

Universidade estadual do maranhão – uema
Centro de estudos superiores de balsas- cesba
Departamento de enfermagem
Disciplina: saúde mental

Beto Douglas Alves Cardoso¹
Camila Andrade²
Cassiano Ricardo³
Joanilce⁴
Raimunda Bruna⁵
Thais Silva⁶

ESTUDO DE CASO SOBRE TRANSTORNO MENTAL

Balsas – Ma
06/15

Sumário

1 INTRODUÇÃO	3
2 OBJETIVO	3
3 METODOLOGIA	3
4 IDENTIFICAÇÃO	4
4.1 História Do Paciente	4
4.2 Histórico Do Paciente	4
4.3 Medicação	4
5 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	5
6 TRATAMENTO DOS DADOS	6
6.1 Distúrbios bipolares	6
6.2 Fisiopatologia e Etiologia	6
6.3 Tratamento	6
6.4 Diagnóstico de Enfermagem	7
6.5 Avaliação	7
6.6 Prognóstico	7
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	7
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	8

1 INTRODUÇÃO

A doença mental é um mau funcionamento das atividades psíquicas, sendo esta, portanto própria ao indivíduo, porém que pode ser influenciada de alguma maneira pelo meio em que este se insere, bem como pelas circunstâncias emocional ou social as quais este se encontra submetido. “. Sua origem é endógena, dentro do organismo, e refere-se a alguma lesão de natureza anatômica ou distúrbio fisiológico cerebral” (BOCK. Pág. 464).

Segundo (SILVA et. al,2008), o cuidado com a saúde mental é objeto da formação do enfermeiro, onde as estratégias para o ensino de graduação são as grandes aliadas. O investimento na formação tem repercussão direta na atuação profissional, garantindo maior qualidade na assistência integral. Assim, a aprendizagem para o desenvolvimento de competências considera os componentes do Saber (conhecimentos declarativos), do Fazer (habilidades) e do Saber Ser (atitudes e valores). Neste sentido, busca-se na enfermagem psiquiátrica uma aprendizagem sob a perspectiva do desenvolvimento humano, orientada para a ação e para a consciência social, sustentada pelos pilares da educação, integrando todos esses componentes.

Sabendo que o objetivo dos profissionais da saúde visa reinserir as pacientes a sociedade de forma em que eles possam viver de forma controlada, ou seja, conseguir controlar suas emoções sem que haja algum tipo de ataque psicótico durante seu tratamento.

2 OBJETIVO

Identificar o tipo de transtorno mental que o paciente possa vir a ter, o tipo de tratamento que é oferecido a ele, o que o levou a desenvolver o problema.

3 METODOLOGIA

Este é um estudo que foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPs), na cidade de Balsas-MA no dia 06/11/15, sendo caracterizado como um tipo de estudo com abordagem exploratória, para obtenção dos dados foi feita uma entrevista diretamente com o paciente e pesquisado no prontuário do mesmo afim de obter resultados para concluir o estudo de caso.

4 IDENTIFICAÇÃO

R.M.S., 29 anos, masculino, casado, carreteiro, dois filhos, natural de Cracos-CE e residente de Balsas-MA.

4.1 História Do Paciente

Paciente relata que aos 20 anos apresentou os primeiros sintomas de bipolaridade, depois veio as manias de compulsividade, e sofreu de depressão por 2 meses. Relata ter se separado e que a separações conjugais foi devido a agressões verbais. Seu pai e sua avó paterna sofreram de bipolaridade sendo que sua avó cometeu suicídio. Apresenta algumas manias como: manias de limpeza, como não dormir 3 vezes nos mesmos lençóis de cama, assistir em televisão que tenha alguma mancha ou sujeita. Gosta de coisas boas e caras, tem preconceito com coisas mais simples, tem mania de quebrar coisas, não se apegar a bens materiais, se desfaz de objetos.

4.2 Histórico Do Paciente

14/03/14-apresenta Transtorno Bipolar. Com dificuldades nas relações interpessoais, impulsividade, tentativas de suicídio, automutilação. Refere ainda humor deprimido, anedonia, hipobulia e insônia.

11/06/14-paciente estável, retorno psiquiátrico.

16/06/14-paciente com evolução satisfatória, eufímico, com bom padrão de sono.

14/01/15-paciente com dificuldades nas relações interpessoais, impulsividade, separação conjugal.

Ajustou Lítio p/ 1800mg por dia e Neozine 25mg.

25/02/15-apresenta ideias suicidas, sentimento de inutilidades, apressividade, desconfiado.

Ataques de pânico.

Dificuldades interpessoais.

25/05/15-participa do grupo, consegue manter o controle. Melhora com medicação.

29/06/15-apresenta agitação psicomotora, nervosismo após assalto próximo a sua residência.

22/08/15-paciente evolui com melhora psicopatológica. Humor ansioso. Mantida a prescrição.

4.3 Medicação

Lexotan 6mg,

Carbolitium 1350mg

Cymbalta 60mg

Dorine

A medicação diminui a ansiedade e traz sonolência, sendo que foi proibido de dirigir automóvel.

5 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Diagnósticos	Características	Evidenciados	
Ansiedade	Ansioso, apreensivo, tendência a culpar os outros, agitação, insônia e tremores nas mãos	Ameaça de morte,	
Risco de automutilação		Autoestima baixa, divórcio na família.	
Risco de suicídio		História de tentativa de suicídio, impulsividade, mudanças marcantes na atitude, mudanças marcantes no comportamento, divórcio, história familiar de suicídio, transtorno psiquiátrico (depressão, transtorno bipolar).	
Risco de violência direcionado a si mesmo		História de muitas tentativas de suicídios, passado familiar (caótico ou de conflito, histórico de suicídio), plano suicida, problema de saúde mental (depressão grave, psicose) e problemas emocionais (ansiedade aumentada e pânico)	

6 TRATAMENTO DOS DADOS

6.1 Distúrbios bipolares

Os distúrbios bipolares também considerados distúrbios do humor, consistem na ocorrência de episódios depressivos e um ou mais episódios de humor exaltado, o qual abrange uma gama de efeitos que vão desde o humor normal até a hipomania e mania. Na apresentação mais intensa, a pessoa com distúrbio bipolar experimenta os processos de raciocínio alterados, os quais podem produzir ilusões bizarras. Os distúrbios bipolares são classificados em: distúrbio bipolar tipo I e II. (Nettina, 2003).

O paciente citado na pesquisa foi diagnosticado com bipolaridade tipo I, caracterizada pela presença de apenas um episódio maníaco. Nenhum episódio depressivo maior no passado. O episódio maníaco não é explicado pelo distúrbio esquizofrênico. O episódio maníaco não está superposto a esquizofrenia, distúrbio esquizofreniforme, distúrbio delirante ou distúrbio psicótico.

6.2 Fisiopatologia e Etiologia

Bases genéticas: os estudos com gêmeos revelam taxa de concordância de 65% nos gêmeos monozigóticos para os distúrbios bipolares. O risco de desenvolver o distúrbio bipolar apresenta um aumento de 4 a 24% nos parentes de 1º grau de pessoas com distúrbio bipolar. A pesquisa atual indica que os genes defeituosos localizados nos cromossomos 18 e 21 podem estar relacionados com distúrbio bipolar. (Nettina, 2003).

Fatores bioquímicos: os pacientes com distúrbios bipolares podem ter menos norepinefrina plasmática, MHPG urinária bem como capacitação de serotonina plaquetária e taxas mais elevadas de lítio eritrocitário/plasmático que nas populações com distúrbio unipolar. Foi feita a proposição de que a patologia do sistema límbico, gânglios da base e hipotálamo contribui para o desenvolvimento dos distúrbios do humor. (Nettina, 2003).

Fatores psicossociais: os estressores psicossociais parecem ter função importante no início da doença em conjunto com a estimulação elétrica e modelos de sensibilização comportamental. A mania e hipomania são visualizadas por psicólogos como uma defesa contra a depressão. (Nettina, 2003).

6.3 Tratamento

Tratamento farmacológico para mania aguda consiste no seguinte:

- a) Carbonato de lítio

- b) Anticonvulsivantes para as propriedades de estabilização do humor, como a gabapentina e valproato;
- c) Agentes neurolepticos como, risperidona utilizados para o pensamento psicótico agudo;
- d) Benzodiazepínicos como clonazepan ou lorazepan, usados para agitação aguda. (Nettina, 2003).

6.4 Diagnóstico de Enfermagem

Processos ideativos alterados relacionados as alterações biológicas conforme demonstrado por agitação, hiperatividade e incapacidade de se concentrar. (Nettina, 2003).

Distúrbio do padrão de sono em virtude da hiperatividade e carência percebida pela necessidade de sono. Alterações dos processos familiares devido alterações de função sobrecarga econômica e falta de conhecimento a respeito da doença do paciente. (Nettina, 2003).

Nutrição alterada: menor que os requisitos corporais pela hiperatividade. (Nettina, 2003).

6.5 Avaliação

Melhora dos processos ideativos demonstrada através de sentenças claras, sem evidencia de fuga de ideias e termino de tarefas simples. Dorme durante cinco horas da noite. Os membros da família verbalizam o raciocínio realista e direcionado objetivamente relacionado as capacidades, recuperação e tratamento da condição do paciente. Nenhuma perda de peso é observada. (Nettina, 2003)

6.6 Prognóstico

O paciente com transtorno bipolar provavelmente vai precisar fazer muitas mudanças de estilo de vida para parar com as oscilações de comportamento, como: largar vícios, relacionar-se com pessoas positivas, fazer exercícios físicos regularmente e dormir bem. (Nettina, 2003)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o caso e o compara-lo com o que a literatura mostra, podemos observar que o tratamento realizado no CAPS com o paciente está adequado, suas medicações estão dentro

do padrão preconizado, e podemos observar que tanto o tratamento, diagnóstico, avaliação e prognóstico estão enquadrados no que a literatura condiz.

Contudo não foi visto nenhuma falha por parte da equipe multidisciplinar, um dos empecilhos é a infraestrutura do local, o que não traz um conforto necessário para o tratamento do paciente.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Disponível em: <<http://www.minhavidacom.br/saude/temas/transtorno-bipolar>>, acessado em 06/11/15.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_15.pdf>, acessado em 06/11/15

NETTINA, Sandra. **Práticas de Enfermagem**, 7ª Edição, 2003, Editora Guanabara Koogan
Diagnóstico de enfermagem da NANDA: **definições e classificação 2009-2011/NANDA Internacional**; tradução Regina Machado Garcez. – Porto Alegre: Artmed, 2010.