

**UNIVERSIDADE PAULISTA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANA KARINA FRANZÉ DE OLIVEIRA
EDNA CAMPOS BERNARDES
LUCIANO BERTOLACCINI
MARIA CLAUDIA TAMBELLINI
REGINA FERREIRA DO AMARAL
REIRA MARIA DE LIMA
SELMA PEREIRA SCHNOLLER
SHIRLEY DA ROCHA AFONSO**

DISTÚRBIO BIPOLAR

**SÃO PAULO
2006**

**ANA KARINA FRANZÉ DE OLIVEIRA
EDNA CAMPOS BERNARDES
LUCIANO BERTOLACCINI
MARIA CLAUDIA TAMBELLINI
REGINA FERREIRA DO AMARAL
REIRA MARIA DE LIMA
SELMA PEREIRA SCHNOLLER
SHIRLEY DA ROCHA AFONSO**

DISTÚRBIO BIPOLAR

**Trabalho apresentado à
disciplina de Enfermagem
Psiquiátrica como requisito
parcial para a nota do 7º
semestre do curso de
graduação em Enfermagem.**

**DOCENTE:
PROF^a JULIANA NERY**

**SÃO PAULO
2006**

“Nós só podemos seguir crescendo na atividade que abraçamos e amamos se os compromissos forem mantidos, se o ideal for renovado e se a nossa capacidade de sonhar não se limitar aos problemas e for sempre maior que eles”.

RESUMO

Todos os seres humanos estão familiarizados com as emoções de alegria e tristeza. Quando se é saudável se experimenta estas emoções em resposta a um estímulo externo, isto é vivido até certo ponto apropriado para a situação.

Em contra posição indivíduos que sofrem de transtorno bipolar do humor, experimentam estas emoções em um grau muito elevado de alegria ou tristeza aparentemente não está relacionado com estímulos externos e por um longo período, podendo flutuar de uma para outra. É cada vez mais conhecido que o curso do transtorno bipolar I não é tão favorável quanto o curso do transtorno depressivo maior, o custo do transtorno bipolar I para os pacientes, suas famílias e sociedade é significativo.

SUMÁRIO

1. HISTÓRIA DA DOENÇA	5
2. ETIOLOGIA	6
2. 1 TRANSTORNO BIPOLAR I, EPISÓDIO MANÍACO ÚNICO	8
2. 2 TRANSTORNO BIPOLAR I, RECORRENTE	8
2. 3 TRANSTORNO BIPOLAR COM EPISÓDIOS MISTOS	9
2. 4 BASE GENÉTICA	9
2. 4. 1 AMINAS BIOGÊNICAS	10
2. 5 FATORES PSCOSSOCIAIS	10
3. EPIDEMIOLOGIA	11
4. TRATAMENTO	13
4. 1 SAIS DE LÍTIO	14
4. 2 ANTICONVULSIVANTES	17
4. 3 NEUROLÉPTICOS	20
4. 4 OUTROS AGENTES	20
4. 5 ELETROCONVULSOTERAPIA	20
5. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	21
5. 1 AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	21
5. 2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	21
5. 3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	22
6. CONCLUSÃO	24
7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:	25

1. História da doença

Descrição do que agora chamamos de transtorno do humor são encontradas em vários textos antigos. A história do Rei Saul, no antigo Testamento, descreve uma síndrome depressiva, assim como a história do suicídio de Ajax, na *Ilíada*, de Homero. Cerca de 400 a.C., Hipócrates usou os termos “mania” e “melancolia” para perturbações mentais. Por volta do ano 30, Aulus Cornelius Celsus descreveu a melancolia em seu trabalho *De re medicina* como uma depressão causada pela bile negra. O termo continuou sendo usado por outros autores médicos incluindo Arateus (120-180), Galeno (129-199) e Alexandre de Tralles no século VI. O médico judeu, Moses Maimonides, no século XII, considerava a melancolia como uma entidade patológica distinta. Em 1686, Bonet descreveu uma doença mental à qual chamou de *maníaco-melancholicus*. (KAPLAN, 1997)

Jules Falred, em 1854 descreveu uma condição chamada de *Folie circulaire*, onde o paciente experimenta humores alternados de depressão e mania. Por volta da mesma época, um psiquiatra francês chamado Jules Baillarger, descreveu a condição *folie à double forme*, na qual os pacientes tornam-se profundamente deprimidos e entram em um estado de estupor do qual recuperam-se eventualmente. Em 1882, o psiquiatra alemão Karl Kahlbaum, usando o termo “ciclotimia”, descreveu a mania e depressão como estágios da mesma doença. (KAPLAN, 1997)

Em 1896 Emil Kraepelin identificou a doença, elaborando o conhecimento de psiquiatras franceses e alemães anteriores, descreveu uma psicose maníaco-depressiva que continha a maioria dos critérios usados atualmente pelos psiquiatras, para diagnosticar transtorno bipolar I. Ele foi o primeiro a reconhecer a natureza cíclica desse transtorno. (KAPLAN, 1997)

2. ETIOLOGIA

Segundo Benazzi (2001), o transtorno afetivo bipolar era denominado até bem pouco tempo de psicose maníaco-depressiva. Esse nome foi abandonado principalmente porque este transtorno não apresenta necessariamente sintomas psicóticos, na verdade, na maioria das vezes esses sintomas não aparecem. Os transtornos afetivos não estão com sua classificação terminada. Provavelmente nos próximos anos surgirão novos subtipos de transtornos afetivos, melhorando a precisão dos diagnósticos. Por enquanto basta-nos compreender o que vem a ser o transtorno bipolar. Com a mudança de nome esse transtorno deixou de ser considerado uma perturbação psicótica para ser considerada uma perturbação afetiva.

Os transtornos de humor constituem um grupo de condições clínicas caracterizadas pela perda deste senso de controle e uma experiência subjetiva de grande sofrimento. O humor pode ser normal, elevado ou deprimido. As pessoas normais experimentam uma ampla faixa dos humores e têm um repertório igualmente variado de expressões afetivas; elas sentem-se no controle, mais ou menos, de seus humores e afetos. Pacientes com humor elevado, isto é, mania, mostra expansividade, fuga de idéias, sono diminuído, auto-estima elevada, e idéias grandiosas. Pacientes com humor deprimido, isto é, depressão, tem perda do apetite, e pensamentos sobre morte e suicídio. Outros sinais e sintomas de transtornos do humor incluem alterações nos níveis de atividade, capacidades cognitivas, linguagem e funções vegetativas como sono, apetite, atividade sexual e outros ritmos biológicos. Com essas alterações o funcionamento interpessoal, social e ocupacional quase sempre é comprometido. (KAPLAN, 1997)

O transtorno é dividido em diagnósticos clínicos como transtornos depressivos e bipolares. Será feito diagnóstico de transtorno bipolar para indivíduos que tiveram uma história de um ou mais episódios maníacos, geralmente com quadro anterior de depressão. Estes transtornos muitas vezes são chamados de transtornos afetivos; entretanto, a patologia crítica nesses transtornos é do *humor*, o estado emocional interno mais constante de uma pessoa, e não do afeto, a expressão externa do conteúdo emocional atual. (KAPLAN, 1997)

A depressão do transtorno bipolar é igual à depressão recorrente que só se apresenta como depressão, mas uma pessoa deprimida do transtorno bipolar não recebe o mesmo tratamento do paciente bipolar. (BENAZZI, 2001) Refere ainda que o transtorno bipolar caracteriza-se pela ocorrência de episódios de “mania” (caracterizados por exaltação do humor, euforia, hiperatividade, loquacidade exagerada, diminuição da necessidade de sono, exacerbação da sexualidade e comprometimento da crítica) comumente alternados com períodos de depressão e de normalidade. Com certa frequência, os episódios maníacos incluem também irritabilidade, agressividade e incapacidade de controlar adequadamente os impulsos.

A pessoa apresentando o quadro de mania mostra um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo, excessivamente eufórico e alegre, às vezes com períodos de irritação e explosões de raiva, contrastando com um período de normalidade, antes da doença manifestar-se. Além disto, há uma auto-estima grandiosa (com a pessoa sentindo-se poderosa e capaz de tudo), com necessidade reduzida de dormir (a pessoa dorme pouco e sente-se descansada), apresentando-se muito falante, às vezes dizendo coisas incompreensíveis (pela rapidez com que fala), não se fixando a um mesmo assunto ou a uma mesma tarefa a ser feita. (ABC DA SAÚDE, 2001).

Segundo Townsend, 2000 p.398 *os distúrbios bipolares são caracterizados por oscilações do humor da mais profunda depressão à extrema euforia (mania), com períodos intervenientes de normalidade.* Delírios ou alucinações podem ou não fazer parte do quadro clínico e o início dos sintomas pode refletir um padrão sazonal.

As fases maníacas caracterizam-se também pela aceleração do pensamento (sensação de que os pensamentos fluem mais rapidamente), distraibilidade e incapacidade em dirigir a atividade para metas definidas (embora haja aumento da atividade, a pessoa não consegue ordenar as ações para alcançar objetivos precisos). As fases maníacas, quando em seu quadro típico, prejudicam ou impedem o desempenho profissional e as atividades sociais, não raramente expondo os pacientes a situações embaraçosas e a riscos variados (dirigir sem cuidado, fazer gastos excessivos, indiscrições sexuais, entre outros riscos). Em casos mais graves, o paciente pode apresentar delírios (de grandeza ou de poder, acompanhando a exaltação do humor, ou delírios de perseguição, entre outros) e também alucinações, embora mais raramente. Nesses casos, muitas vezes, o quadro clínico é confundido com a esquizofrenia. (BENAZZI, 2001)

Durante um episódio maníaco o humor se mostra elevado, expansivo ou irritável. O distúrbio é de um grau suficiente para ocasionar alterações acentuadas no funcionamento ocupacional ou nas atividades sociais habituais, ou nas relações com os outros, ou para tornar necessária a hospitalização para impedir danos à própria pessoa e a outras. A atividade motora é excessiva e frenética.

Os pacientes com apenas episódios depressivos têm um transtorno depressivo maior, ocasionalmente chamado de depressão unipolar. Pacientes com episódios tanto maníacos quanto depressivos e pacientes apenas com episódios maníacos têm transtorno bipolar I. (KAPLAN, 1997)

O mesmo autor refere que o termo transtorno bipolar I é sinônimo para o que era conhecido como transtorno bipolar - isto é, uma síndrome com um conjunto completo de sintomas de mania durante o curso do transtorno. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV - formalizou os critérios diagnósticos para um transtorno conhecido como transtorno bipolar II, caracterizado pela presença, durante o curso do transtorno, de episódios depressivos e episódios hipomaníacos – isto é, episódios de sintomas maníacos

que não satisfazem plenamente os critérios diagnósticos para uma síndrome maníaca completa. A DSM-IV especifica que os episódios maníacos claramente precipitados por tratamento com antidepressivos não são indicativos de transtorno bipolar I.

Benazzi (2001) refere que o diagnóstico diferencial deve ser feito com base na história pessoal (na doença bipolar, os quadros são agudos e seguidos por períodos de depressão ou de remissão) e familiar (com certa frequência, podem ser identificados quadros de mania e depressão nas famílias).

Se Aceita a divisão do transtorno afetivo bipolar em dois tipos: o tipo I e o tipo II. O tipo I é a forma clássica em que o paciente apresenta os episódios de mania alternados com os depressivos. As fases maníacas não precisam necessariamente ser seguida por fases depressivas, nem as depressivas por maníacas. Na prática observa-se muito mais uma tendência dos pacientes a fazerem várias crises de um tipo e poucas do outro, há pacientes bipolares que nunca fizeram fases depressivas e há deprimido que só tiveram uma fase maníaca enquanto as depressivas foram numerosas. O tipo II caracteriza-se por não apresentar episódios de mania, mas de hipomania com depressão. (BENAZZI, 2001)

2. 1 Transtorno bipolar I, episódio maníaco único

De acordo com o DSM-IV, os pacientes devem estar passando por seu primeiro episódio maníaco para satisfazerem os critérios para este diagnóstico. A lógica repousa no fato de que os pacientes que estão tendo a primeira depressão de seu primeiro episódio de transtorno bipolar I não podem ser diferenciados de transtorno depressivo maior. (KAPLAN, 1997)

2. 2 Transtorno bipolar I, recorrente

Kaplan (1997) refere que as questões envolvendo a definição do término de um episódio depressivo também se aplicam à definição do término de um episódio maníaco. No DSM-IV, dois episódios são considerados distintos, se separados por, pelo menos, dois meses sem sintomas significativos de mania ou hipomania. O DSM-IV especifica critérios diagnósticos para transtorno bipolar I recorrente com base nos sintomas do episódio mais recente: transtorno bipolar.

2. 3 Transtorno bipolar com episódios mistos

É utilizado como diagnóstico para pacientes com todos os critérios para um episódio depressivo maior e todos os critérios para um episódio maníaco são reunidos ao mesmo tempo. (KAPLAN, 1997)

O mesmo autor acima citado refere que para muitos, mas não para todas as pessoas com transtorno bipolar, o começo da mania ou hipomania pode ser uma experiência agradável. O seu humor melhora consideravelmente; eles se sentem energizados, excitados e otimistas. Para outros, mania e hipomania começam com irritabilidade e agitação. Sentimentos de disforia e euforia podem também alternar rapidamente em algumas pessoas que estão entrando em um episódio maníaco. Em episódios mistos, rápidas mudanças podem ocorrer entre bom humor e extrema irritabilidade. Pacientes que experimentam esses episódios maníacos disfóricos ou mistos relatam que eles são incapazes de prever o seu humor de uma hora para outra durante esses episódios. Eles alertam para pensamentos acelerados e pensamentos intermitentes de tristeza grave.

A disforia pode ou não estar associada com uma maior velocidade ou conteúdo do discurso. Pacientes podem experimentar extrema fadiga e desejar descansar, mas são incapazes de colocar suas mentes a descansar ou desprender de uma variedade de atividades. Eles têm a experiência desconfortável e desagradável de serem direcionados a envolverem-se em mais e mais atividades, enquanto se sentem mais e mais infelizes. (KAPLAN, 1997)

Episódios maníacos, hipomaníacos ou mistos habitualmente aparecem durante um período de dias até semanas. A natureza e a severidade da sintomatologia (especialmente episódios maníacos) podem impedir efetiva intervenção pelo paciente sozinho. Para algumas pessoas, há uma seqüência típica da progressão dos sintomas a um estado maníaco ou hipomaníaco, iniciando com um sintoma (insônia) e progredindo a outros (aumento do interesse sexual, sentimento de euforia). Mudanças nos padrões de pensamento, processo cognitivo ou preocupação com certas idéias pode ser parte dessa progressão. Alguns são conscientes dessas mudanças cognitivas e podem dizer: "Aqui vou eu de novo. Eu sempre começo pensando dessa maneira quando eu estou ficando maníaco". Esse reconhecimento pode ser um passo importante em agir apropriada e precocemente para controlar os sintomas. (KAPLAN, 1997)

2. 4 BASE GENÉTICA

Existe uma taxa maior de distúrbios bipolares e ciclotimia em parentes de pacientes com distúrbios bipolares, em comparação com os parentes de pacientes com depressão significativa ou população geral.

Estudos em gêmeos apóiam um marcador genético para os distúrbios bipolares. O defeito genético pode envolver o “marca-passo circadiano” ou sistemas que modulam.

2. 4. 1 AMINAS BIOGÊNICAS

Os pacientes com distúrbios bipolares podem ter noradrenalina plasmática, MHPG urinário e captação de serotonina plaquetária mais baixos e concentrações hemáticas/plasmáticas de lítio mais altas do que as populações unipolares.

Uma patologia do sistema límbico, dos gânglios basais e do hipotálamo foi proposta com contribuindo para o surgimento dos distúrbios do humor.

2. 5 FATORES PSCOSSOCIAIS

Os estressores psicossociais parecem desempenhar um papel importante no início da enfermidade, em combinação com a estimulação elétrica e os modelos de sensibilização comportamental.

Mania e hipomania foram encaradas pelos teóricos psicanalíticos como um mecanismo de defesa contra a depressão.

3. Epidemiologia

Segundo Porto (2002), estudos epidemiológicos (como o “National Comorbidity Survey”, nos Estados Unidos) indicam que o transtorno bipolar é relativamente freqüente (prevalência de 1,6% para o tipo I, e de 0,5% para o tipo II). A idade média de início dos quadros bipolares situa-se logo após os 20 anos, embora alguns casos se iniciem ainda na adolescência e outros possam começar mais tardiamente (após os 50 anos). Os episódios maníacos costumam ter início súbito, com rápida progressão dos sintomas; freqüentemente os primeiros episódios ocorrem associados a estressores psicossociais. Com a evolução da doença, os episódios podem se tornar mais freqüentes, e os intervalos livres podem se encurtar. Para algumas mulheres, o primeiro episódio maníaco pode acontecer no período puerperal.

Benazzi (2001) refere que o início desse transtorno geralmente se dá em torno dos 20 a 30 anos de idade, mas pode começar mesmo após os 70 anos. O início pode ser tanto pela fase depressiva como pela fase maníaca, iniciando gradualmente ao longo de semanas, meses ou abruptamente em poucos dias, já com sintomas psicóticos o que muitas vezes confunde com síndromes psicóticas. Além dos quadros depressivos e maníacos, há também os quadros mistos (sintomas depressivos simultâneos aos maníacos) o que muitas vezes confunde os médicos retardando o diagnóstico da fase em atividade.

Nos últimos anos, tem-se reconhecido a importância dos quadros de “hipomania” (quadros de mania mitigados, que não se apresentam com a gravidade dos quadros de mania propriamente ditam). Os quadros caracterizados por hipomania e pela ocorrência de episódios depressivos maiores têm sido chamados de “transtorno visto que o uso de antidepressivos pode agravar seu curso, assim como também ocorre na doença bipolar com fases maníacas típicas (tipo I). No transtorno bipolar (tipos I ou II) são recomendados os estabilizadores do humor. Nas fases mais agudas, é recomendado o uso de neurolépticos atípicos (como a olanzapina ou a risperidona) ou, por razões práticas, os neurolépticos clássicos (como o haloperidol ou a clorpromazina), em que pese o perfil de efeitos colaterais. (BENAZZI, 2001)”.

Abc da saúde (2001) expõe que a base da causa para a doença bipolar do humor não é inteiramente conhecida, assim como não o é para os demais distúrbios do humor. Sabe-se que os fatores biológicos (relativos a neurotransmissores cerebrais), genéticos, sociais e psicológicos somam-se no desencadeamento da doença. Em geral, os fatores genéticos e biológicos podem determinar como o indivíduo reage aos estressores psicológicos e sociais, mantendo a normalidade ou desencadeando doença. O transtorno bipolar do humor tem uma importante

característica genética, de modo que a tendência familiar à doença pode ser observada.

O mais chamativo da doença bipolar do humor são os episódios de mania que podem alternar-se, geralmente ao longo dos anos, com a depressão. Os episódios começam a manifestar-se em geral por volta dos 15 a 25 anos de idade, com muitos casos de mulheres podendo ter início entre os 45 e 50 anos. A frequência em homens e mulheres, contudo, é a mesma. (ABC DA SAÚDE, 2001)

4. tratamento

Os membros da família ou outras pessoas próximas aos pacientes podem ajudá-los a reconhecer quando sintomas maníacos ou hipomaníacos estão retornando. Os familiares podem freqüentemente reconhecer o começo dos sintomas hipomaníacos em pacientes antes que estes estejam conscientes de suas próprias mudanças no humor ou ações. Se os familiares apóiam e ajudam, mais do que criticam, os pacientes podem contar com suas observações para ajudar a determinar se as progressões dos sintomas estão de acordo com o desenvolvimento de um episódio maníaco ou hipomaníaco e se uma intervenção adicional é necessária. (KAPLAN, 1997)

O mesmo autor refere ainda que enquanto isso parece simples, há freqüentemente considerável tensão entre o paciente e outros familiares em torno do aparecimento dos sintomas maníacos. Para a pessoa que tem estado deprimida por algum tempo, uma alteração fora da depressão pode ser confundida com hipomania pelos outros.

As alterações cognitivas da hipomania podem ser sutis e facilmente confundidas com "tendo um bom dia". Quando incerto, o monitoramento. (KAPLAN, 1997)

Benazzi (2001), o lítio é a medicação de primeira escolha, mas não é necessariamente a melhor para todos os casos. Freqüentemente é necessário acrescentar os anticonvulsivantes como o tegretol, o trileptal, o depakene, o depakote, o topamax.

Nas fases mais intensas de mania pode se usar de forma temporária os antipsicóticos. Quando há sintomas psicóticos é quase obrigatório o uso de antipsicóticos. Nas depressões resistentes pode-se usar com muita cautela antidepressivos. Há pesquisadores que condenam o uso de antidepressivo para qualquer circunstância nos pacientes bipolares em fase depressiva, por causa do risco da chamada "virada maníaca", que consiste na passagem da depressão diretamente para a exaltação num curto espaço de tempo. (BENAZZI, 2001)

Benazzi (2001) refere que o tratamento com lítio ou algum anticonvulsivante deve ser definitivo, ou seja, está recomendado o uso permanente dessas medicações mesmo quando o paciente está completamente saudável, mesmo depois de anos sem ter problemas. Esta indicação se baseia no fato de que tanto o lítio como os anticonvulsivantes podem prevenir uma fase maníaca poupando assim o paciente de maiores problemas. Infelizmente o uso contínuo não garante ao paciente que ele não terá recaídas, apenas diminui as chances disso acontecer.

Pacientes hipertensos sem boa resposta ao tratamento de primeira linha podem ainda contar com o verapamil, uma medicação muito usada na cardiologia para

controle da hipertensão arterial que apresenta efeito anti-maniaco. A grande desvantagem do verapamil é ser incompatível com o uso simultâneo do lítio, além da hipotensão que induz nos pacientes normotensos. (BENAZZI, 2001)

4. 1 Sais de lítio

Depois de 50 anos de sua introdução na prática psiquiátrica, os sais de lítio permanecem como o tratamento de escolha para a maioria dos casos de mania aguda e para a profilaxia das recorrências das fases maníaco-depressivas. Na mania aguda, a eficácia do lítio situa-se, conforme o tipo de pacientes incluídos, entre 49% (estudo de apenas 3 semanas, incluindo casos anteriormente resistentes) e 80% dos casos, mostrando-se mais específico do que os neurolépticos na redução dos sintomas nucleares da mania (exaltação do humor, aceleração do pensamento e idéias de grandiosidade); em contraposição, os neurolépticos mostram-se mais rápidos e eficazes no controle da hiperatividade e da agitação psicomotora, sugerindo que sua ação se devesse a uma sedação mais inespecífica. Numerosos estudos controlados confirmam a eficácia do lítio na profilaxia de ambas as fases (maníacas e depressivas) do transtorno bipolar. As manias típicas, assim como os episódios de mania são seguidos por eutímia e depressão (M-E-D). Os pacientes com mania mista (mesclada com sintomas depressivos), mania disfórica (com marcada irritabilidade) e com cicladores rápidos (aqueles com mais de quatro ciclos em um ano) não respondem tão bem ao lítio; para esses pacientes, o divalproex (ácido valpróico/valproato) ou a carbamazepina podem se constituir em melhor indicação. (Porto, 2002)

Levando-se em conta a estreita faixa terapêutica, assim como as variações na excreção do lítio, recomenda-se a monitoração periódica de seus níveis séricos, mais freqüente no início do tratamento ou quando as doses forem alteradas ou a qualquer momento, desde que haja indícios ou suspeita de intoxicação pelo lítio. A dosagem do lítio deve ser feita sempre 12 horas após a última ingestão do comprimido de lítio. Em geral, dosam-se os níveis sérios cinco a sete dias após o início (quando o lítio atinge seu steady state), depois a cada sete ou 14 dias, passando-se ao controle posterior a cada dois ou três meses, nos primeiros seis meses, e a cada quatro ou, no mínimo, a cada seis meses, posteriormente. Os níveis recomendados ao tratamento situam-se entre 0,6 mEq/l a 1,2 mEq/l. O teto mais alto (1,2 mEq/l) é reservado para os estados agudos; para a manutenção, doses entre 0,6 mEq/l e 0,8 mEq/l são geralmente suficientes, procurando-se manter o paciente com as menores doses necessárias para a profilaxia (alguns pacientes se dão bem com 0,4 mEq/l, já outros, eventualmente, precisam de doses maiores do que 0,8 mEq/l). Em geral, inicia-se o tratamento com 300 mg à noite, aumentando-se as doses gradativamente até alcançar os níveis séricos desejados, levando-se em conta a tolerabilidade do paciente aos efeitos colaterais. A dosagem dos hormônios tiroideanos deve ser feita a cada seis ou doze meses, assim como a monitoração da função renal. O carbonato de lítio é disponível, no campo da psiquiatria, em comprimidos (carbolitium) de 300 mg e

preparados de liberação lenta (carbolitium CR) de 450 mg. Os preparados convencionais têm seu nível sérico máximo alcançado dentro de uma hora e meia a duas horas; os preparados de liberação lenta alcançam seu pico dentro de quatro a quatro horas e meia. O lítio é excretado quase inteiramente pelos rins, com meia-vida entre 14 a 30 horas. As preparações convencionais podem ser administradas em duas tomadas diárias, podendo as de liberação lenta ser utilizadas em dose única (nesses casos, os níveis séricos matinais estarão aumentados em até 30%), geralmente à noite. Usando-se doses maiores, mesmo o preparado de liberação lenta é mais comumente utilizado em duas tomadas diárias. (Porto, 2002)

Segundo Porto (2002), antes de se iniciar o tratamento, o paciente deve ser avaliado pelo exame físico geral e por exames laboratoriais que incluem: hemograma completo; eletrólitos (Na⁺, K⁺); e avaliação da função renal (uréia, creatinina, exame de urina tipo I) e da função tiroideana (T3, T4 e TSH). Em pacientes com mais de 40 anos ou com antecedentes de doença cardíaca, recomenda-se solicitar eletrocardiograma (depressão do nó sinusal e alterações da onda T podem surgir em decorrência do lítio, e é conveniente obter-se um traçado inicial para comparação posterior). Como o lítio freqüentemente acarreta polidipsia e poliúria (por antagonizar os efeitos do hormônio antidiurético), deve-se também solicitar dosagem da glicemia antes de sua introdução. Algumas vezes, o diabetes mellitus pode passar despercebido; o psiquiatra julga que a polidipsia e poliúria devem-se, exclusivamente, ao esperado diabetes insipidus produzido pelo lítio, quando, na verdade, o primeiro pode também estar presente.

O mesmo autor refere que as queixas relativas aos efeitos colaterais mais comuns são: sede e poliúria; problemas de memória; tremores; ganho de peso; sonolência/cansaço, e diarreia. No início do tratamento, são comuns: azia; náuseas; fezes amolecidas, assim como a sensação de peso nas pernas e cansaço, desaparecendo com o tempo. Diarreia e tremores grosseiros, aparecendo tardiamente no curso do tratamento, podem indicar intoxicação e requerem imediata avaliação.

Dentre os efeitos colaterais tardios do lítio, os efeitos sobre a tireóide merecem particular atenção; o desenvolvimento de um hipotireoidismo clinicamente significativo ocorre em até 5% dos pacientes (em alguns casos, chegando ao bócio), enquanto elevações do TSH chegam a 30% dos casos. Muitas vezes, a complementação com hormônios da tireóide (mais comumente T4) torna desnecessária a interrupção do uso do lítio, mas, eventualmente, o médico precisará mudar para outro estabilizador do humor. O lítio pode aumentar os níveis séricos do cálcio, e a associação com anormalidades da paratireóide pode ocorrer, embora mais raramente. Outros efeitos são: edema; acne; agravamento de psoríase; tremores (eventualmente tratados com beta-bloqueadores); e ganho de peso (25% dos pacientes em uso do lítio tornam-se obesos, razão pela qual nunca será demais insistir precocemente em cuidados relativos à dieta e aos exercícios). Cumpre notar também que o lítio pode diminuir o limiar convulsígeno e, em alguns casos, pode causar ataxia, fala pastosa e síndrome extrapiramidal

(particularmente em idosos). Os efeitos renais do lítio incluem aumento da diurese, conseqüente à diminuição da capacidade de concentração da urina e oposição à ação do hormônio antidiurético (ADH); fala-se em diabetes insipidus, quando os pacientes produzem mais que três litros de urina por dia. O lítio pode causar nefrite intersticial, a qual geralmente não tem importância clínica. As alterações cardíacas são geralmente benignas e incluem achatamento ou possível inversão da onda T, diminuição da frequência cardíaca e, raramente, arritmias. Casos isolados de disfunção do nó sinusal têm sido descritos que eventualmente podem ocasionar síncope; esses eventos são mais comuns em idosos. Leucocitose pode se desenvolver, não se constituindo, em geral, em motivo de preocupação. Efeitos teratogênicos (anomalias da tricúspide e dos vasos da base) têm sido associados ao uso do lítio, particularmente, no primeiro trimestre da gravidez; o uso do lítio, ao fim da gravidez, pode fazer com que o bebê nasça com hipotonia (síndrome do floppy baby). (Porto, 2002)

As intoxicações pelo lítio costumam ocorrer com concentrações séricas acima de 1,5 mEq/l, e podem ser precipitadas por desidratação, dietas hipossódicas, ingestão excessiva de lítio, alterações na excreção renal ou interação com outros medicamentos que aumentam seus níveis séricos (antiinflamatórios, diuréticos etc.). Constituem-se em sinais e sintomas da intoxicação pelo lítio: sonolência; fasciculações musculares; tremores mais grosseiros; hiper-reflexia; ataxia; visão turva; fala pastosa; arritmias cardíacas; e convulsões. Recomenda-se a estrita monitoração dos níveis séricos. Em casos leves, basta a manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico, eventualmente, forçando-se a diurese com manitol, e alcalinizando-se a urina. A diálise pode ser requerida em intoxicações mais graves (níveis séricos maiores do que 4 mEq/l ou na dependência do estado geral e da função renal do paciente). (Porto, 2002)

Refere ainda que interações farmacológicas podem aumentar os níveis séricos do lítio, como a carbamazepina, os diuréticos (tiazídicos, inibidores da enzima conversora ou antagonistas da aldosterona), e os antiinflamatórios não-esteróides (ibuprofeno, diclofenaco, indometacina, naproxen, fenilbutazona, sulindac). Os neurolépticos podem potencializar o aparecimento de síndrome extrapiramidal, assim como, em casos mais raros e com litiemias mais elevadas, desenvolver síndrome cerebral orgânica, quando em doses mais altas (principalmente aqueles de alta potência, como o haloperidol). Os antiarrítmicos, principalmente os de tipo quinidínico, podem potencializar os efeitos sobre a condução cardíaca.

Cumprir notar que o uso de antidepressivos (em especial os tricíclicos) pode causar mudança para a fase maníaca em pacientes bipolares, ainda quando em uso concomitante de lítio, além de poderem eliciar o aparecimento de ciclos rápidos e de episódios mistos. O tratamento da depressão nos pacientes bipolares deve ser tentado antes com estabilizadores do humor, empregando-se, eventualmente, também o bupropion ou IMAOs (com as cautelas requeridas para esse grupo de pacientes) ou também a ECT, nos casos resistentes aos tratamentos habituais (retirando-se previamente o lítio). (Porto, 2002)

4. 2 Anticonvulsivantes

O valproato ou o divalproex (um composto contendo iguais proporções de ácido valpróico e valproato de sódio) têm sido amplamente utilizados, nos últimos anos, para o tratamento do transtorno bipolar. Existem estudos controlados mostrando sua eficácia no tratamento da mania aguda; há também dados indicando que o valproato pode ser mais eficaz do que o lítio para a mania mista e para os cicladores rápidos. Embora faltem estudos controlados sobre o uso do valproato na manutenção, existem estudos abertos e naturalísticos que apontam para sua eficácia também na profilaxia da mania e da depressão. Há menos evidências que sustentem o uso do valproato no tratamento da depressão bipolar, embora alguns estudos sugiram certa eficácia. O valproato ou o divalproex podem ser combinados com o lítio. Respeitando-se as interações farmacocinéticas, eventualmente, o valproato ou o divalproex podem ser combinados também com a carbamazepina, nos casos resistentes à monoterapia. Efeitos colaterais comuns do valproato incluem: sedação; perturbações gastrointestinais; náusea; vômitos; diarreia; elevação benigna das transaminases; e tremores. Leucopenia assintomática e trombocitopenia podem ocorrer. Outros efeitos incluem: queda de cabelo (às vezes acentuada) e aumento do peso e do apetite. Em alguns casos, a leucopenia pode ser severa e acarretar a interrupção do tratamento. Efeitos idiossincráticos incluem o desenvolvimento de ovários policísticos e hiperandrogenismo. Casos de morte, embora raros, têm sido descritos devido a hepatotoxicidade, pancreatite e agranulocitose. Os pacientes ou seus responsáveis devem ser advertidos a respeito dos sinais e sintomas precoces dessas raras complicações. A intoxicação com doses excessivas eventualmente requer hemodiálise, além das medidas de suporte e, às vezes, do naltrexone. O valproato deve ser iniciado com doses baixas (250 mg por dia), titulando-se a dose em aumentos graduais de 250 mg com espaço de alguns dias, até a concentração sérica de 50 microgramas a 100 microgramas por ml (não se excedendo a dose de 60 mg/kg por dia). Controles dos níveis séricos, do hemograma e das enzimas hepáticas são requeridos. Os níveis séricos do valproato podem ser diminuídos pela carbamazepina e aumentados por drogas como a fluoxetina. O valproato aumenta os níveis séricos do fenobarbital, da fenitoína e dos tricíclicos. A aspirina desloca o valproato de sua ligação às proteínas, aumentando sua fração livre. (Porto, 2002)

Segundo Porto (2002), a carbamazepina (CBZ) tem sido utilizada no transtorno bipolar desde a década de 1970; estudos controlados sugerem taxa de resposta, na mania aguda, em torno de 61%. A CBZ tem sido menos estudada no tratamento da depressão bipolar, embora alguns estudos dêem suporte a sua utilização. Quatorze estudos controlados (ou parcialmente controlados) sugerem que a CBZ possa ser eficaz na profilaxia da doença bipolar, em que pesem algumas limitações metodológicas. Embora os níveis plasmáticos eficazes diferem muito entre os indivíduos, em geral, preconizam-se os níveis entre 4 a 12 microgramas por ml. Como a CBZ induz ao aumento de seu próprio metabolismo,

suas doses devem ser ajustadas depois de algum tempo, para que os níveis no sangue sejam mantidos. Deve-se lembrar que a indução de enzimas hepáticas pela carbamazepina reduz os níveis de várias outras substâncias (como os hormônios tiroideanos) e medicamentos, entre os quais os anticoncepcionais, cujas doses devem ser reajustadas, em acordo com o ginecologista.

O mesmo autor citado acima refere que entre os efeitos colaterais da CBZ estão: diplopia, visão borrada, fadiga, náusea e ataxia. Esses efeitos geralmente são transitórios, melhorando com o tempo e/ou com a redução da dose. Menos freqüentemente observam-se “rash” cutâneo, leucopenia leve, trombocitopenia leve, hipoosmolaridade e leve elevação das enzimas hepáticas (em 5% a 15% dos pacientes). Caso os níveis da leucopenia e a elevação das enzimas hepáticas se agravem, a CBZ deve ser interrompida. A hiponatremia deve-se à retenção de água devido ao efeito antidiurético da CBZ, mais comum nos idosos; às vezes, a hiponatremia leva à necessidade de interromper o uso desse medicamento. A CBZ pode diminuir os níveis de tiroxina e elevar os níveis do cortisol. No entanto, raramente esses efeitos são clinicamente significativos. Efeitos raros, mas potencialmente fatais, incluem: agranulocitose, anemia aplásica, dermatite esfoliativa (por exemplo, Stevens-Johnson) e pancreatite. Os pacientes devem ser alertados sobre os sinais e sintomas que precocemente fazem suspeitar dessas condições. Muito raramente pode ocorrer insuficiência renal e alterações da condução cardíaca. Os cuidados prévios na introdução da CBZ incluem, além da anamnese a respeito de história prévia de discrasias sangüíneas e doença hepática, hemograma completo, enzimas hepáticas, bilirrubinas, fosfatase alcalina, eletrólitos (dado o risco de hiponatremia) e avaliação da função renal. As doses devem ser iniciadas aos poucos (100 mg/dia a 200 mg/dia, inicialmente), aumentando-se gradualmente até atingir níveis séricos compatíveis ou melhora terapêutica; as doses devem ser divididas em três ou quatro tomadas, aumentando-se o intervalo para as preparações de liberação lenta. Doses superiores a 1.200 mg/dia não são geralmente recomendadas. Inicialmente monitoram-se o hemograma e a função hepática a cada duas semanas, nos primeiros dois meses, e, posteriormente, a monitoração ocorre a cada três meses. Muitas das condições descritas acima não são previstas por meio desses exames, devendo os pacientes serem instruídos a relatar os sintomas precoces de cada condição potencialmente perigosa (leucopenia, quadros alérgicos, icterícia, entre outros sintomas).

Porto (2002), novos anticonvulsivantes têm sido testados no transtorno bipolar, como a oxcarbazepina, a lamotrigina, a gabapentina e o topiramato. Ainda não existem muitos estudos controlados com esses medicamentos, o que faz com que sejam empregados com cautela e para casos resistentes aos tratamentos já estabelecidos.

A oxcarbazepina é o 10- ceto análogo da carbamazepina (CBZ), que em contraste com esta, não induz ao aumentado metabolismo oxidativo hepático. Aparentemente, a oxcarbazepina causa menos sedação e “rash” cutâneo do que a CBZ, assim como não eleva as enzimas hepáticas na mesma freqüência do que a

CBZ. Alguns estudos controlados indicam sua eficácia na mania aguda, podendo eventualmente substituir a CBZ, quando ela não for bem tolerada. Faltam, no entanto, estudos referentes à depressão e à profilaxia do transtorno bipolar. As doses utilizadas, em diferentes estudos, têm variado entre 600 mg/dia a 2.400 mg/dia, administradas em dois a três tomadas diárias; o aumento das doses deve ser gradual. (Porto, 2002)

A lamotrigina é um anticonvulsivante da classe da feniltiazina, que tem se mostrado eficaz no tratamento do transtorno bipolar, incluindo os estados mistos e os cicladores rápidos. De especial importância reveste-se o estudo randomizado e controlado, realizado por Calabrese et al (1999), que mostrou a eficácia da lamotrigina no tratamento da depressão bipolar. Seus efeitos colaterais incluem: tonturas, ataxia, sonolência, cefaléia, diplopia, náuseas, vômitos e “rash” cutâneo. A lamotrigina pode reduzir a concentração do ácido fólico. A diminuição do ácido fólico, por sua vez, tem sido relacionada à teratogênese. Por essa razão, a lamotrigina não deve ser usada durante a gestação. Os autores advertem o risco de “rash” cutâneo, que pode ser grave, e alertam para a possibilidade, embora rara, do desenvolvimento da síndrome de Stevens-Johnson. Recomenda-se iniciar a lamotrigina em doses baixas: 25 mg/dia por uma semana, seguida por 50 mg/dia por mais duas semanas; se necessário, aumenta-se a dose, depois de mais duas semanas, para 100 mg por dia, em duas tomadas; posteriormente, pode-se aumentar a dose em 50 mg a 100 mg a cada uma ou duas semanas. Em geral, usam-se doses diárias de 50 mg/dia a 250 mg/dia. Caso o paciente esteja em uso de ácido valpróico, as doses devem ser reduzidas à metade, sendo a titulação da dose iniciada com 25 mg a cada dois dias; a associação com ácido-valpróico aumenta o risco de “rash” cutâneo. Caso haja associação à carbamazepina, as doses devem ser duplicadas, em função da indução enzimática que ocorre. (Porto, 2002)

Porto (2002), a gabapentina não sofre metabolização no organismo humano, sendo eliminada pelos rins praticamente inalterada. Não interage, por isso, com o sistema do citocromo P 450, sendo praticamente destituída de interações farmacológicas. Seus efeitos colaterais mais comuns são: sonolência, tonturas, ataxia, fadiga e nistagmos. As doses terapêuticas usuais situam-se entre 900 mg/dia a 1.800 mg/dia, divididas em três doses. Inicia-se o tratamento com 300 mg, geralmente à noite, pela sonolência que acarreta, aumentando-se gradualmente as doses, em 300 mg ao dia, a cada três ou quatro dias, na dependência da tolerabilidade do paciente. Embora haja muitos estudos abertos e “naturalísticos”, faltam ainda estudos prospectivos, randomizados, que possam confirmar a eficácia da gabapentina, em monoterapia, no transtorno bipolar.

O topiramato tem sido, mais recentemente, testado no transtorno bipolar; seus efeitos colaterais incluem: perda de peso, redução do apetite, náuseas, parestesias, sonolência, tonturas e cansaço. Em monoterapia, o topiramato mostrou-se útil em cinco dos 11 pacientes com mania refratária, em doses de 50 mg/dia a 1.300 mg/dia. Em associação a outras drogas, tem-se mostrado útil também na depressão bipolar, mania, hipomania e em estados mistos. Aguardam-

se estudos prospectivos, controlados, com número maior de pacientes. (Porto, 2002)

4. 3 Neurolépticos

Segundo Porto (2002), há muito tempo, os neurolépticos clássicos têm sido utilizados no tratamento da mania aguda, pela rapidez da ação e pelo controle da agitação psicomotora; seu uso, no tratamento de manutenção, é evitado pelos efeitos colaterais (parkinsonismo, acatisia e risco do desenvolvimento de discinesia tardia), podendo ainda desencadear ou agravar quadros depressivos. Neurolépticos atípicos, como a clozapina, têm sido usados como estabilizadores do humor em quadros resistentes. A clozapina, no entanto, tem seu uso limitado pelo risco de agranulocitose. A risperidona e a olanzapina têm sido também utilizadas na mania aguda; a olanzapina começa a ser testada como estabilizadora do humor.

A olanzapina, em pesquisa randomizada e controlada com placebo, mostrou-se eficaz no controle da mania aguda, e está sendo estudada como estabilizadora do humor. (Porto, 2002)

4. 4 Outros agentes

Bloqueadores dos canais de cálcio, clonidina e a estimulação magnética transcraniana de repetição (rTMS) têm sido utilizados no tratamento do transtorno bipolar. Seu uso ainda é experimental e limitado a casos resistentes a outras drogas. O clonazepam é mais freqüentemente usado como coadjuvante, nos casos de agitação e insônia. (Porto, 2002)

4. 5 Eletroconvulsoterapia

A eletroconvulsoterapia conserva lugar de destaque no tratamento dos casos resistentes, mostrando ação antidepressiva, antimaníaca e estabilizadora do humor. Em casos refratários, chega a ser utilizada, dentro de certos limites, até como tratamento de manutenção (em aplicações mensais). O ECT deve sempre ser realizado com relaxantes musculares (geralmente, a succinilcolina), anestesia e oxigenação; além da oximetria, deve-se monitorizar o EEG e o ECG. Recomenda-se que a eletroconvulsoterapia deva ser feita com corrente de pulsos breves (“onda quadrada”) e aplicada somente por médicos com treinamento especializado. (Porto, 2002)

5. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A partir dos dados de avaliação a enfermeira formula os diagnósticos de enfermagem apropriados para o cliente. Com base nesses problemas identificados é executado o planejamento do cuidado, são implementadas as intervenções de enfermagem e são estabelecidos critérios relevantes para a avaliação.

5. 1 AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Avaliar o humor quanto à estabilidade; amplitude do afeto, desde exaltação à irritabilidade à agitação forte; rindo, brincando e falando continuamente; familiaridade irrestrita (desinibida) com o entrevistador
2. Avaliar o comportamento para atividade constante, começando muitos projetos mas terminando poucos, hiperatividade de ligeira a intensa, gastando enormes somas de dinheiro, aumento do apetite, sexo indiscriminado, dormindo pouco ou nada, vestimenta estranha ou bizarra, concentração precária
3. Avaliar os processos ideativos para a fuga de idéias; fala opressiva o mais das vezes com um conteúdo que é sexualmente explícito; associações ressonantes (o som ou palavra, mais que seu significado, orienta as associações subseqüentes); delírios, alucinações.

5. 2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

1. Processos ideativos alterados em virtude das modificações biológicas, conforme demonstrado por agitação, hiperatividade e incapacidade de concentração
2. Distúrbio no padrão do sono em virtude da hiperatividade e da ausência percebida da necessidade de dormir
3. Processos familiares alterados em virtude das trocas de papéis da sobrecarga econômica e da falta de conhecimento acerca da enfermidade do paciente
4. Nutrição alterada menor do que as necessidades corporais devidas a hiperatividade

5. 3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

5. 3. 1 APRIMORANDO OS PROCESSOS IDEATIVOS E REDUZINDO A SOBRECARGA SENSORIAL

1. Avaliar o grau de pensamento distorcido do paciente
2. Redirecionar o paciente quando você e incapaz de acompanhar seus processos ideativos
3. Utilizar explicações resumidas
4. Manter-se coerente na abordagem e nas expectativas
5. Orientar o paciente com freqüência para a realidade falar de maneira clara e simples
6. Proporcionar-lhe uma área de relaxamento com estimulação ambiental reduzida
7. Ajudá-lo com uma integração gradual e progressiva em relação ao ambiente social, enquanto se observam as alterações comportamentais que indicam disposição para a participação e outras atividades

5. 3. 2 APRIMORANDO O PADRÃO DE SONO

1. Estabelecer um ambiente isento de distrações na hora de dormir
2. Ajudar o paciente e evitar a ingestão de cafeína ou nicotina
3. Administrar as medicações prescritas como indicadas, e monitorar a resposta do paciente

5. 3. 3 DIMINUINDO O EFEITO DA ENFERMIDADE BIPOLAR SOBRE A FAMILIA

1. Avaliar a rede de apoio externo da família, e incentivar a participação nos grupos de terapia familiar e de apoio
2. Avaliar a comunicação e os limites dentro da família
3. Observar e avaliar os padrões de interação dentro da família e discutir sua influencia sobre o funcionamento do paciente e de sua família
4. Fornecer ao paciente e a família informação sobre o distúrbio bipolar e o plano de tratamento, o prognostico e o plano de reabilitação

5. 3. 4 GARANTINDO UMA NUTRIÇÃO ADEQUADA

1. Manter documentação precisa da ingestão de alimentos e líquidos
2. Oferecer refeições pequenas e freqüentes de alimentos ricos em calorias. Incluir o alimento de que o paciente gosta e que pode ser ingerido enquanto esta de pe ou andando
3. Servir as refeições ao paciente em um ambiente com poucos estímulos

4. Monitorar os níveis de eletrólitos e de albumina do paciente e pesa-lo em dias alternados
5. Monitorar os sinais vitais\

5. 3. 5 EDUCAÇÃO DO PACIENTE E MANUTENÇÃO DA SAÚDE

1. Instruir o paciente e a família acerca da enfermidade bipolar, incluindo os sintomas de recaída.
2. Instruir o paciente e os membros da família sobre o tratamento psicofarmacológico, incluindo sua finalidade, efeitos, efeitos colaterais e tratamento.
3. Aconselhá-los acerca dos grupos de apoio da comunidade ou dos departamentos de assistência de saúde que são relevantes para seus cuidados.

5. 4 AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Processos ideativos aprimorados demonstrados pela capacidade de completar tarefas simples.
2. Dorme 5 horas por noite.
3. Os membros da família verbalizam um pensamento realista e dirigido para os objetivos, relacionados às capacidades do paciente, á recuperação e ao controle da condição.
4. Não se observa nenhuma perda de peso.

6. CONCLUSÃO

Esta doença é um importante problema de saúde pública. A prevalência é de, aproximadamente, 1.6%, entretanto, quando são também consideradas formas mais leves deste transtorno (o chamado espectro bipolar), estudos indicam uma prevalência de até 6% na população geral.

Em 1896 Emil Kraepelin identificou a doença, sendo o primeiro a reconhecer a natureza cíclica desse transtorno.

Estes transtornos muitas vezes são chamados de transtornos afetivos; entretanto, a patologia crítica nesses transtornos é do *humor*, o estado emocional interno mais constante de uma pessoa, e não do afeto, a expressão externa do conteúdo emocional atual.

O mesmo autor refere que o termo transtorno bipolar I é sinônimo para o que era conhecido como transtorno bipolar - isto é, uma síndrome com um conjunto completo de sintomas de mania durante o curso do transtorno.

A assistência de enfermagem visa em maximizar as interações positivas da pessoa com o ambiente, restabelecendo suas relações afetivas, promovendo seu bem-estar e intensificando seu grau de autonomia. Para isso, é importante que as enfermeiras se conscientizem de suas próprias respostas comportamentais e as reconheçam.

O tratamento dos distúrbios afetivos inclui: terapias individuais, de grupo, de família e cognitivas. As terapias somáticas incluem: psicofarmacologia e eletroconvulsoterapia.

O cuidado de enfermagem é utilizado usando as seis etapas do processo de enfermagem.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

ABC DA SAÚDE. Transtorno Bipolar Do Humor - Psicose Maníaco-Depressiva. Disponível em : <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?419>>. Acesso em: 07 jun 2006.

BENAZZI, F. Transtorno afetivo Bipolar. Disponível em: <<http://www.psicosite.com.br/tra/hum/bipolar.htm>>. Acesso em: 07 jun. 2006.

KAPLAN, H.I. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed. Porto Alegre; Artes Médicas: 1997. p.493-544.

PORTO, J. A. D. Transtorno bipolar do humor. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu3_07.htm>. Acesso em: 07 jun 2006.

TARANTO, G (tradutor). Enfermagem Psiquiátrica – distúrbios psiquiátricos. In: NETTINA, S.M. Prática de Enfermagem. 6º ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan: 1999. v.3; p.1239.

TOWNSEND, M.C. Enfermagem psiquiátrica conceitos de cuidados. 3ª ed. Rio de Janeiro: 2002. p. 398-428.