

Transtorno Bipolar: Relato de caso de um paciente internado em hospital psiquiátrico**Bipolar Disorder: Case report of a patient in the psychiatric hospital**

DOI:10.34117/bjdv6n12-426

Recebimento dos originais: 20/11/2020

Aceitação para publicação: 18/12/2020

Jair Vicente dos Santos Neto

Acadêmico do 6º ano de medicina, pela Instituição de ensino UNIFRAN – Universidade de Franca
Instituição: UNIFRAN – Universidade de Franca
Endereço: Av. Dr. Armando Salles Oliveira, 201 – Parque Universitário, Franca/SP,
CEP: 14404-600
E-mail: jairvicente205@hotmail.com

Jessica Maria Otte

Acadêmica do 6º ano de medicina, pela Instituição de ensino UNIFRAN – Universidade de Franca
Instituição: UNIFRAN – Universidade de Franca
Endereço: Av. Dr. Armando Salles Oliveira, 201 – Parque Universitário, Franca/SP,
CEP: 14404-600
E-mail: otte_jessica@hotmail.com

Michael Leite da Silva

Acadêmico do 6º ano de medicina, pela Instituição de ensino UNIFRAN – Universidade de Franca
Instituição: UNIFRAN – Universidade de Franca
Endereço: Av. Dr. Armando Salles Oliveira, 201 – Parque Universitário, Franca/SP,
CEP: 14404-600
E-mail: michael_leitee@hotmail.com

Carlos Alberto Baptista

Médico Psiquiatra, pela Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca
Instituição: Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca
Endereço: Rua Dr. Júlio Cardoso, 1826 – Centro, Franca/SP,
CEP: 14400-730
E-mail: ca.baptista01@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Relatar caso de um paciente internado em hospital psiquiátrico para tratamento de Transtorno Bipolar (TB). Relato de caso: Se trata de um paciente de 44 anos, sexo masculino, pardo, divorciado, aposentado por invalidez, natural do interior do estado de São Paulo, diagnosticado com Transtorno Bipolar aos 37 anos e atualmente encontra-se internado em hospital psiquiátrico devido surto maníaco persistente. Paciente estava desaparecido há dois anos e foi encontrado na Argentina após comunicação do consulado com a família. No início do quadro o paciente apresentava dificuldades de concentração e de memória, insônia e pensamentos ilógicos, posteriormente, manifestaram-se as alucinações auditivas e os delírios de ciúme e de grandeza. Iniciou o tratamento medicamentoso, mas devido aos efeitos adversos, interrompeu por conta

própria. Conclusão: A piora no curso evolutivo da doença e do funcionamento de pacientes com TB podem estar relacionados a gravidade dos episódios de humor, presença de déficits cognitivos, bem como a não adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Transtorno bipolar, mania, surto maníaco.

ABSTRACT

Objective: Report a case of a patient admitted to a psychiatric hospital for the treatment of Bipolar Disorder (TB). **Case report:** This is a 44-year-old male patient, brown, divorced, retired, born in the interior of the state of São Paulo, diagnosed with Bipolar Disorder at 37 years old, who was hospitalized after a persistent manic outbreak. The patient had been missing for two years and was found in Argentina after the consulate communicated with his family. At the beginning of the picture, the patient had difficulties with concentration and memory, insomnia and illogical thoughts. Later, auditory hallucinations and delusions of jealousy and greatness were manifested. He started drug treatment, but due to adverse effects, he stopped on his own. **Conclusion:** The worsening in the evolutionary course of the disease and in the functioning of TB patients may be related to the severity of mood episodes, as well as to the presence of cognitive deficits, as well as non-adherence to treatment.

Keywords: Bipolar disorder, mania, manic outbreak.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno Bipolar (TB) é definido como um transtorno de humor crônico e complexo caracterizado por episódios de mania, hipomania ou depressão, de forma isolada ou mista, com períodos intercalados de remissão e com grande morbidade e mortalidade (SOUZA FGM, 2005).

Em todo mundo mais de 30 milhões de pessoas apresentam o diagnóstico de TB, segundo os dados da Organização Mundial da Saúde. (BOSAIPO NB, et al., 2017). Porém, é importante considerar os casos que não são diagnósticos corretamente, o que aumentaria ainda mais a prevalência do transtorno. O transtorno bipolar pode ser diferenciado em dois tipos principais o Tipo I e o Tipo II, no primeiro o marco principal é a elevação do humor, denominada mania; e no Tipo II, é a uma elevação do humor mais branda, conhecida também como hipomania (BOSAIPO NB, et al., 2017).

A mania é a manifestação mais característica do transtorno (MORENO RA, et al., 2005). Esta, em certas ocasiões é reconhecida com facilidade. A mania pode ser caracterizada como entusiasmo ilimitado, aceleração do pensamento com fuga de ideias e aumento da atividade motora, com duração mínima de uma semana. Outras características associadas são aumento de energia com diminuição da necessidade de sono, pressão de fala e taquilalia, irritabilidade, paranoia, hipersexualidade e comportamento de risco com dificuldade de controle para impulsividade (BELTRAME A, 2016). Os pensamentos costumam ser de grandeza, a crítica está prejudicada e os julgamentos emitidos se afastam da realidade do paciente (MORENO RA, et al., 2005), além

disso, pode evoluir com sintomas psicóticos que normalmente é congruente com o humor (BELTRAME A, 2016). Apesar de frequente e incapacitante, devido ser um quadro que cursa com grave prejuízo e resulta em várias internações na fase aguda como resposta a mudanças do comportamento do paciente, a mania é pouco diagnosticada. (MORENO RA, et al., 2005).

A hipomania é retratada como uma forma mais branda da mania, cuja principal característica é mudança no humor habitual do paciente, caracterizado por euforia, irritabilidade, hiperatividade, logorreia, diminuição da necessidade de sono e aumento da sociabilidade, da atividade física, iniciativa, atividades prazerosas, libido e impaciência, com duração menor que uma semana na maioria dos casos (BELTRAME A, 2016). A hipomania não se apresenta com sintomas psicóticos e em seu tratamento não há necessidade de hospitalização (MORENO RA, et al., 2005). Devido os sintomas serem mais leves, podem ou não resultar em problemas para o indivíduo, porém, na maioria dos casos há poucos prejuízos (BELTRAME A, 2016). Mesmo nos dias atuais a hipomania ainda é bastante desconhecida pelos médicos generalistas, sendo muita das vezes confundidas com depressão, transtorno de personalidade borderline, histriônico, narcisista e até mesmo como um estado de completa normalidade. (MORENO RA, et al., 2005).

Os episódios depressivos do TB se apresentam em contraste com os episódios de mania e hipomania e são, geralmente, caracterizados por uma lentificação ou diminuição de quase todos os aspectos de emoção e comportamento, tais como energia, capacidade de sentir prazer, velocidade de pensamento e fala, por um período mínimo de 15 dias (BELTRAME A, 2016).

O tipo, a intensidade e a cronicidade dos sintomas determinam a subdivisão do diagnóstico entre mania ou hipomania, ressaltando que a duração do episódio de mania tem pelo menos uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias ou qualquer duração se houver necessidade de hospitalização (BELTRAME A, 2016).

O TB resulta em comprometimentos significativos na vida desses pacientes, implicação profissional, social, afetivo e financeiro, influenciando de forma negativa a qualidade de vida desses pacientes e além disso, os pacientes diagnosticados com esse transtorno demonstram maior utilização de serviços de saúde ao longo da vida quando comparados a pessoas sem doenças de origem psiquiátricas (BELTRAME A, 2016).

A maioria dos pacientes com o TB conseguem sair do surto e retornar ao estado normal, mas cerca de 30% demonstram grande dano comportamental, no que reflete diretamente na vida socioeconômica, mesmo se tiver níveis educacionais mais elevados quando comparados com o restante da população. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015).

É importante ressaltar que a história familiar de TB é um importante fator de risco, sendo que aumenta em até dez vezes a chance de desenvolver o transtorno no adulto que possui um

parente de primeiro grau diagnosticado com TB (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015).

O diagnóstico do primeiro surto maníaco no TB tipo I gira em torno dos 18 anos de idade, enquanto as manifestações correspondentes ao tipo II, é por volta dos 25 anos. O aparecimento tardio dos sintomas maníacos pode estar relacionado a outras patologias orgânicas, por isso é importante investigar o diagnóstico diferencial ou a ingestão/abstinência de substâncias através de uma boa anamnese e exame do estado mental (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015).

O tratamento inicial de um paciente com TB tem como objetivo a redução dos sintomas da fase aguda, enquanto o tratamento a longo prazo visa a prevenção de recaídas futuras, além de auxiliar o paciente a recuperar a sua funcionalidade. O tratamento a longo prazo é uma continuação da intervenção que foi eficaz durante a fase aguda da doença. A adesão ao tratamento de manutenção é influenciada negativamente tanto por fatores próprios à doença, como o uso de substâncias psicoativas, presença de sintomas psicóticos e o número de hospitalizações; como também por fatores associados à medicação, como os efeitos adversos; além disso, pela não-percepção de melhora diária e crenças de que a medicação não é necessária (BOSAIPO NB, et al., 2017).

Felizmente, o diagnóstico e o tratamento da doença nas fases iniciais proporcionam controle significativa dos episódios agudos de humor, assegurando taxas de resposta à medicação consideráveis. A eficácia do tratamento do TB está relacionada com o seu início próximo ao surgimento dos primeiros sintomas e sua manutenção regular (BOSAIPO NB, et al., 2017).

2 CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 44 anos, pardo, divorciado, ex-advogado (aposentado por invalidez), natural do interior do estado de São Paulo, diagnosticado há 7 anos com Transtorno Bipolar e internado em hospital psiquiátrico.

A ex-esposa, que se dispôs a fornecer as informações sobre o paciente em questão, refere que o conheceu quando ele trabalhava em uma fábrica de calçados renomada da cidade onde morava. Após dois anos de relacionamento foram morar juntos e tiveram três filhas. Alega que durante muitos anos o paciente não apresentou quaisquer alterações comportamentais ou afetivas, até que aos 37 anos de idade ele iniciou as primeiras manifestações do transtorno.

Os primeiros sintomas observados foram as dificuldades de concentração e de memória, insônia e pensamentos ilógicos. Posteriormente, manifestaram-se as alucinações auditivas, delírios de perseguição e de infidelidade; pensamentos de grandeza, alegando ser professor, juiz federal e

médico psiquiatra. Relata que certa vez o paciente foi barrado em uma Universidade querendo ministrar aulas. Outra vez, ao ser abordado por policiais em uma blitz, se negou a mostrar os documentos alegando ser juiz federal. Além disso, durante as internações hospitalares, o paciente alegava ser médico psiquiatra e se recusava a ser atendido pelos profissionais médicos.

O paciente recebeu o diagnóstico de TB tipo I aos 37 anos de idade após descartar condições médicas orgânicas e a partir de então iniciou tratamento farmacológico. Um ano depois, devido aos efeitos adversos da medicação em uso, sonolência e tremores, cessou o tratamento por conta própria. A ex-esposa conta que era notável o prejuízo no funcionamento social do paciente, principalmente durante os surtos (a informante não soube quantificar a duração de cada surto, porém disse que com o passar dos anos os episódios eram cada vez mais frequentes e duradouros). A ex-esposa nega episódios de heteroagressividade ou de ideação suicida ao longo do período que conviveu com o paciente. Relata que algum tempo depois, por conta da persistência dos episódios maníacos o paciente perdeu o emprego, eles se separaram e ele chegou a ficar em situação drástica, morando na rua.

O irmão e atual responsável pelo paciente relata que após um dos episódios maníaco do paciente ele ficou desaparecido por 2 anos, foi encontrado na Argentina após comunicação do consulado com a família. Na ocasião o paciente apresentava higiene precária, sinais de etilismo e delírios de grandeza.

O paciente em questão já foi internado outras três vezes em hospitais psiquiátricos. Nega demais comorbidades, alergias ou cirurgias, foi etilista e usuário de drogas. A mãe tem diagnóstico de esquizofrenia, um irmão falecido tinha doença psiquiátrica e uma filha está em tratamento para depressão.

Exame do estado mental do paciente na admissão hospitalar: Apresentação Geral - Aparência: descuidada, incompatível com a idade e sexo. Psicomotricidade: gesticulação e hiperatividade. Situação da entrevista: em consultório, ambiente calmo, com três entrevistadores. Linguagem e Pensamento - Característica da fala: fala espontânea, volume aumentado. Progressão da fala: fluxo acelerado e interrompe o examinador. Forma do pensamento: tangencialidade, perseveração e neologismo. Conteúdo do pensamento: ansioso. Logicidade: discurso ilógico, com delírios sistematizados e de grandeza. Capacidade de abstração: prejudicada. Sensopercepção: despersonalização, ausência de ilusão ou alucinações. Afetividade e Humor - Tonalidade emocional: ansiedade, hostilidade e exaltação. Modulação: normomodulado. Associação pensamento/afeto: inadequado. Equivalentes orgânicos: preservados. Atenção e Concentração: prejudicadas. Memória: não avaliada. Orientação: autopsíquica e alopsíquica preservadas. Consciência: vigil. Capacidade intelectual: prejudicada. Juízo Crítico da Realidade: insight ausente.

O paciente se mantém em surto maníaco persistente, marcado principalmente por alteração do comportamento associada a alucinações e delírios de grandeza. Atualmente está internado em hospital psiquiátrico e apresenta melhora do quadro maníaco.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e observacional de um caso clínico acompanhado por três alunos do 6º ano de medicina, durante o estágio de psiquiatria do internato da faculdade de Medicina da Universidade de Franca (UNIFRAN), ocorrido no hospital psiquiátrico Allan Kardec, na cidade de Franca-SP.

4 DISCUSSÃO

As crises do paciente com TB dificultam a permanência da pessoa no ambiente de trabalho, sendo frequentes os casos de afastamento e posterior demissão (TUCCI AM, et al., 2001). Neste relato, o paciente apresentou dificuldades em manter o vínculo empregatício após iniciar as manifestações do transtorno e, como consequência, vivenciou perdas financeiras significativas. A literatura discute o tema e alguns trabalhos confirmam esse desfecho financeiro prejudicado (TUCCI AM et al., 2001 e GOMES JCR, 2003). Ao ficarem desempregados, os indivíduos se deparam com limitações no papel social, comprometimento da autoestima e vivenciando sentimentos de exclusão social (GOMES JCR, 2003). Simultaneamente, o estigma sobre a doença é outro fator que tem sido apontado como um agravante para pessoas diagnosticadas com o TB, prejudicando ainda mais o funcionamento social desses indivíduos (BOSAIPO NB, et al., 2017).

A literatura aponta que a presença de episódios maníacos sucessivos contribui ainda mais para o declínio cognitivo do paciente. As funções executivas, que são responsáveis pela tomada de decisão e controle de outras funções cognitivas, estão comprometidas nesse transtorno. Desse modo, quanto maior a demora no diagnóstico e início do tratamento, maiores serão as implicações cognitivas dos pacientes com TB (HAASE VG, et al., 2007).

A idade média de aparecimento do primeiro episódio do TB tipo I é 18 anos, enquanto no TB tipo II o início dos sintomas ocorre em torno dos 25 anos de idade (BOSAIPO NB, et al., 2017). Apesar disso, o paciente relatado neste estudo iniciou o quadro de TB aos 37 anos de idade, com piora progressiva dos episódios maníacos ao longo do tempo. Sobre o fato, estudos apontam que apesar de a idade média de aparecimento dos episódios do TB ocorrer dos 18 aos 25 anos, o curso clínico da doença é bastante variável, principalmente se o indivíduo possuir alguma condição médica associada, tal como quadros de demência fronto-temporal; além disso, ingestão ou abstinência de substâncias psicoativas, como álcool e drogas (BOSAIPO NB, et al., 2017).

Ainda em relação a idade de aparecimento dos sintomas, a literatura aponta uma dificuldade para diagnosticar o TB entre os 20 e 30 anos, devido a sua proximidade com outras desordens psiquiátricas que cursam com depressão, hipomania e mania (JÚNIOR PRB, 2019). Neste sentido, deve-se sempre realizar diagnóstico diferencial de TB na presença de humor deprimido ou exaltado, a fim de se identificar precocemente a patologia e iniciar o tratamento adequado.

Por conta da diversidade do quadro clínico do TB, o seu tratamento deve ser realizado de acordo com as diferentes fases da doença. O tratamento na fase aguda tem como objetivo a redução dos sintomas e estabilização do humor. Posteriormente, o alvo é a recuperação funcional do indivíduo, a partir do ajuste das doses iniciais, de acordo com a tolerabilidade do paciente e por fim, na manutenção, deve-se associar os tratamentos psicossociais (YATHAM LN, et al., 2018).

O objetivo essencial do tratamento medicamentoso é garantir que o paciente fique sem sintomas. A terapia medicamentosa é fundamental no tratamento do TB, refletindo diretamente na diminuição do número de episódios agudos e assim melhorando drasticamente a funcionalidade e qualidade de vida desses pacientes. O uso correto das medicações é importante para diminuir a morbimortalidade associada a esse transtorno psiquiátrico, o carbonato de lítio, medicamento de primeira escolha, tende a diminuir em até sete vezes a mortalidade dos pacientes bipolares, o que torna de extrema importância o manejo terapêutico (DEMINCO M, 2018).

O carbonato de lítio pode ser usado tanto no tratamento agudo quanto na fase de manutenção, atuando na prevenção de recaídas. (BIAZUS TB, 2020). Outros representantes do arsenal terapêutico do TB são divalproato de sódio e os antipsicóticos atípicos como a olanzapina, a risperidona, a quetiapina, entre outros. (BOSAIPO NB, et al., 2017). Os antipsicóticos são úteis no tratamento agudo de mania e é efetivo no controle da depressão (BIAZUS TB, 2020).

Intervenções psicoterápicas têm papel de destaque no tratamento do paciente com TB quando associada a farmacoterapia. Foi demonstrado que a psicoeducação e a psicoterapia nas abordagens cognitivo-comportamental e interpessoal tem efeitos positivos e significativos durante o tratamento de manutenção do TB. Os principais objetivos dessas intervenções são a diminuição do número de recaídas, das oscilações do humor e da necessidade de hospitalizações, além de melhorar o funcionamento social e a adesão aos medicamentos (BOSAIPO NB, et al., 2017).

Dentre os fatores de pior prognóstico para pacientes com TB destaca-se a não adesão ao tratamento. Outros fatores associados incluem abuso de substâncias psicoativas (principalmente o álcool), psicose, transtorno de personalidade, fase e estágio da doença e comprometimento cognitivo (COSTA EC e SILVA AG, 2011). Outro fator importante é a recorrência dos episódios, pacientes com dez ou mais surtos agudos apresentaram maior comprometimento da cognição e

prejuízo significativo na qualidade de vida, além de um quadro clínico mais severo e duradouro (TOMAS LF et al., 2019).

A não-adesão do tratamento está relacionado a experiências e/ou decisões pessoais do paciente que devem ser levadas em consideração. Desse modo, compreender minuciosamente a doença, o tratamento e os efeitos adversos das medicações são de extrema importância para se obter sucesso na condução dos casos de TB (COSTA EC e SILVA AG, 2011).

É importante ressaltar que o apoio familiar e a inclusão social, associado ao tratamento farmacológico e psicológicos contínuos, são imprescindíveis na melhora do quadro clínico e da qualidade de vida dos indivíduos com TB (MOURA HDS, 2019). Além disso, a promoção de saúde e a prevenção de doenças deve estar presente nos diferentes níveis de atenção à saúde dos pacientes, a fim de reduzir a incidência de crises e emergências psiquiátricas (FILHO DPS et al., 2020).

5 CONCLUSÃO

Com base no exposto, conclui-se que a piora no curso evolutivo da doença e no funcionamento de pacientes com TB podem estar relacionados a idade de aparecimento da doença, uso de substâncias psicoativas, gravidade dos episódios de humor, presença de déficits cognitivos e não adesão ao tratamento.

Os profissionais envolvidos com pacientes com transtorno bipolar devem levar em consideração vários aspectos durante a recomendação terapêutica desses pacientes, a fim de abordar corretamente o manejo, tanto farmacológico quanto psicológico, ou encaminhá-los para realização de tratamento especializado.

Este estudo de caso chamou atenção ao representar um paciente com diagnóstico de TB, que não realizou tratamento e seguimento adequado no início das manifestações clínicas, o que culminou com a apresentação do quadro mais grave da doença, com comprometimento significativo da independência, autonomia e da funcionalidade. Assim, evidencia-se a importância do diagnóstico precoce e tratamento adequado dos pacientes, tão mencionado por autores.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 123 p, 2014.
- BELTRAME A. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Transtorno Afetivo Bipolar do Tipo 1 – Ministério da Saúde; portaria 315, 2016.
- BIAZUS TB. Avaliação do efeito da clozapina no tratamento de pacientes com transtorno de humor bipolar: Análise das taxas de reospitalização e de outras variáveis clínicas, Dissertação (Mestrado em Psiquiatria). Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 63 p, 2020.
- BOSAIPO NB, et al. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos – Revista Medicina (Ribeirão Preto, Online.); 50(Supl.1), jan-fev.: 72-84, 2017.
- COSTA EC, SILVA AG. A adesão terapêutica no transtorno bipolar. Revista Debates em Psiquiatria; 1(5): 8-11, 2011.
- DEMINCO M. Transtorno bipolar – Aspectos gerais. Psicologia o portal dos psicólogos. Psicologia.pt, 2018.
- FILHO DPS, et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos emergenciais relacionados a transtornos psiquiátricos na região norte do Brasil durante o biênio de 2017-2018; 11p, 2020.
- GOMES JCR. Desemprego, depressão e sentido de coerência: uma visão do desemprego sob o prisma da saúde pública. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa; 212 p, 2003.
- HAASE VG, et al. Neuropsicologia e autonomia decisória: Implicações para o consentimento informado. Revista Bioética; v. 15 n. 1, 117-132, 2007.
- JÚNIOR PRB. Perfil epidemiológico dos pacientes com transtorno afetivo bipolar em serviço especializado. Dissertação; Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Curso de Medicina, Passo Fundo, RS; 43 p, 2019.
- MORENO RA, et al. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar - Rev. Psiq. Clín.; 32, supl 1; 39-48, 2005.
- MOURA HDS, et al. Transtorno afetivo bipolar: sentimentos, estigmas e limitações. Rev enferm UFPE on line; 13:e241665, 2019.
- SOUZA FGM. Tratamento do transtorno bipolar – Eutimia. Rev. Psiq. Clín.; 32; supl 1; 63-70, 2005.
- TOMAS LF, et al. Estadificación clínica en los trastornos mentales graves: trastorno bipolar, depresión y esquizofrenia. Rev.de Psiquiatria y Salud Mental - Journal of Psychiatry and Mental Health; 106-115, 2019.
- TUCCI AM, et al. Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distimia e depressão dupla. Rev Bras Psiquiatria; 23(2): 79-87, 2001.

YATHAM LN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders*; 20(2), 97-170, 2018.