

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM A PACIENTES PEDIÁTRICOS PORTADORES DO TRANSTORNO DE HUMOR BIPOLAR

NURSING INTERVENTIONS IN PEDIATRIC PATIENTS WITH BIPOLAR MOOD DISORDERS

Diana Farias de Almeida <sup>1</sup>, Elias Rocha <sup>2</sup>

1 Aluna do Curso de Enfermagem

2 Professor orientador do Curso Enfermagem

### RESUMO

**Introdução:** este artigo de revisão é focado em discorrer sobre o transtorno de humor bipolar em pacientes pediátricos, buscando descrever as principais intervenções de enfermagem e a notoriedade que a família possui perante ao indivíduo acometido de tal doença neurológica. **Objetivo:** ensinar ao leitor o conceito do transtorno bipolar pediátrico, seus sinais sintomas, tipos de transtorno, episódios de humor, tratamento e como a família irá intervir e agregar positivamente ao tratamento do indivíduo acometido com o transtorno de humor bipolar. **Métodos:** pesquisa exploratória descritiva quanti qualitativamente por meio de uma revisão bibliográfica de natureza básica, com observação estruturada, contendo uma revisão sistemática de literatura, com aplicação de filtro temporal. **Resultado:** descreve detalhadamente as intervenções que o profissional de enfermagem deve realizar aos pacientes pediátricos com transtorno de humor bipolar. **Conclusão:** tabelamento dos cuidados de enfermagem frente a um paciente portador de THB.

**Palavras-Chave:** Transtorno bipolar pediátrico; Transtorno afetivo bipolar; Depressão; Mania; Hipomania; Transtorno de humor.

### ABSTRACT

**Introduction:** this review article is focused on discussing bipolar mood disorder in pediatric patients, seeking to describe the main nursing interventions and the notoriety that the family has towards the individual affected by this neurological disease. **Objective:** to teach the reader the concept of pediatric bipolar disorder, its signs and symptoms, types of disorder, mood episodes, treatment and how the family will intervene and add positively to the treatment of the individual affected with bipolar disorder. **Methods:** quantitative and qualitative descriptive exploratory research through a basic literature review, with structured observation, containing a systematic literature review, with the application of a temporal filter. **Result:** it describes in detail the interventions that the nursing professional should carry out with pediatric patients with bipolar mood disorder. **Conclusion:** scheduling of nursing care for a patient with Pediatric bipolar disorder.

**Keywords:** Pediatric bipolar disorder; Bipolar affective disorder; Depression; Mania; Hypomania; mood disorder.

Contato: [diana\\_almeidaf@outlook.com](mailto:diana_almeidaf@outlook.com)

### INTRODUÇÃO

A OMS define-se saúde mental o estado de bem estar no qual o indivíduo percebe suas próprias habilidades podendo assim trabalhar produtivamente, lidar com os estresses cotidianos e contribuir positivamente em sua comunidade. O transtorno bipolar, originalmente chamado de insanidade maníaco-depressiva consiste em uma condição psiquiátrica caracterizada pelas alterações de humor grave com períodos de incidências elevadas e de depressão bipolar, na infância é caracterizado como enfermidade grave, de evolução crônica e de difícil diagnóstico. Alguns estudos indicam que a frequência e a intensidade dos episódios depressivos, maníacos e hipomaníacos acarretam prejuízos funcionais na vida do indivíduo, podem apresentar episódios de impulsividade, aumento da atividade e dificuldade de concentração acompanhados por humor elevado, dentre outras

características bipolares específicas (PEREIRA; et al. 2010). O DSM-5 (2014) designa o TB em dois tipos: tipo I- apresenta apenas 2 episódios de mudança brusca de humor com elevações graves e persistentes de mania; tipo II - ciclos rápidos de depressão com 4 ou mais episódios de mudança brusca de humor, dentro de 1 ano com elevações de humor branda de hipomania. Após ser definido o tipo de THB é iniciado o tratamento psicofarmacológico com estabilizador de humor, em certos casos é utilizado estabilizador de humor associado a um antipsicótico. Trata-se de uma revisão sistemática, abordando uma pesquisa exploratória descritiva quanti-qualitativamente por meio de uma revisão bibliográfica de natureza básica. Respondendo ao final o seguinte problema: quais são os cuidados de enfermagem frente a um paciente portador de transtorno do humor bipolar?

### **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS / METODOLOGIA**

O trabalho foi realizado abordando uma pesquisa exploratória descritiva quanti-qualitativamente por meio de uma revisão bibliográfica de natureza básica (LAKATOS; MARCONI, 2017) com observação estruturada, contendo uma revisão sistemática de literatura, com aplicação de filtro temporal.

Desse modo, o trabalho utiliza o método da revisão sistemática de artigos publicados existentes nos bancos de dados, tais como: Portal Capes, PubMed, Bireme, Biblioteca Virtual da Saúde e SciELO. Para realizar o acesso aos bancos de dados foram utilizados os seguintes descritores: “Transtorno de humor bipolar”, “saúde mental”, “depressão bipolar”, “depressão unipolar”, “tratamento do transtorno de humor bipolar” “mania e hipomania”, “sinais e sintomas” combinados com o booleano AND.

Realizado o levantamento de 35 artigos sendo descartados 11 por não responderem sobre a questão norteadora e utilizados 24 artigos. Selecionados os artigos sendo eles de língua portuguesa inglesa e espanhola.

Nesta revisão foi adotado critérios de inclusão dos artigos publicados. Utilizados artigos e obras publicadas nos últimos 10 anos em estudos científicos voltados especificamente aos sujeitos com transtorno de humor bipolar pediátrico. Dentro dos artigos selecionados temos revisão bibliográfica, estudo de caso, pesquisa qualitativa quanto quantitativa, focados aos cuidados de enfermagem voltados aos pacientes portadores do transtorno.

Os critérios de exclusão incluem os artigos redigidos em outras línguas que não seja o português, inglês e o espanhol; artigos publicados antes de 2012; artigos que estudavam o TB junto a outros transtornos e não de forma isolada; artigos que não respondem sobre

a questão norteadora, principalmente aqueles que não trazem os cuidados de Enfermagem para com este Transtorno.

## **REFERENCIAL TEÓRICO / FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **5.1 SAÚDE MENTAL**

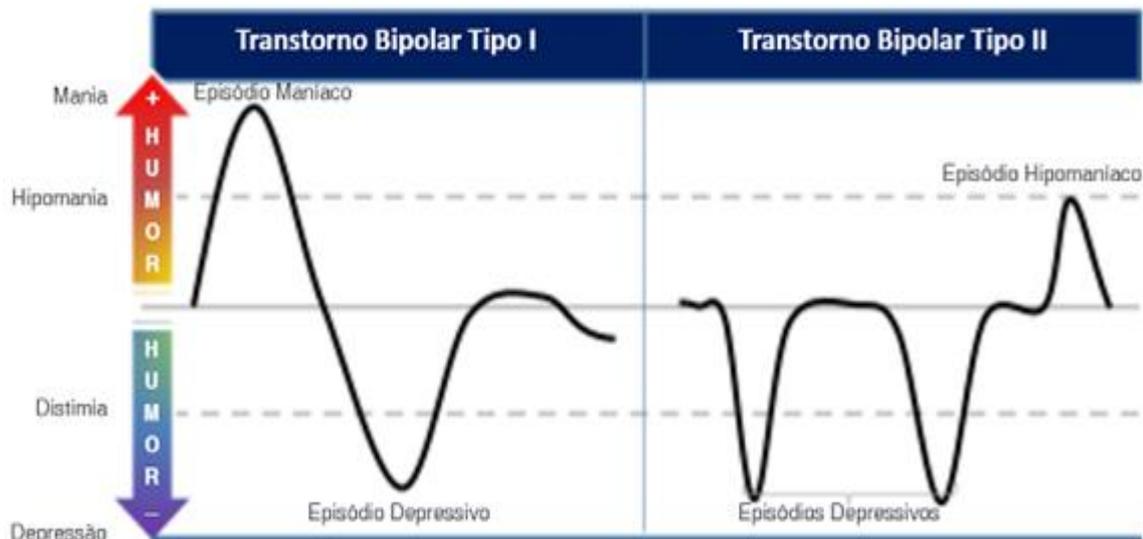
Segundo Santos (2019) “a saúde mental está em processo de reabilitação no Brasil, desde 1990, ano em que se iniciaram os Movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiatra”. Os movimentos de Reforma Psiquiátricas colaboraram para a construção de um modelo que compreendesse e respeitasse os pacientes acometidos por doenças psíquicas, nascendo assim o modelo assistencial em saúde mental.

A saúde mental possui um contexto sociopolítico e pela evolução de práticas em saúde, contudo de acordo com a OMS define-se saúde mental o estado de bem estar no qual o indivíduo percebe suas próprias habilidades podendo assim trabalhar produtivamente, lidar com os estresses cotidianos e ser capaz de contribuir em sua comunidade. (GAINO, et al, 2018).

### **5.2 TRANSTORNO DO HUMOR BIPOLAR**

O transtorno bipolar, originalmente chamado de insanidade maníaco-depressiva consiste em uma condição psiquiátrica caracterizada pelas alterações de humor grave com períodos de incidências elevadas e de depressão bipolar, apresentando sintomas específicos comportamentais, físicos e cognitivos, tais como apatia, desinteresse, sono, alimentação, alterações rápidas de humor, dentre outros. (BOSAIPO, BORGES E JURUENA; 2017)

De acordo com a quinta edição do DSM-5 (2014) (manual diagnóstico e estatísticos de transtornos mentais designa o TB em dois tipos: tipo I- apresenta apenas 2 episódios de mudança brusca de humor com elevações graves e persistentes de mania; tipo II - ciclos rápidos de depressão com 4 ou mais episódios de mudança brusca de humor, dentro de 1 ano com elevações de humor branda de hipomania.



Fonte: BOSAIPO; BORGES; JURUENA, 2016.

Indivíduos com TB podem apresentar episódios de impulsividade, aumento da atividade e dificuldade de concentração acompanhados por humor elevado, dentre outras características bipolares específicas. Crianças e adolescentes portadoras de TDAH, caso não tratados, possuem riscos elevados de tal doença evoluir para o TB (DSM-5, 2014).

### 5.3 DIFERENÇA ENTRE DEPRESSÃO BOPOLAR E DEPRESSÃO UNIPOLAR

Distinguir inicialmente o tipo de depressão que acomete o paciente é fundamental para a definição do transtorno, tratamento e prognóstico do mesmo. Estudos apontam que não existem sintomas específicos para distinguir a depressão bipolar e unipolar e sim, provavelmente, características clínicas como o perfil dos sintomas e história familiar pregressa. (MITCLELL, et all.2008).

A depressão bipolar consiste nos episódios depressivos que acomete os portadores do transtorno bipolar (TB), nela há predominância de sintomas atípicos com a inversão dos sintomas vegetativos e aumento da sensibilidade a rejeição, ou de sintomas melancólicos e de retrato psicomotor. (LAFER; SOARES,2005).

A depressão unipolar possui características contínuas de perturbações do humor e é de maior prevalência no país e no mundo, necessita de intervenções psicológicas e terapêuticas independentes (FERREIRA; ESTEVES, 2010). De acordo com o DSM-5 (2014), "a depressão em crianças pequenas também está associada a reduções no afeto positivo. Entretanto, há evidências limitadas para sugerir que crianças com transtornos depressivos tenham prejuízos no apego".

Segundo Bosaipo; Borges; Juruena (2017) a depressão bipolar é o quadro mais corriqueiro e persistente nos pacientes com TB, porem cerca de metade dos pacientes com

TB apresentam no início de sua doença um episódio de mania, e o restante apresentam sintomas de depressão, podendo ser diagnosticados como depressivos unipolares erroneamente. É essencial que seja feita uma avaliação clínica atenta e rigorosa para que seja evitado erros em seu diagnóstico e consequente evitar o agravamento prognóstico de tais pacientes (FERREIRA, 2007).

#### **5.4 EPISÓDIOS MANÍACOS E HIPOMANÍACOS**

Segundo Moreno (2005), "mania afeta o humor e as funções vegetativas, como sono, cognição, psicomotricidade e nível de energia". Nos episódios clássicos maníacos os acometidos possuem um humor do tipo expansivo e eufórico. O humor expansivo é caracterizado por entusiasmos incessante e indiscriminado por interações interpessoais, sexuais ou profissionais, ou seja, um humor com alto teor de instabilidade; já o eufórico é caracterizado por períodos de humor do tipo anormal como persistentemente elevado, expansivo ou irritável, definida como uma alegria excessiva e exagerada, apresentando um otimismo exacerbado e se relaciona com as pessoas com muita facilidade.

De acordo com Deminco (2018) também há probabilidade de surgir crises de ansiedade, pânico (com mal-estar físico pronunciado: sudorese, taquicardia, falta de ar, vertigem etc.) ou sintomas obsessivos.

Sendo assim os pacientes não percebem a própria alteração e tem a impressão de estarem vivendo extremamente bem mesmo com uma qualidade de sono diminuída, ideias delirantes e fora da realidade ele sente que vive a melhor fase de sua vida e na percepção dele são as outras pessoas que tem problemas. Quando não tratados ocorre um agravamento na evolução natural desses episódios (MORENO, 2005).

A DSM-5 (2014) define hipomania pela presença de humor persistentemente irritável, expansivo ou elevado, com duração de, pelo menos, quatro dias, associados a pelo menos três dos seguintes sintomas maníacos: ao aumento da autoestima/ grandiosidade, diminuição da necessidade de sono, pensamento acelerado/fuga das ideias, distração, agitação psicomotora/aumento da atividade, envolvimento excessivo com atividades prazerosas que possam ter consequências desastrosas.

Nem todas essas manifestações aparecem em uma crise, mas podem dificultar o diagnóstico (DEMINCO, 2018).

#### **5.5 DIAGNÓSTICO**

O diagnóstico precoce dos episódios agudos de mudança de humor traz uma melhora significativa para o prognóstico, quanto mais cedo for identificado melhor será seu

prognostico (BOSAIPO; BORGES; JURUENA, 2017).

Em seu diagnóstico e envolvido um processo de investigação e acompanhamento detalhado sob o indivíduo, pois o diagnóstico incorreto leva ao atraso da descoberta do TB. Alguns estudos indicam que a frequência e a intensidade dos episódios depressivos, maníacos e hipomaníacos acarretam prejuízos funcionais na vida do indivíduo, prejuízos estes que o elevam o aumento de episódios e também os leva-os a internação (PEREIRA; et al. 2010).

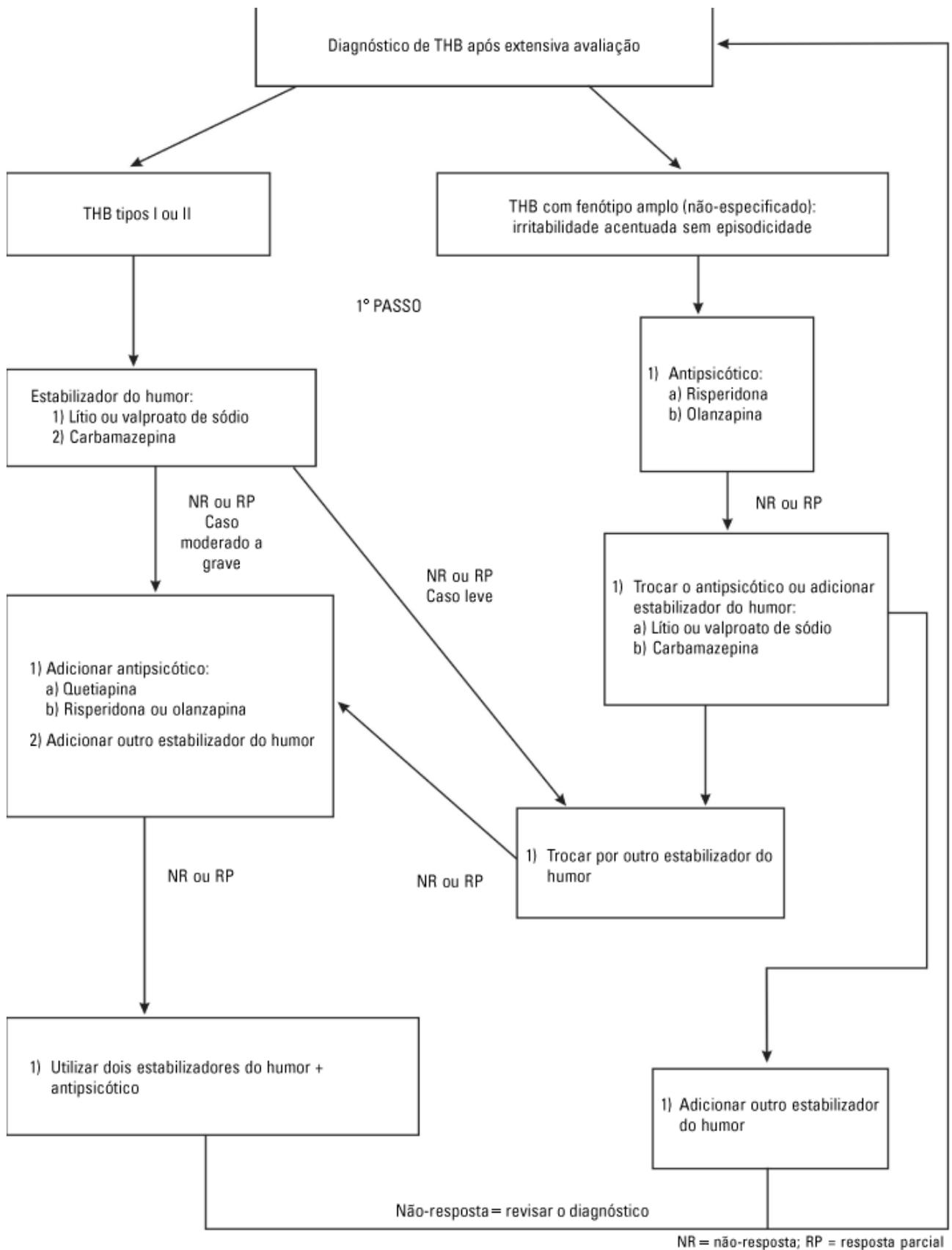
O DSM-5 (2014) diz que irritabilidade, diminuição da necessidade de sono, esquecimentos, ganho de peso, fala compulsiva, culpa excessiva, ideias suicidas, dentre outros sinais clínicos, são sintomas característicos do transtorno bipolar em fase de mania e hipomania, já na fase de depressão há uma perda de interesse em coisas que antes os interessava e tristeza sem motivo aparente com aparecimentos corriqueiros.

## **5.6 TRATAMENTO**

Após a avaliação diagnóstica e após ser definido o tipo de THB é iniciado o tratamento psicofarmacológico com estabilizador de humor sendo o lítio e o divalproato de sódio os medicamentos de primeira escolha, o lítio será administrado em doses iguais ou superiores a 30mg/kg/dia e o divalproato de sódio administrado em doses iguais ou superiores a 15mg/kg/dia, outras opções medicamentosas até então pouco estudadas é a carbamazepina, com doses iguais ou superiores a 15mg/kg/dia, e a lamotrigina ou gabapentina que até o presente momento possui somente relato de caso.

Caso os medicamentos citados acima não cumprirem com os resultados esperados ou cumprir somente de forma parcial será adicionado antipsicótico no tratamento farmacológico e em casos mais graves de THB pode ser que venha ser necessário o uso de estabilizadores de humor + um antipsicótico (ROHDE; TRAMONTINA, 2005).

Segundo Biazus (2020) o lítio possui efetividade tanto no tratamento agudo quanto na manutenção e prevenção de recaídas a longo prazo, já o divalproato de sódio é eficaz no tratamento agudo de mania e também é preventivo quanto aos novos episódios de humor. Os antipsicóticos agem de maneira eficiente, principalmente, no tratamento da mania aguda. E tratando-se da depressão a quetiapina age de forma mais eficaz para o tratamento da mesma.



Fonte: (ROHDE; TRAMONTINA, 2005).

## 5.7 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Os cuidados a pacientes em surtos estão ligados diretamente ao controle intensivo de seus sinais vitais e ao conhecimento dos sintomas da doença. Com base nas entrevistas feitas a profissionais de enfermagem compreende-se que o cuidado é desenvolvido com empatia e humanidade sem julgamentos e sempre avaliando o paciente por completo, inferindo assim o que é melhor para cada paciente.

O Enfermeiro em primeiro lugar deve avaliar os fundamentos éticos presentes no Código de Ética Profissional cujo “o enfermeiro responsável por agir de forma que seus princípios e valores respeitem o paciente como alguém que existe, tem história, vontades, expectativas e desejos”. O enfermeiro deve conhecer por completo o paciente necessitado de cuidado, interagindo de forma rápida e eficaz com o mesmo (OLIVEIRA; GARCIA; TOLEDO, 2017).

O enfermeiro deve avaliar: risco de suicídio, risco de auto e heteroagressão, necessidade de internação psiquiátrica, situações de exposição (seja ele financeiro, moral ou sexual), e principalmente atentar-se aos cuidados para o paciente que está internado.

## DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática procurou apresentar o conceito do transtorno seus sinais e sintomas, cuidados de enfermagem e principais intervenções de enfermagem. O THB consiste em uma doença crônica que faz com que o paciente acometido tenha uma baixa qualidade de vida, mas com envolvimento e dedicação do profissional de enfermagem para com o paciente, acompanhado de TCC (terapia cognitiva comportamental) o paciente desenvolve suas habilidades e adquire uma boa QDV (qualidade de vida).

De acordo com a DSM-5, a tabela 1 discorre sobre a classificação dos transtornos de humor:

TABELA-CLASSIFICAÇÃO		% de prevalência
<b>TIPO- 1</b>	Classificado como Distímia, ao longo da vida e manifestado, ao menos um episódio de mania com ou sem episódio depressivo maior.	Aproximadamente <b>30%</b> .
	Classificado como Hipomania, ao longo da vida é manifestado, pelo menos um episódio de hipomania	Nesta faixa etária é difícil estabelecer,

<b>TIPO-2</b>	e um episódio depressivo maior sem sintomas psicóticos, com a presença de algum episódio anterior de mania.	aproximadamente <b>1,8%</b> em jovens com >12 anos
<b>TRANSTORNO DEPRESSIVO/UNIPOLAR</b>	Classificada como mista, ao longo da vida é manifestado, pelo menos um episódio depressivo maior, sem a presença de mania e nem hipomania.	-
<b>TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR</b>	Pode vir acompanhado de sintomas hipomaniacos ou maníacos, com a prevalência da irritabilidade	-

fonte: DSM-5

As crianças não costumam apresentar claros episódios depressivos e maníacos, porem ciclagens rápidas e estados mistos de humor são características marcantes do transtorno em pacientes nesta faixa etária. A tabela 2, discorre sobre episódios de humor presentes no THB:

<b>EPISÓDIOS DE HUMOR</b>		<b>% DE PREVALENCIA</b>
<b>MANIA</b>	Humor com tipo expansivo e eufóricos, com alto teor de instabilidade. Sintomas maníacos: aumento da autoestima/ grandiosidade, diminuição da necessidade de sono, pensamento acelerado com fugas de ideias, distração, agitação psicomotora/ aumento da atividade, envolvimento	90% dos indivíduos que tiveram um único episódio de mania têm episódios recorrentes de humor.  Cerca de 60% dos episódios maníacos ocorrem imediatamente antes de um episódio



<b>CARACTERISTICAS MISTAS</b>	Presença simultânea de sintomas maníacos e depressivos, em três domínios: humor atividade e pensamento. DSM-5,2014	-
-------------------------------	---	---

De acordo com Deminco (2018) o transtorno bipolar afeta as bases neurológicas, causando alterações em 4 sistemas, os sistemas noradrenérgico, serotonérgico, dopaminérgico e colinérgico, causando diminuição em seus níveis.

- 1- Noradrenérgico- Noradrenalina, possui grande influência no humor, ansiedade, sono e alimentação (junto a serotonina, dopamina e adrenalina).
- 2- Serotonérgico- Serotonina, responsável pela regulação do ritmo cardíaco, sono, apetite, humor, memória e temperatura corporal.
- 3- Dopaminérgico- Dopamina, responsável pela felicidade, prazer, satisfação e motivação.
- 4- Colinérgico- Acetilcolina, possui grande influência na regulação da memória, aprendizagem e sono. A acetilcolina foi o primeiro neurotransmissor descoberto, em 1921.

A diminuição dos níveis desses sistemas causa diminuição nos níveis de GABA, gerando alterações, tais como:

- Serotonina: impulsos alterados;
- Dopamina: iniciativas alteradas;
- Noradrenalina: alterações na energia e interesse, causando aumento dos episódios maníacos e diminuição dos episódios depressivos.
- Noradrenalina + Serotonina: gera irritabilidade e ansiedade.
- Serotonina + Dopamina + Noradrenalina: alterações nos níveis de humor, emoções e funções cognitivas.

A falta de regulação emocional e uma característica forte do jovem com transtorno de humor bipolar, apresentando assim déficits cognitivos e gerando reações negativas e aumentando os pensamentos suicidas. O risco de suicídio em jovens com THB é 15 vezes maior, comparado com a população geral, e responde a ¼ de prevalência perante a todos os suicídios. A depressão é uma das maiores causas das tentativas de suicídio e infelizmente estes indivíduos garantem maior sucesso nessas tentativas.

O enfermeiro e o profissional responsável pelo rastreamento da doença seus sinais e sintomas, portanto segue abaixo algumas intervenções de enfermagem, tabeladas, que são adicionadas ao plano de cuidados dos pacientes acometidos com tal doença, de acordo com NIC 7º edição ( Nursing Interventions Classification 7 th edition):

<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
<b>Classificação</b>	<b>Intervenções</b>
<p style="text-align: center;"><b>Aconselhamento</b></p> <p>Definição: uso de um processo interativo de ajuda com foco em necessidades, problemas ou sentimentos do paciente, para melhorar ou apoiar o enfrentamento, a resolução de problemas e as relações interpessoais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer relação terapêutica baseada em confiança e respeito;</li> <li>• Demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade.</li> <li>• Fornecer informações factuais conforme necessário e adequado;</li> <li>• Auxiliar o paciente a identificar o problema ou a situação que esteja causando angustia.</li> <li>• Auxiliar o paciente a fazer uma lista e priorizar todas as alterações possíveis para um problema;</li> <li>• Determinar como o comportamento da família afeta o paciente;</li> <li>• Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por hábitos desejáveis;</li> <li>• Desencorajar a tomada de decisão quando o paciente estiver sob fonte de estresse, quando possível.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Apoio a família</b></p> <p>Definição: promoção de valores, interesses</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover esperança realista;</li> <li>• Orientar a família sobre o ambiente de cuidados a saúde, como unidade hospitalar e clínica;</li> <li>• Fornecer oportunidades para a família aplicar os mecanismos de enfrentamento que funcione na</li> </ul>

<p>e metas familiares.</p>	<p>situação atual;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer feedback para a família em relação ao seu enfrentamento;</li> <li>• Fornecer informações a família sobre o progresso do paciente.</li> <li>• Orientar a família quanto aos planos de cuidados médicos e de enfermagem.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Apoio emocional</b></p> <p>Definição: oferecimento de tranquilidade, aceitação e encorajamento durante períodos de estresse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferecer apoio durante fases de negação e raiva;</li> <li>• Encorajar o paciente a conversar ou chorar para diminuir a resposta emocional;</li> <li>• Encaminhar para aconselhamento conforme apropriado.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Assistência no auto cuidado</b></p> <p>Definição: auxiliar o outro na realização de atividades da vida diária.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer assistência até o paciente ser totalmente capaz de assumir o autocontrole;</li> <li>• Usar repetição consistente de rotinas de saúde, como forma de estabelecê-las;</li> <li>• Estabelecer rotina de atividades de autocuidado.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Controle do comportamento</b></p> <p>Definição: auxílio ao paciente para controle de comportamento negativo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilizar o paciente por seu comportamento;</li> <li>• Estabelecer limites com o paciente;</li> <li>• Usar um tom de voz baixo e suave;</li> <li>• Evitar discutir com o paciente;</li> <li>• Redirecionar a atenção para longe da fonte de agitação.</li> <li>• Evitar discutir com o paciente.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar ao paciente oportunidades para discutir as ideias</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>Controle de ideias delirantes</b></p> <p>Definição: proteção de conforto, segurança e orientação para a realidade do paciente com crenças falsas e arraigadas com pouco ou nenhum embasamento na realidade.</p>	<p>delirantes com os cuidadores;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Declara as dúvidas de forma pratica;</li> <li>• Responder aos delírios do paciente com afirmações calmas e realistas;</li> <li>• Encorajar o paciente a verbalizar as ideias delirantes aos cuidados antes de agir sobre elas;</li> <li>• Auxiliar no autocuidado, conforme necessário;</li> <li>• Proporcionar repousos e alimentação necessária;</li> <li>• Oferecer orientação sobre os medicamentos;</li> <li>• Designar os memos cuidadores diariamente;</li> <li>• Ensinar ao paciente e seus familiares sobre a doença e as ideias delirantes causadas por ela (depressão);</li> <li>• Ensinar a família a maneira como lidar com o paciente.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Controle do delírio</b></p> <p>Definição: provisão de um ambiente seguro e terapêutico a paciente em estado agudo de confusão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar terapias para reduzir ou eliminar os fatores que causem delírio;</li> <li>• Monitorar o estado neurológico continuamente;</li> <li>• Aumentar a vigilância com uma escala de avaliação compreendida universalmente pela equipe de enfermagem quando a confusão é apresentada pela primeira vez, para que alterações agudas possam ser facilmente rastreadas.</li> </ul>

De acordo com Frias Á, et al.(2015), além das intervenções presentes no NIC 7º edição, o enfermeiro também possui o papel de atuar com intervenções psicológicas sob os pacientes pediátricos com THB, dentre elas duas foram selecionadas, tais como:

- TCC (terapia cognitivo e comportamental): focada na criança e na família, tem como objetivo mudar pensamentos, ampliar estratégias de enfrentamento e modificar estados emocionais. Foca na redução do sintoma e apresenta melhora nos sintomas maníacos e depressivos.
- Psicoeducação: busca reconhecer os sinais e entender os sintomas, buscar mostrar ao paciente que seus comportamentos são impulsionados transtorno, ensina estratégias de enfrentamento e prevenção de eventos estressantes que podem desencadear mudanças de humor.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O THB vem apresentando, atualmente, uma crescente incidência mundial. Para esta autora, a doença, no Brasil é uma doença subdiagnosticada, pois sua maior característica é a ausência de sinais e sintomas nas mudanças de humor mistas e repentinas ou quando presentes são muito sutis. A autora conclui que a doença do THB passa a ser percebido quando ocorre os momentos de crise acometendo os pacientes e quando estes são submetidos a passar por uma série de situações, sendo vexatórias e trazendo uma serie de prejuízos sociais, profissionais e psicológicos ao indivíduo, levando no pior dos casos ao suicídio.

Há evidencias que tais pacientes não tem a capacidade de reconhecer os seus estados e a mudança do humor em si próprios. Contudo, quando se tratar de menor ou incapaz, é de extrema importância que o adulto responsável por ele esteja atento aos sinais dados inconscientemente pela criança

## **REFERÊNCIAS**

BIAZUS, Taís Boeira. Avaliação do efeito da clozapina no tratamento de pacientes com transtorno de humor bipolar: Análise das taxas de reospitalização e de outras variáveis clínicas. 2020

BRASIL, DSM-5, MANUAL DIAGNOSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 5ªedição, 2014.

BOSAIPO, Nyanne Beckmann; BORGES, Vinícius Ferreira; JURUENA, Mario Francisco. Bipolar disorder: a review of conceptual and clinical aspects. Medicina (Ribeirão Preto), v. 50, n. supl. 1, p. 72-84, 2017.

CLAY BRITES.entenda-sobre-o-transtorno-opositivo-desafiador-por-dr-clay-brites, 2022

BRASIL. Constituição (1988). Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168p. (Série Legislação Brasileira).

DUARTE JR, Dimas Pereira. Direitos humanos econômicos, sociais e culturais: a outra face da violência estatal no Brasil. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE AMERICANISTAS, 52, 2006, Sevilla - Espanha.

**Anais...** Sevilla: Universidad de Sevilla, 2006. v.1. p. 1166-1179.

FARINA, E. M. M. Q. Sadia: o desafio de manter a liderança no mercado de frangos. In: \_\_\_\_\_ (Coord.). **Estudos de caso em agribusiness**. São Paulo: Pioneira, 1997. cap. 5. p.97-130.

Frias Á, et al. Intervenções psicossociais no tratamento de jovens diagnosticados ou de alto risco para transtorno bipolar pediátrico; uma revisão da literatura. Rev Psiquiatr Salud Mend (Barc.) 2015.

GOMES, L. F. Súmulas vinculantes e independência judicial. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, v.86, n.739, maio de 1997, 1 CD ROM.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Definição **da área plantada com algodão herbáceo safra**.1998/99. Rio Verde: IBGE, 1999. 12p.

LAZZARINI, S.G. Estudos de caso para fins de pesquisa: aplicabilidade e limitações do método. In: FARINA, E. M. M. Q. (Coord.). **Estudos de caso em agribusiness**. São Paulo: Pioneira, 1997. cap. 1. p.9-23.

MORAES, A. **Direito constitucional**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 836 p.

NIC-Nursing Interventions Classification 7 th edition

NUZZI, E. F.; BARROS FILHO, C. **Globalização mídia e ética**: temas para debater em cursos de comunicação social. São Paulo: Plêiade, 1998. 201 p.

OKUNO, E.; CALDAS, I. L.; CHOW, C. **Física para ciências biológicas e biomédicas**. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1982. 490 p.

RECUPERO, R. O mundo imita o Brasil. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 31 de março de 2002. Dinheiro, Opinião Econômica, p.2.

ROWE, W. G. Liderança estratégica e criação de valor. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.42, n.1, jan./mar. 2002. Disponível em: <<http://www.rae.com.br/indexcfm?S=2&Pg+artigo&ID+1325>>. Acesso em: 01 abr. 2002