SAÚDE MENTAL

Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Cuidado na Sociedade Moderna

Edição XXX

Capítulo 3

CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR EM REGIME DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THALLYSSON PATRICK DE OLIVEIRA MACÊDO MOURA[1]
YUANNE MARIA AQUINO SOARES[1]
RUTE SALES ROCHA[1]
OLGA MARIA CASTRO DE SOUSA[2]
MÁRCIA ASTRÊS FERNANDES[3]

1. Enfermeiro(a) pela Universidade Federal do Piauí.
2. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí.
3. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Palavras-chave:
Cuidados de Enfermagem; Transtorno Bipolar; Internação de Pessoas com Transtornos Psiquiátricos.

DOI: **10.59290/0002903123**

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é definido como uma patologia crônica e severa, caracterizada essencialmente por oscilações de humor que se manifestam em ciclos recorrentes de mania e depressão. Para além da perspectiva biológica, a ótica psicanalítica confere à condição dimensões mais profundas, transcendendo o desequilíbrio bioquímico. Sob esse prisma, o transtorno é analisado a partir de conflitos psíquicos inconscientes, do emprego de mecanismos de defesa e das particularidades na formação da estrutura de personalidade (COSTA *et al.*, 2025).

Em termos classificatórios, o TAB integra o Capítulo V da CID-10, referente aos transtornos mentais e comportamentais. Dentro desse espectro, o código CID F31.2 designa especificamente o transtorno bipolar em seu episódio atual maníaco com sintomas psicóticos. Vale ressaltar que tal codificação exige que o indivíduo tenha manifestado, no histórico clínico, ao menos um outro episódio afetivo anterior, seja ele hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto, excluindo-se quadros de ciclotimia e episódios maníacos isolados (OMS, 2007).

No que tange à prática clínica, a avaliação fundamenta-se nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), focando na identificação de um humor persistentemente elevado ou irritável por, no mínimo, uma semana. Esse estado é acompanhado por sintomas cognitivos e verbais (fuga de ideias e pressão para falar), comportamentais (redução da necessidade de sono e agitação psicomotora) e funcionais (impulsividade e busca excessiva por prazer). O diferencial do CID F31.2 reside na presença de sintomas psicóticos, como delírios e alucinações, sendo imperativo descartar que tais manifestações sejam decorrentes de condições orgânicas ou do uso de substâncias (MORSCH, 2022).

Historicamente, na década de 1990, o transtorno era percebido globalmente como uma condição rara e incurável restrita a adultos. Contudo, dados contemporâneos revelam que a patologia atinge cerca de 140 milhões de pessoas mundialmente. Nos Estados Unidos, estima-se que 4% da população viva com o transtorno, manifestando-se em um espectro diversificado onde mais de 50% dos casos apresentam os primeiros sintomas ainda na infância ou adolescência. Atualmente, o cenário evoluiu para uma ampla gama de tratamentos que possibilitam ao paciente alcançar plena funcionalidade (ABRAMS, 2022; ABP, 2021).

No contexto brasileiro, a prevalência do TAB é superior a 2% da população. Dados apontam que um dos maiores desafios nacionais é o retardo diagnóstico, que leva, em média, 10 anos para ser formalizado devido à confusão clínica com a depressão unipolar (ABP, 2021).

Paralelamente a isso, no ordenamento jurídico e assistencial brasileiro, a internação compulsória é regida pela Lei nº 10.216/2001. Esta modalidade é determinada pelo juiz competente após a análise de um laudo médico circunstanciado que ateste a impossibilidade de alternativas terapêuticas. Diferente da internação involuntária, a compulsória é uma medida excepcional e vinculada a riscos iminentes (BRASIL, 2001).

Sob o prisma da Reforma Psiquiátrica brasileira de 2001, essa medida deve ser cumprida em estabelecimentos de saúde adequados, visando a proteção dos direitos e a brevidade da institucionalização. Contudo, a desinstitucionalização muitas vezes esbarra na morosidade dos trâmites judiciais para a emissão do alvará de soltura. Isso acaba transformando a unidade de saúde em um ambiente de custódia prolongada (SANTOS & WEINMANN, 2025).

Nesse contexto, observa-se frequentemente um hiato entre a estabilização clínica do indivíduo e a liberação jurídica necessária para o retorno à sociedade. Quando a permanência hospitalar passa a ser ditada por prazos processuais, o papel da enfermagem expande-se para além do controle de sintomas, abrangendo a mitigação dos danos psicológicos causados pela privação de liberdade prolongada. Dessa forma, a assistência prepara o indivíduo para uma transição segura entre a custódia hospitalar e a rede de cuidados em liberdade. Esse processo exige uma articulação direta com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), garantindo que o planejamento de cuidados transcenda os muros da instituição e foque na reinserção comunitária e na mudança definitiva de hábitos de vida.

MÉTODO

Este trabalho caracteriza-se como um estudo analítico e descritivo, sob a modalidade de relato de experiência. A produção foi articulada por discentes do 5º período de Enfermagem, fundamentando-se nas vivências práticas da disciplina de Saúde Mental, integrante do currículo de graduação da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Quanto à intervenção, esta ocorreu no decorrer de 2023, tendo como foco uma paciente diagnosticada com TAB, episódio maníaco atual com sintomas psicóticos (CID F31.2), em regime de internação compulsória, assistida em um hospital psiquiátrico de referência em Teresina-PI. Vale destacar que a equipe de acadêmicos contou com a supervisão direta de docentes e monitores, os quais asseguraram o suporte teórico-prático e a análise reflexiva das atividades executadas.

Visto que o estudo se configura como um relato de experiência pautado em dados autorais, dispensou-se a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A despeito disso, o levantamento de informações ocorreu de maneira criteriosa, utilizando como base tanto os registros em prontuário quanto o exame direto durante as interações com a paciente. Tais dados foram compilados através de um roteiro semiestruturado desenvolvido pelo corpo docente, além de anotações em diários de campo que detalharam as reações e o progresso do caso. Sobretudo, a assistência foi pautada nos preceitos da ética profissional, garantindo o absoluto sigilo, o anonimato e a privacidade do usuário.

No que tange às condutas de enfermagem, priorizou-se uma abordagem holística, englobando desde o exame físico até a avaliação minuciosa do estado mental - com foco em funções como sensopercepção, humor, pensamento, memória e consciência. A partir da identificação das queixas principais, estruturou-se o plano terapêutico com base na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), elencando-se diagnósticos, resultados esperados e intervenções utilizando as taxonomias: NANDA-I 2021, NOC 6ª ed. e NIC 7ª ed.

Nesse sentido, o presente relato de experiência visa expor os contornos clínicos, sociais e terapêuticos identificados durante a assistência a uma paciente acometida pelo transtorno bipolar em regime de internação compulsória. A proposta foca em evidenciar as dinâmicas de interação no contexto hospitalar e as metodologias de cuidado empregadas, além de analisar as barreiras impostas pelos determinantes sociais da saúde no processo de reabilitação e na subsequente reintegração da usuária à sua comunidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que tange à gênese da internação compulsória, o desfecho clínico foi precipitado por um episódio de grave desorganização comportamental e heteroagressividade, impulsionado

pelo quadro psicótico agudo. O paciente foi submetido à custódia judicial após manifestar comportamentos de alto risco em sua cidade de origem, onde, em um surto de agitação psicomotora, danificou o patrimônio público ao arrancar cabos de energia de uma unidade de saúde e ameaçou transeuntes com uma arma branca (facão).

Subsequentemente, esse cenário de periculosidade, agravado pela recusa sistemática em aderir à terapêutica medicamentosa no domicílio, forçou a intervenção do Poder Judiciário. À luz da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, tal medida encontra respaldo no Art. 6º, inciso III, que define a internação compulsória como aquela determinada pelo juiz competente. A decisão visou não apenas o controle dos sintomas de grandeza e agressividade, mas também a proteção da integridade física do próprio paciente e da comunidade, diante da evidente falha nos mecanismos de suporte extra-hospitalares até então empregados, conforme preconiza o Art. 4º da referida lei, que condiciona a internação à insuficiência dos recursos comunitários (BRASIL, 2001).

Nesse contexto, os resultados obtidos através do acompanhamento clínico revelaram a complexidade do manejo de um quadro de TAB sob regime de internação compulsória. Inicialmente, observou-se que o diagnóstico definitivo de episódio maníaco com sintomas psicóticos (CID 10 F31.2) foi estabelecido após uma reavaliação criteriosa no hospital psiquiátrico de referência. Esse novo parecer médico corrigiu hipóteses diagnósticas anteriores, que incluíam esquizofrenia paranoide e transtornos por uso de substâncias, o que demonstrou o desafio persistente do diagnóstico diferencial em pacientes com histórico de dependência química (ORATI, 2025; APA, 2023; DALGALARRONDO, 2019).

Ademais, a fundamentação desse quadro clínico baseou-se na observação direta de delírios de grandeza, nos quais o paciente afirmava ter gerado "mais de 3 mil filhos" e ostentava um passado fictício como detetive particular. Tais manifestações psicóticas vieram acompanhadas de uma acentuada instabilidade de afeto, oscilando entre a euforia e a apatia. Contudo, notou-se que essas distorções de conteúdo não impediram que o paciente mantivesse uma consciência lúcida relacionada a outras temáticas e uma orientação temporo-espacial impecável, ou seja, orientação alopsíquica preservada, sendo ele capaz de descrever com precisão o local onde se encontrava, dia da semana e o seu exato dia de internação hospitalar (DIH), que, à época, já totalizava 81 dias.

No que concerne à conduta terapêutica, a estratégia farmacológica foi desenhada para oferecer uma estabilização multissistêmica. O uso do Ácido Valpróico e da Risperidona focou no controle da ciclicidade do humor e na mitigação dos episódios psicóticos, ao passo que a Levomepromazina e o Diazepam atuaram como suporte essencial para a regulação do sono e redução da ansiedade. Nesse ínterim, a Enfermagem desempenhou um papel crucial no monitoramento das reações adversas, especialmente considerando que a Risperidona e a Levomepromazina exigem cautela em pacientes idosos devido ao risco de efeitos extrapiramidais e hipotensão (BARROS, 2016).

Paralelamente às questões psiquiátricas, o plano de cuidados contemplou o manejo rigoroso de comorbidades físicas pré-existentes, fator diretamente relacionado à senescência. O paciente, diagnosticado com diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial, fez uso contínuo de metformina, enalapril e captopril. Somado a isso, a equipe de saúde precisou intervir em queixas álgicas crônicas pontuais relacionadas

a uma hérnia de disco, artrose e escoliose. Adicionalmente, o tratamento incluiu o uso de Ambroxol para gerenciar a tosse produtiva, sintoma possivelmente exacerbado pelo tabagismo persistente, o que demandou orientações específicas sobre saúde respiratória e hidratação.

Sob essa ótica, a SAE (**Quadro 3.1**) revelou-se o eixo organizador do cuidado multidisciplinar. A partir da avaliação clínica, priorizou-se o manejo de diagnósticos como “Ansiedade” (00146) e “Identidade pessoal perturbada" (00121), cujas intervenções focaram na redução de estímulos estressores e no “Controle do Delírio” (6440). A técnica de evitar a confrontação direta das ideias delirantes, aliada a uma abordagem calma e tranquilizadora, foi determinante para manter o paciente colaborativo e elevar o indicador de "Verbaliza um claro senso de identidade pessoal" de um escore inicial 3 para 4, conforme preconizam as taxonomias vigentes (HERDMAN & KAMITSURU, 2021; MOOR-HEAD *et al.*, 2020; BUTCHER *et al.,* 2020).

No domínio fisiológico, o plano de cuidados abordou o “Risco de autogestão ineficaz do padrão de glicemia" (00489) e o “Autocontrole da Doença Cardíaca” (1617) visando o cenário pós internação. Através do “Controle da Hiperglicemia” (2120) e do “Controle da Hipertensão” (4162), foi possível, através das intervenções elencadas, a manutenção dos parâmetros vitais, transicionando os indicadores de “Glicose no sangue” e “Autocontrole da Doença Cardíaca” de um desvio leve (4) para sem desvio da variação normal (5) e de algumas vezes demonstrados (3) para consistentemente demonstrado (5), respectivamente (HERDMAN & KAMITSURU, 2021; MOORHEAD *et al.*, 2020; BUTCHER *et al.,* 2020).

Durante o acompanhamento, as evoluções de enfermagem registraram um paciente com sinais vitais estáveis e humor controlado, o que demonstrou uma assistência terapêutica adequada. As lacunas remanescentes restringiram-se a queixas subjetivas, como a insatisfação crescente com a dieta hospitalar e a monotonia inerente ao ambiente de custódia, fatores que, embora não clínicos, impactam diretamente no bem-estar do paciente institucionalizado.

Quanto às reflexões sobre os determinantes sociais da saúde (DSS), o caso explicitou o papel vital da rede de apoio. As visitas frequentes de dois filhos e da nora configuraram-se como o principal suporte emocional, combatendo o isolamento típico da internação de longa permanência. Em contrapartida, o distanciamento dos irmãos, motivado por questões geográficas e fragilidades relacionais, apontou para uma lacuna na rede familiar estendida. Essa dinâmica familiar, aliada ao baixo nível de escolaridade e à ausência de emprego fixo, trouxe à tona preocupações legítimas sobre a sustentabilidade da reabilitação pós-alta (BOSI *et al.*, 2014).

A despeito dessas dificuldades, o acompanhamento pelo CAPS da cidade de residência foi identificado como um fator protetor essencial para a reinserção comunitária. No entanto, a discussão ressaltou que fatores como a insegurança financeira e o histórico de abuso de substâncias permaneceram como ameaças à estabilidade mental do paciente. O planejamento de cuidados, portanto, buscou transcender os muros do hospital, articulando estratégias que pudessem garantir a continuidade da assistência e a mudança de hábitos de vida após o retorno à sociedade (ROCHA *et al.*, 2023).

Por fim, a análise do caso evidenciou a problemática interface entre a saúde mental e o sistema judiciário. Mesmo apresentando uma melhora clínica satisfatória e condições de autocuidado preservadas quando incentivadas, a permanência no hospital mostrou-se condicionada à morosidade jurídica. Essa privação de liberdade prolongada por critérios burocráticos contrasta com o modelo de assistência humanizada

da Lei nº 10.216/2001, reforçando a tese de que a desospitalização efetiva depende de uma agilidade institucional que extrapola, na maioria das vezes, a competência da equipe de saúde, tornando o paciente um espectador de sua própria liberdade (MENESES & WEINMANN, 2025; BRASIL, 2001).

Quadro 3.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem (NANDA-I, NOC, NIC) para paciente com transtorno bipolar em seu episódio atual maníaco com sintomas psicóticos

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I 2021)	Resultados Esperados (NOC 6ª Ed.) e Indicadores	Intervenções de Enfermagem (NIC 7ª Ed.) e Atividades
1. (00146) Ansiedade relacionado a necessidades não atendidas e estressores, caracterizado por expressão de angústia e redução do contato visual.	**(1402) Autocontrole da Ansiedade** *Indicadores:* * (140207) Utiliza técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade: **manter em (1) aumentar para (4).** * (140217) Controla a resposta à ansiedade: **manter em (1) aumentar para (4).**	**(5820) Redução da Ansiedade** * Utilizar abordagem calma e tranquilizadora; * Explicar procedimentos e sensações prováveis; * Compreender a perspectiva do paciente; * Proporcionar atividades de diversão;
2. (00121) Identidade pessoal perturbada relacionado ao papel social alterado e discriminação social percebida, caracterizada pela descrição delirante de si mesmo.	**(1202) Identidade Pessoal** *Indicadores:* * (120202) Apresenta comportamentos verbais e não verbais consistentes sobre si mesmo: **manter em (2) aumentar para (4).** * (120203) Verbaliza um claro senso de identidade pessoal: **manter em (3) aumentar para (4).** * (120207) Desempenha papéis sociais: **manter em (1) aumentar para (3).**	**(6440) Controle do Delírio** * Monitorar estado neurológico continuamente; * Não validar interpretações errôneas ou ideias delirantes; * Iniciar terapias para reduzir fatores causais; * Aumentar vigilância com escala de avaliação de delírio.
3. (00241) Regulação do humor prejudicada relacionado à ansiedade e dificuldade de funcionar socialmente, caracterizada pelo afeto triste.	**(1204) Equilíbrio de Humor** *Indicadores:* * (120402) Demonstra humor estável: **manter em (3) aumentar para (4).** * (120403) Demonstra controle de impulso: **manter em (2) aumentar para (4).** * (120408) Grandiosidade: **manter em (2) aumentar para (4).**	**(5330) Controle do Humor** * Determinar risco de segurança para si/outros; * Iniciar precauções para proteger contra danos físicos (fuga, violência); * Auxiliar na identificação de recursos e pontos fortes pessoais.
4. (00489) Risco de autogestão ineficaz do padrão de glicemia associado a diabetes mellitus e Polifarmácia, devido aos comportamentos sedentários e dificuldade em manejar um regime terapêutico complexo.	**(2300) Nível de Glicemia** *Indicador:* * (230001) Glicose no sangue: **manter em (3) aumentar para (5).**	**(2120) Controle da Hiperglicemia** * Monitorar níveis de glicose sanguínea; * Monitorar sinais de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, etc); * Administrar insulina, conforme prescrito.
5. (00267) Risco de pressão arterial instável relacionado a regime terapêutico complexo e histórico de hipertensão arterial.	**(1617) Autocontrole da Doença Cardíaca** Indicadores: * (161705) Siga o regime de tratamento conforme prescrito: **manter em (3) aumentar para (5).**	**(4162) Controle da Hipertensão** * Monitorar pressão arterial; * Avaliar adesão ao Enalapril/Captopril; * Orientar redução de sódio na dieta.

Legenda da Escala de Likert (NOC): Diagnóstico 1, 2, 3 e 5: 1-Nunca demonstrado; 2-Raramente; 3-Algumas vezes; 4-Frequentemente; 5-Consistentemente demonstrado. Diagnóstico 4: 1-Desvio grave; 2-Substancial; 3-Moderado; 4-Leve; 5-Sem desvio da variação normal.

CONCLUSÃO

A experiência vivenciada evidenciou que o manejo de enfermagem no TAB transcende a vigilância do comportamento, exigindo uma integração indissociável entre o suporte psicossocial e o controle clínico-fisiológico. Diante de um quadro de mania com sintomas psicóticos, agravado pela senescência e comorbidades como diabetes mellitus e hipertensão, a aplicação da SAE mostrou-se um instrumento vital. Desse modo, foi através da SAE que a equipe pôde priorizar diagnósticos de identidade e humor sem negligenciar os riscos metabólicos e cardiovasculares inerentes ao paciente idoso.

O acompanhamento revelou que estratégias de comunicação terapêutica, baseadas na não-confrontação de delírios e na redução de estímulos estressores, são eficazes para a estabilização psíquica e para o estabelecimento de um vínculo de confiança, mesmo em contextos de custódia judicial. Além disso, a evolução dos indicadores de resultados (NOC) demonstrou que intervenções precisas de controle glicêmico e pressórico são fundamentais para garantir a segurança do paciente e prevenir complicações que poderiam prolongar o tempo de internação.

A análise crítica revelou que a reabilitação psicossocial plena depende do enfrentamento de determinantes sociais, como a rede familiar, a insegurança financeira e o histórico de abuso de substâncias. O planejamento de alta focado na continuidade do cuidado pelo CAPS é a via necessária para mitigar o impacto desses fatores pós-custódia. Assim, o enfermeiro atua como articulador entre a estabilização clínica e a reintegração do indivíduo em sua comunidade.

Por fim, este relato reforça que a desinstitucionalização efetiva requer agilidade institucional que extrapola a competência da equipe de saúde. A transição para a liberdade exige um olhar holístico, onde técnica científica e sensibilidade humanística convergem para garantir a dignidade do paciente. Somente a integração entre hospital, família e rede extra-hospitalar pode romper o ciclo de exclusão e garantir a reinserção social definitiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMS, Z. Bipolar disorder occurs on a spectrum. Monitor on Psychology, v. 53, p. 52, 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. Porto Alegre: Artmed, 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA - ABP. Saiba mais sobre o transtorno bipolar, doença que atinge mais de 2% da população brasileira. Rio de Janeiro: ABP, 2021.

BARROS, E. Medicamentos de A a Z. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BOSI, M.L.M. *et al*. Determinantes sociais em saúde (mental): analisando uma experiência não governamental. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 17, p. 126, 2014. doi: 10.1590/1809-4503201400060011.

BRASIL. [Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001]. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 02/02/2026.

BUTCHER, H.K. *et al*. NIC - Classificação das intervenções de enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020.

COSTA, J.R.E. *et al*. Um estudo sobre o transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos. Revista Eletrônica Multidisciplinar de Investigação Científica, v. 4, 2025. doi: 10.47402/remici.v4n22212125.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

HERDMAN, T.H. & KAMITSURU, S., editores. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023. Porto Alegre: Artmed, 2021.

MOORHEAD, S. *et al*. NOC - Classificação dos resultados de enfermagem: mensuração dos resultados em saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020.

MORSCH, J.A. CID F31.2: o que significa e conduta médica. Telemedicina Morsch, 18 maio 2022.

ORATI, F.M. Mania no transtorno afetivo bipolar. Revista Científica Multidisciplinar O Saber, v. 1, 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

ROCHA, M.E.S. *et al*. Impacto de determinantes sociais na saúde mental: uma análise de saúde coletiva. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 5, p. 5233, 2023. doi: 10.36557/2674-8169.2023v5n5p5233-5252.

SANTOS, A.M. & WEINMANN, A.O. (Re)humanizando os caminhos: a desinstitucionalização dos manicômios judiciários no Brasil. Revista Polis e Psique, v. 15, e025012, 2025. doi: 10.22456/2238-152X.146183.