muito estreita, o que requer avaliação de seus níveis séricos a cada 3 a 6 meses. Alguns dos sintomas de toxicidade pelo lítio são: visão turva, ataxia, náuseas e vômitos persistentes, diarreia grave, tremores e vertigens, podendo afetar o tecido miocárdico causando infarto e arritmias. Se acontecer algum desses efeitos adversos a dosagem deve ser retirada e o profissional médico notificado (Quevedo & Carvalho, 2014; Townsend, 2014).

Quanto ao haloperidol, como exposto anteriormente, é utilizado para o manejo agudo do TB onde há sinais de psicose e agitação psicomotora. Seu uso em longo prazo pode causar diversos efeitos de natureza extrapiramidal, como acatisia, parkinsonismo, distonia aguda,

tremor perioral e discinesia tardia (Quevedo & Carvalho, 2014; Townsend, 2014) e, nesse contexto, a avaliação periódica do enfermeiro se faz de extrema relevância para identificar o risco de sinais e sintomas progressivos e irreversíveis decorrentes do uso da medicação.

É importante que além da medicação, o paciente também tenha acesso a abordagens não farmacológicas. As intervenções psicossociais têm um papel importante no tratamento junto à farmacoterapia. Tem sido demonstrado que grupos de psicoeducação e psicoterapia nas abordagens cognitivo-comportamental e interpessoal apresentam efeitos benéficos no tratamento de episódios agudos de depressão, assim como no tratamento de manutenção do TB (Bosaipo, Ferreira & Juruena, 2017).

Passado o tempo de internação, o paciente deve continuar seu acompanhamento em nível ambulatorial, valendo-se dos aparelhos disponíveis na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). É importante que haja comunicação efetiva entre o hospital e o serviço onde o paciente é ou será acompanhado para dar continuidade ao tratamento e garantir a sua reinserção social (Silva, et al., 2020). Em nosso estudo, identificou-se que 95% dos pacientes foram encaminhados para algum Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) após a alta hospitalar e os 5% restantes ao hospital-dia da própria instituição.

Os CAPS são destinados a acolher os pacientes com transtornos mentais graves e persistentes e atuam na premissa de estimular a integração social e familiar dos pacientes em sofrimento, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico, além de constituírem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (Brasil, 2011). Desta forma, pode-se observar que o hospital deste estudo reforça os propósitos da Lei 10.216 e promove o fortalecimento dos serviços de base comunitária para a promoção da saúde mental e reforço à atenção psicossocial no contexto dos pacientes com transtorno bipolar.

4. Considerações Finais

Conclui-se que o perfil dos pacientes internados no hospital psiquiátrico do estudo foi formado majoritariamente por mulheres solteiras, jovens, com faixa etária entre 26 e 35 anos e ensino fundamental completo. O tipo predominante de internação foi o involuntário em decorrência de atentado contra a própria vida. A consulta de Enfermagem na admissão do paciente identificou como principais alterações insônia, desorientação e alucinação auditiva.

Esse estudo apresenta como limitação o curto período de coleta de dados, visto que a pesquisa demandava resultados em curto espaço tempo. Todavia, o tamanho amostral compreende possibilitou realizar descrição significativa da população estudada.

As internações apresentaram duração média de 16 a 30 dias e os medicamentos mais utilizados neste período foram o haloperidol, combinado com a prometazina, e lítio. Após a alta, a quase totalidade dos pacientes foi encaminhada para continuar o tratamento em Centros de Atenção Psicossocial.

Os achados deste estudo corroboram muitos dados da literatura pertinente ao tema e retratam o ainda elevado número de internações no contexto do transtorno bipolar. Coloca-se em relevo, portanto, a necessidade de reforço do acesso aos serviços de saúde da Rede de Atenção Psicossocial que tenham caráter comunitário e permitam a reinserção do indivíduo na família e comunidade como uma estratégia de proteção às crises e reforço à promoção da saúde mental.

A atuação da equipe multiprofissional nesses espaços é de singular relevância e vale destacar o papel do enfermeiro como profissional integrante do Projeto Terapêutico Singular atuando como fonte de apoio informacional – principalmente na adesão ao tratamento medicamentoso - e emocional – ao acolher o paciente bem como integrar a família ao cuidado.

Ao tecer a rede de cuidados, os trabalhadores da saúde mental rompem as fronteiras formalmente delimitadas para que a assistência atravesse a equipe e os equipamentos de saúde, por meio da utilização de recursos afetivos, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer, perfazendo um caminhar com o máximo possível de vivências positivas tanto para o profissional quanto para o portador de transtorno bipolar, contribuindo para que as crises e a necessidade de internação sejam diminuídas.

Como dificuldades encontradas neste estudo destacam-se a identificação de alguns prontuários com registros incompletos, o que deixou certos dados pouco conclusivos e a lacuna na literatura científica para embasar a discussão de alguns dados epidemiológicos. Nessa linha, deixa-se como sugestão a realização de mais estudos de base populacional para conhecer não só o perfil de pacientes com transtorno bipolar, mas também de outras psicopatologias de importância para a Saúde Mental.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, (247).

Kapczinski, F., Quevedo, J., Schmitt, R., & Chachamovich, E. (2014). Emergências psiquiátricas. In *Emergências psiquiátricas*.

Press, W. H. O., & Geneva, S. (2008). The global burden of disease: 2004 update. *World Health Organization*.

Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., & Ladea, M. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry*, 68(3), 241-251.

Scussel, F., Salvador, L. C., Brandão, L. S., & Feier, G. (2016). Perfil clínico dos pacientes com transtorno bipolar atendidos em um ambulatório especializado na região sul catarinense. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 45(4), 3-10.

Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Beaulieu, S., Alda, M., & Ravindran, A. (2013). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar disorders*, 15(1), 1-44.

Devulapalli, K. K., Ignacio, R. V., Weiden, P., Cassidy, K. A., Williams, T. D., Safavi, R., & Sajatovic, M. (2010). Why do persons with bipolar disorder stop their medication?. *Psychopharmacology bulletin*, 43(3), 5.

Ceará. Hospital de Saúde Mental de Messejana. (2020). Retrieved from: <http://www.hsmm.ce.gov.br/#recadastramento>

Machado, R. M., Quadros, J. D. S., Severino, L. D. S., Santos, R. N., & Azevedo, S. H. (2010). Transtorno afetivo bipolar-um estudo sobre a relevância na região centro-oeste de Minas Gerais. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14(4), 554-558.

Dias, R. D. S., Kerr-Corrêa, F., Torresan, R. C., & Santos, C. H. R. D. (2006). Transtorno bipolar do humor e gênero. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 33(2), 80-91.

Tucci, A. M., Kerr-Corrêa, F., & Dalben, I. (2001). Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 23(2), 79-87.

Cordioli, A. V. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. *American Psychiatric Association*, 5.

Barros, D. M., & de Padua Serafim, A. (2009). Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. *Archives of Clinical Psychiatry*, 36(4), 175-177.

Bosaipo, N. B., Borges, V. F., & Juruena, M. F. (2017). Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. *Revista FMRP-USP*, 72-84.

Kondo, É. H., Vilella, J. C., de Oliveira Borba, L., Paes, M. R., & Maftum, M. A. (2011). Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 501-507.

Bertolote, J. M., Mello-Santos, C. D., & Botega, N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 32, S87-S95.

Ministério da Saúde. (1990). Orientação para Funcionamento e Supervisão dos Serviços de Saúde Mental.

Lima, M. A. Internação involuntária em Psiquiatria: legislação e legitimidade, contexto e ação. *ÉTICA*, 115.

Lima, M. S. D., Tassi, J., Novo, I. P., & Mari, J. D. J. (2005). Epidemiologia do transtorno bipolar. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32, 15-20.

Lopes, F. L. Transtorno bipolar do humor na atualidade: resultados preliminares de um centro especializado em transtornos afetivos.

Miasso, A. I., Carmo, B. P. D., & Tirapelli, C. R. (2012). Bipolar affective disorder: pharmacotherapeutic profile and adherence to medication. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 689-695.

Silva, A. S., Felício, J. F., de Moura, I. D. S., Ferreira, L. C. C., & de Lima Carvalho, C. M. (2020). A sala de espera como espaço para a promoção da saúde no centro de atenção psicossocial. *Research, Society and Development*, 9(7), e196973759-e196973759.

Townsend, M. C. (2014). Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências. In *Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências* 956-956.

Valente, G. S. C., & Santos, F. S. (2014). A complexidade do trabalho de enfermagem no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6(1), 109-117.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Gabriela Amaral de Moura Petkevicius – 18%

Kariane Gomes Cezário Roscoche – 18%

Aline Beatriz Sotero Soares – 18%

Albertina Antonielly Sydney de Sousa – 18%

Adriana Sousa Carvalho de Aguiar – 18%

Janiel Ferreira Felício – 10%