

JOÃO VALMOCIR DO NASCIMENTO MACIEL

**ESTUDO DA PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO DE
HUMOR BIPOLAR NUMA AMOSTRA DE PACIENTES
PSIQUIÁTRICOS NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz

BRASÍLIA

2010

JOÃO VALMOCIR DO NASCIMENTO MACIEL

ESTUDO DA PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO DE HUMOR BIPOLAR NUMA AMOSTRA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em 28 de julho de 2010

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz (presidente)
Universidade de Brasília-UnB

Prof. Dr. Raphael Boechat Barros
Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dr. Dênio Lima
Universidade de Brasília - UnB

Prof. Dr. Joaquim Pereira Brasil (suplente)
Universidade de Brasília - UnB

Convido a minha amada família, aos meus caros familiares e em especial a Carlos Edmundo Schaker, meu cunhado e amigo a colherem comigo o fruto desta jornada científica. Este trabalho é nosso. O acolhimento que recebi de vocês foi o meu maior e melhor incentivo.

*“Quero, um dia,
poder dizer às pessoas que nada foi em vão...
que o amor existe,
que vale a pena se doar às amizades
e às pessoas, que a vida é bela sim,
e que eu sempre dei o melhor de mim...
e que valeu a pena!”
(QUINTANA, 1962)*

A G R A D E C I M E N T O S

A Odorico Maciel de Ávila e Adália do Nascimento Ávila; meus pais, que inculcaram em mim os meus mais caros valores morais e éticos.

A Dilce Carvalho Maciel; além de esposa, minha doce companheira. Tanise Carvalho Maciel e Thaís Carvalho Maciel; figuras angelicais que com maestria souberam 'driblar' as horas de ausência - corpórea - paterna.

Carlos Edmundo Schaker; incentivador de inigualável estirpe, meu amigo! Maria Goreti Nascimento Ávila, minha prezada irmã e Artur Domingos Nascimento Ávila, meu irmão.

Ao Professor Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz; não apenas meu Orientador, mas meu principal suporte nesta trajetória científica.

Ao Professor Dr. Carlos Alberto Paraguassu-Chaves; em suas palavras encontrei segurança, conforto, solicitude e compreensão.

A Kathia Nemeth Perez; minha Co-Orientadora.

Aos pacientes; figuras ímpares neste intento.

A Universidade de Brasília - UnB - Instituição de ensino de valor social incontestável, responsável pela minha titulação; bem como o seu corpo docente.

Aos demais colaboradores; cujas presenças fugazes auxiliaram na concretização deste trabalho.

Aceitem, todos, o meu mais profundo respeito, e os meus mais sinceros agradecimentos.



ISMÁLIA

*Quando Ismália enlouqueceu,
Pôs-se na torre a sonhar...
Viu uma lua no céu,
Viu outra lua no mar.*

*No sonho em que se perdeu,
Banhou-se toda em luar...
Queria subir ao céu,
Queria descer ao mar...*

*E, no desvario seu,
Na torre pôs-se a cantar...
Estava perto do céu,
Estava longe do mar...*

*E, como um anjo pendeu
As asas para voar...
Queria a lua do céu,
Queria a lua do mar...*

*As asas que Deus lhe deu
Ruflaram de par em par...
Sua alma subiu ao céu,
Seu corpo desceu ao mar...
(GUIMARAENS, 1976)*

RESUMO

MACIEL, João Valmocir N. **ESTUDO DA PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO DE HUMOR BIPOLAR NUMA AMOSTRA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO.** 2010. 75f. Dissertação de Mestrado. UNB – Universidade de Brasília, 2010.

A incidência do Transtorno do Humor Bipolar (THB) em pacientes de ambulatório psiquiátrico da rede pública e consultório particular na capital do Tocantins foi o objeto da pesquisa descritiva realizada com o levantamento censitário de pacientes atendidos durante os anos de 2007 e 2008, onde haviam sido diagnosticados 359 pessoas com THB em estudo transversal, caracterizado pela inclusão de variáveis demográficas de procedência, sexo, estado civil e naturalidade; variáveis de saúde mental incluindo história familiar, tipo de diagnóstico I ou II de THB, intento suicida e quantidade de medicamentos em uso. Os resultados apontaram que 40,1% dos pacientes eram naturais do Tocantins e 59,9% de outros estados; 73% do sexo feminino e 86,4% solteiros. O uso de medicamentos teve uma frequência de distribuição da seguinte forma, conforme observado nos prontuários; 54,9% sujeitos faziam uso de estabilizantes de humor; 20,1% utilizavam antidepressivos; 13,4% dos casos valiam-se de antipsicóticos atípicos enquanto 3,2% faziam uso de antipsicóticos típicos; 9,7% utilizavam ansiolíticos e hipnóticos e ainda 2,8% consumiam outros tipos de medicamentos não especificados. Do diagnóstico, 60,2% eram do tipo I e 39,8% do tipo II do THB. A ideação suicida foi relatada por 21,4% dos sujeitos e 13,6 chegaram a cometer tentativas suicidas. A interpretação dos resultados revela a correlação entre condições sócio-ambientais, familiares e outros fatores psicossociais e a incidência do transtorno do humor bipolar, enfatizando ainda uma condição peculiar apontada pela característica migrante de Palmas, onde quase dois terços da população é proveniente de outras localidades e este fato se associa a uma possível elevação de riscos do desencadeamento desses transtornos, indicando a necessidade de novos estudos para propor o planejamento de ações em saúde pública.

Palavras-Chave: Transtorno bipolar; aspectos psicossociais, tratamento psiquiátrico, uso de medicamentos.

ABSTRACT

MACIEL, João Valmocir N. **A STUDY ABOUT BIPOLAR DISORDER PREDOMINANCE IN A SAMPLE OF PSYCHATRIC OUTPATIENTS IN PALMAS-TO.** 2010. 75 p. Master Dissertation. Unb - University of Brasilia, 2010.

This paper examines the incidence of Bipolar Disorder (BD) in psychiatric outpatients in public mental health services and a private office in the capital of Tocantins. As sample it was censured people who have seen a psychiatrist between 2007 and 2008 - 359 patients had been diagnosed with BD, within this sample a cross-sectional study was conducted, including demographic variables: origin, sex, marital status and birthplace; and mental health variables: family history, type I or II of BD, suicidal intent and quantity of medication. Data analysis showed that 40.1% of patients were from Tocantins and 59.9% from other states, 73% female and 86.4% single. Medical reports were reviewed in order to find out frequency of medication in treatment, it presented the following results: 54.9% were using mood stabilizers, 20.1% used antidepressants, 13.4% used atypical anti-psychotics, 3.2% made use of typical anti-psychotics, 9.7% used hypnotics and tranquilizers, and yet 2.8% used other types of drugs not specified. From the group who was diagnosed by suffering from BD, 60.2% were type I and 39.8% type II. Suicidal impulses were reported by 21.4%, and 13.6% of the patients came to commit suicidal attempts. The examination of results shows correlation among socio-environmental, family matters and other psychosocial factors, and the incidence of bipolar disorder, emphasizing a unique condition faced in Palmas, which is its migrant characteristic - nearly two thirds of the population in this city is from other cities/states, and this fact is associated with a possible risk increase of triggering this disorder, suggesting that further studies proposing public health planning are needed.

Keywords: Bipolar disorder, psychosocial determinants, psychiatric treatment, medication.

LISTA DE ABREVIACÕES

AMPc – Adenosina Monofosfato

ATP – Adenosina Trifosfato

CCMD – Classificação Chinesa de Transtornos Mentais

CID – Código Internacional de Doenças

DeA – Depressão Atípica

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais

ECA – Epidemiologic Catchment Área

EUA – Estados Unidos da América

GABA – Acido Gama Aminobutírico

IMAO – Inibidores da Mono-Amino-Oxidase

NA – Noradrenalina

OMS – Organização Mundial da Saúde

PKA – Proteína Quinase Dependente

SNC – Sistema Nervoso Central

THB – Transtorno do Humor Bipolar

THB-IA – Transtorno do Humor Bipolar na Infância e Adolescência

UK – Reino Unido

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1- Distribuição de casos segundo o gênero.....	44
Gráfico 2 – Estado civil	45
Gráfico 3 – Naturalidade.....	45
Gráfico 4 – História familiar de pessoas com transtorno mental.....	46
Gráfico 5 – Tipos de diagnóstico do transtorno do humor bipolar.....	46
Gráfico 6 – Quadro de ideação e intentos suicidas.....	47
Tabela 1- Número de medicamentos utilizados.....	47
Tabela 2 – Distribuição de freqüências segundo a classificação de medicamentos utilizados nos pacientes.....	48
Tabela 3 – Distribuição de freqüências segundo o número de medicamentos utilizados para cada classe de fármacos.....	49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE BIBLIOGRAFIA	18
2.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DA MATRIZ HISTÓRICA DO TRANSTORNO DO HUMOR BIPOLAR.....	18
2.2 O ESPECTRO BIPOLAR E SUAS DIMENSÕES CONCEITUAIS	22
2.3 IMPLICAÇÕES FISIOPATOLÓGICAS INSTALADAS NO TRANSTORNO DO HUMOR BIPOLAR	25
2.4 ETNOPSQUIATRIA E THB: A ADOÇÃO DE UM ENFOQUE NOSOLÓGICO TRANSCULTURAL	29
2.5 FATORES GENÉTICOS, PERSPECTIVAS FAMILIARES, DE GÊNERO E OS RISCOS DE SUICÍDIO NAS MANIFESTAÇÕES DO THB.....	34
2.6 PAPEL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO HUMOR BIPOLAR.....	36
3 OBJETIVOS	39
3.1 OBJETIVOS GERAIS.....	39
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39
4 MATERIAIS E MÉTODOS	40
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	40
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	40
4.3 POPULAÇÃO ESTUDADA.....	41
4.3.1 <i>N</i> Amostral – Quantificação dos Sujeitos.....	41
4.3.2 Critérios de Elegibilidade / Inelegibilidade.....	41

4.4 VARIÁVEIS INVESTIGADAS.....	42
4.5 INSTRUMENTO PARA COLETAS DE DADOS.....	42
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
5 RESULTADOS.....	44
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	50
6.1 DETERMINANTES SÓCIO CULTURAIS E PSICOSSOCIAIS.....	50
6.2 ASPECTOS CLÍNICOS E NEUROBIOLÓGICOS.....	51
6.3 AGRAVOS SINTOMATOLÓGICOS E RISCOS DE SUICÍDIO.....	52
6.4 DIFICULDADES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	53
7 CONCLUSÃO.....	55
8 REFERÊNCIAS.....	56
9 ANEXO 1.....	62
10 ANEXO 2.....	73
11 ANEXO 3.....	75

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas vários estudos epidemiológicos têm permitido uma compreensão mais ampla da ocorrência e do curso dos transtornos mentais, permitindo que se conheçam as conseqüências diretas e indiretas das moléstias, o que facilita a condução de um tratamento. Pesquisas de base populacional em epidemiologia psiquiátrica têm sido conduzidas⁽¹⁾; gerando informações detalhadas sobre freqüência, fatores de risco, dificuldades relacionais - intra e interpessoais, e utilização de serviços de saúde. Estas informações permitem a adoção de uma política de saúde mental mais eficaz¹ e, desta forma, viabiliza o acesso dos indivíduos à assistência médica psiquiátrica e conseqüentemente a utilização desses serviços por parte destes indivíduos ⁽²⁾.

Por outro lado, tais estudos demonstram que os transtornos mentais representam um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo, conforme publicação da Organização Mundial da Saúde ⁽³⁾ e por pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, em 1994 ⁽⁴⁾, onde foi utilizado como medida uma combinação do número de anos de convivência com a enfermidade, e a conseqüente deterioração da qualidade de vida, e do número de anos perdidos por morte prematura causada pela doença (medidos pela unidade *Disability Adjusted Life Years - DALYs*). O referido estudo da Organização Mundial da Saúde ⁽³⁾ verificou que enfermidades como transtornos depressivos e transtornos cardiovasculares estão rapidamente substituindo a desnutrição, complicações perinatais e doenças infectocontagiosas em países subdesenvolvidos, onde vivem quatro quintos da população do mundo. Ainda segundo estes autores, embora os transtornos mentais causem pouco mais de 1% da mortalidade, são responsáveis por mais de 12% da incapacitação decorrente de doenças, sendo que esse percentual aumenta para 23% em países desenvolvidos. A pesquisa ainda aponta que das dez principais causas de incapacitação, cinco delas são transtornos psiquiátricos, sendo que a depressão é responsável por 16,4% das incapacitações, alcoolismo e drogadicção por 7,3%, esquizofrenia por 4,9%, transtorno bipolar por 4,7% e os transtornos de pânico, 2,2% dos casos.

¹ É neste contexto que surge um forte colegiado de coordenadores estaduais e municipais, comprometidos com a criação de condições técnicas e políticas que garantam o direito ao tratamento e à organização de uma rede de atenção integral à saúde, através de dispositivos sanitários e sócio-culturais que integram várias dimensões da vida do indivíduo. ⁽²⁾ pág. 1.

Em termos gerais os transtornos mentais e comportamentais provocam distúrbios na vida daqueles que são afetados e também as suas famílias. Estudos que avaliaram a qualidade de vida em pessoas que sofrem de transtornos mentais ⁽⁵⁾, concluíram a sustentação de um impacto negativo não somente quanto a incapacidades funcionais, como também na persistência do estigma e discriminação na vida dessas pessoas, onde as limitações dos transtornos vivenciados não se limitam apenas aos casos graves, mas tem efeito significativo especialmente no que se refere ao funcionamento psicológico de muitos casos.

Quanto aos transtornos mentais em geral, se pode afirmar que diversos fatores sociais e econômicos, demográficos como sexo e idade, além de conflitos e desastres e presença de doença física grave, constituem seus determinantes e a prevalência, bem como o início e a evolução vem provocando impactos diversos sobre a vida das pessoas que são acometidas por estas condições. De acordo com a OMS ⁽³⁾: “uma resenha de 15 estudos indicou uma razão média para a prevalência de transtornos mentais entre as categorias socioeconômicas mais baixas e mais altas de 2,1:1 para um ano e 1,4:1 para prevalência vitalícia” (pág. 69). E quanto ao sexo, há diferenças não somente quanto à prevalência, mas na causalidade e evolução onde se observou a maior proporção de mulheres entre as instituições de tratamento, mas não se sabe ao certo se os distúrbios mentais seriam de fato mais prevalentes no sexo feminino ou se eram mais numerosas as mulheres que se apresentavam para tratamento. Em estudos pormenorizados ⁽⁶⁾, indicou-se que a prevalência geral dos agravos mentais é equivalente entre homens e mulheres, porem, os transtornos de ansiedade e a depressão são mais comuns no sexo feminino enquanto os devidos ao uso de substâncias e de personalidade são mais comuns no sexo masculino.

Os transtornos de humor, especialmente os depressivos impõem um peso enorme à sociedade, mediante a análise da carga geral de doenças, quanto aos anos de vida vividos com incapacidade, especialmente na faixa etária correspondente a idade produtiva, entre os 15 e 44 anos, representando a primeira causa de afastamento do trabalho e a segunda maior causa de ônus somente suplantada pela doença isquêmica cardíaca. No caso dos THB, chegam a ser a quinta causa, onde também se deve atentar para um dos resultados especialmente trágicos de um transtorno depressivo, onde se constatou que 15 a 20% dos pacientes colocam termo a própria vida ⁽⁷⁾, sendo acentuado o risco do suicídio nos casos de

THB, uma vez que as alterações de humor típicas podem colocar em exercício uma coragem acentuada pelos episódios de transição que aumentam a sua atividade.

Além do risco de suicídio entre as pessoas afetadas pelo THB ⁽⁸⁾ grande número de pacientes recorre ao álcool e a outras substâncias psicoativas, o que agrava os sintomas. Embora fatores ambientais possam ter influência na deflagração das crises, é consensual entre pesquisadores ⁽⁹⁾ que o distúrbio tenha fortes bases genéticas, onde as pessoas que tem algum grau de parentesco apresentam maior risco de desenvolver THB, especialmente parentes próximos e filhos de pessoas com a doença.

Ainda são poucos os profissionais de saúde que conhecem o quadro suficientemente bem e podem oferecer orientação adequada tanto para o paciente como para sua família, apesar de se encontrar estimativas no Brasil da existência de até 15 milhões de pessoas com risco de manifestações do transtorno, considerando a prevalência do THB estimada segundo a Carga Global de Doenças, referida pela OMS ⁽³⁾ multiplicada pela população estimada do país pelo IBGE ⁽¹⁰⁾.

O tratamento médico é fundamental e complexo, onde há indicação e controle do uso de medicamentos, pois exige duas estratégias na profilaxia prevendo as crises e no controle dos sintomas agudos. O psiquiatra ⁽¹¹⁾ possui um papel interveniente de importância indiscutível, com relação ao diagnóstico e interconsultas clínicas, mas a característica do próprio quadro exige também a consideração quanto à importância e o papel de uma ação multiprofissional ⁽¹²⁾, que não somente irá conferir funções coadjuvantes na intervenção médica e procedimentos farmacológicos, mas também potencializar a fixação medicinal e assim diminuir as possibilidades de recrudescimento do quadro clínico.

Alcântara et al ⁽¹⁾ pontuam que ocorreram transformações na forma de diagnosticar o Transtorno do Humor Bipolar (THB) na década de 1990, que antes eram baseadas nas sugestões greco-romanas e de Émile Kraepelin. O que se propõe na modernidade é a ampliação da conceituação de bipolaridade para além do que é considerado legítimo do ponto de vista científico; parafraseando Descartes ⁽¹³⁾ “é como demolir uma velha casa, geralmente são conservados os escombros para serem reutilizados na construção de uma nova”.

Considera-se que na última década estariam sendo evidenciados os fatores psicossociais ⁽¹²⁾ influenciando o surgimento do THB e também no modo como inúmeros eventos relacionados ao estresse estariam contribuindo em até 25 a 30%

na variação do seu curso, esses fatores psicossociais incluem os relacionados ao funcionamento social, familiar, psicológico e social.

Dessa maneira, o foco desta investigação foi o estudo do THB, que tem como características predominantes a presença de episódios depressivos e maníacos na história de vida do paciente; e segundo Almeida (¹⁴), acomete os indivíduos no estágio final da adolescência; a saber, dos 18 aos 22 anos, “(...) ainda que uma proporção substancial de pacientes desenvolva o quadro mais adiante na vida (...)” p. 27. Muito embora Boarati, Cavalcanti e Fu-i (¹⁵) ventilem a possibilidade desta enfermidade (THB-IA) acometer também crianças; “(...) em meados da década de 70 e 80, estudos demonstraram, invariavelmente, que o transtorno bipolar freqüentemente começa na adolescência e muitas vezes até antes (...)” p. 2 .

Estima-se que 1,5% da população mundial possa ser acometidas pelos agravos do THB, sendo que quando se trata de pacientes atendidos nas clínicas psiquiátricas essa porcentagem chega a 50% (¹⁶); (¹⁷). Muito embora os pesquisadores empenhem-se objetivando alcançar informações precisas acerca do THB, a fisiopatologia deste transtorno encontra-se em fase incipiente do ponto de vista da sua compreensão clínica, reafirmam a importância de se entender os mecanismos etiológicos e fisiopatológicos do THB; e a partir do delineamento sistemático dos mecanismos da moléstia, lançar propostas interventivas planejadas e seguras, visando prognóstico satisfatório.

Sanches e Jorge (¹⁸) divulgam que a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais têm semelhantes critérios de diagnóstico para o THB; assim, num e noutro o THB “(...) corresponde a uma categoria distinta dos quadros depressivos unipolares (...)” p.54. Atentando para o recorte que enquanto no DSM-IV (¹⁹) os eventos de hipomania ou mania favorecem o diagnóstico da modalidade I ou II; na CID-10 (²⁰) este processo é baseado na freqüência de pelo menos duas ou mais alterações do humor episódicas; avisam os autores.

Como uma doença mental crônica, o THB pode manifestar-se sob diferentes graus de intensidade, como episódios oscilantes entre a euforia e a depressão, podendo provocar conseqüências emocionais devastadoras tanto para o paciente como para aqueles que o cercam, principalmente se não diagnosticada e tratada adequadamente. Dessa forma, a localidade e as condições de vida em que tais

peças se encontram podem refletir no curso da doença, bem como na sua manifestação e perspectivas de cuidados.

O município de Palmas, localidade em que essa pesquisa foi realizada, é a capital do Estado do Tocantins, fundada após o desmembramento do estado de Goiás, pela Constituição Brasileira de 1988, foi instituída definitivamente em janeiro de 1990, sendo a capital mais jovem do país. Em consideração a características histórico-sociais, a cidade ostenta uma das maiores taxas de crescimento demográfico do Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (¹⁰), com um crescimento médio de 4,5% ao ano, sendo que a população estimada para 2009 era de 188.645 habitantes. Com pessoas provenientes de diversos Estados brasileiros em busca de melhores e novas oportunidades, em decorrência do grande número de empregos gerados na organização do estado em órgãos públicos e construção civil, por exemplo.

Por ser uma localidade constituída de um número significativo de migrantes, uma das características principais é o afastamento de seu núcleo familiar original e o desafio de enfrentar uma realidade singular. Essa condição pode configurar como fator estressante, uma vez que interfere no comportamento humano e amplia o risco do acometimento de disfunções mentais. O fato da população de Palmas apresentarem sua composição demográfica composta por um número significativo de cidadãos em geral provenientes de outras localidades, estabelece também riscos prováveis de ocorrerem desfiliações (²¹) em vários níveis, a saber, pessoal, familiar e social, onde as pessoas permanecem vinculadas a uma situação de precariedade territorial tipicamente comum nos migrantes, por terem perdido substancialmente os referenciais de seus controles ou identidades (²²).

A prática de atendimento em consultório psiquiátrico viabiliza expressivos reflexos acerca das psicopatologias na realidade de parte da população do município. Muitos casos de THB têm sido diagnosticados, o que aponta para a hipótese de que a característica de impulsividade dos pacientes bipolares facilita com que se arrisquem mais do que as outras pessoas, não hesitando em mudar para uma nova cidade em busca de oportunidades diversas.

Na psiquiatria, os estudos epidemiológicos procuram descrever a distribuição dos transtornos psiquiátricos na população e seus possíveis fatores determinantes, permitindo o conhecimento das conseqüências diretas e indiretas dos efeitos negativos dos agravos sobre a população; e com isso, produzir uma avaliação

acerca da etiologia e a história natural dos reflexos dos transtornos mentais na sociedade. Tal rigor empírico contribuirá para a construção de um diagnóstico seguro, bem como o traçado de um plano terapêutico pertinentes àquela pessoa ou comunidade.

Sendo assim, para se obter uma estimativa de incidência e prevalência de um transtorno mental, é necessário que se descreva o fenômeno a ser verificado, requerendo conhecimento dos fatores que podem estar influenciando o surgimento de tal transtorno, quais sejam: mudanças culturais, processo migratório, gênero, condições sócio-econômicas, etc. Com isto, esta investigação possibilitará a tomada de decisão quanto às ações a serem implementadas para se evitar o aumento de alguns transtornos, e no caso específico deste estudo, o Transtorno do Humor Bipolar, que denominaremos abreviadamente THB. O presente trabalho parte do pressuposto da importância de tais fatores e a pertinência em investigá-los, mas se limita a um universo circunstancial, representado pelo alcance do trabalho exercido num ambulatório público e um consultório particular.

O THB tem sido constantemente encontrado nas pessoas diagnosticadas tanto em consultório psiquiátrico público, quanto em consultório psiquiátrico particular na cidade de Palmas-TO, o que viabiliza o planejamento sistemático de um estudo epidemiológico deste transtorno que aponte para os fatores determinantes de sua ocorrência e predominância contemplando assim os objetivos propostos neste projeto.

Alcantara et al ⁽¹⁾ citam investigações que avaliaram as amostras selecionadas pessoalmente, utilizando o ambiente de seu consultório². “(...) Muitos de seus trabalhos apresentam dados que foram aferidos de forma diversa dos critérios do DSM-IV-TR. Assim sendo, seus trabalhos tendem a superestimar a prevalência de bipolares tipo II e de depressão atípica (DeA) nesta população (...)” p. 6.

Alcantara et al ⁽¹⁾ não negam a importância de investigações como as citadas acima, mas destacam a importância de se estabelecer métodos diagnósticos que possibilitem o prognóstico de bipolares tipo II, flexibilizando a delimitação dos

² Já no estudo de Rihmer e colaboradores (2001), vemos a prevalência de bipolares tipo II muito baixa, provavelmente relacionada ao baixo valor preditivo da escala diagnóstica ‘*Diagnostic Interview Schedule*’ aferida por estudantes universitários treinados por uma semana (...). ⁽¹⁾ p. 24.

pacientes com DeA e assim, predizer quantos deles são do espectro unipolar e quantos são do espectro bipolar.

Considerando a presente pesquisa, procurou-se estabelecer a investigação embasada em hipóteses diagnósticas de pessoas que já vinham recebendo tratamento psiquiátrico ambulatorial e em consultório, portanto, delimitando os pacientes que manifestaram sintomatologia compatível com as classificações nosológicas de THB. Dessa forma, se pode considerar que este foi um passo inicial para a realização de um estudo epidemiológico da ocorrência de THB em Palmas, Tocantins; poderá proporcionar a exposição das características clínicas peculiares a esta população; a identificação de grupos de risco; plano terapêutico utilizado; possibilitando, assim, realizar programas em saúde para as pessoas que foram identificadas com sintomatologia compatível ao THB ⁽²³⁾

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DA MATRIZ HISTÓRICA DO TRANSTORNO DO HUMOR BIPOLAR

Entendem-se como Transtornos Mentais e Comportamentais as condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor, ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento ⁽³⁾. Os referidos transtornos não constituem apenas variações dentro da escala do normal, sendo antes, fenômenos claramente anormais ou patológicos. Uma incidência de comportamento anormal ou um curto período de anormalidade do estado afetivo não significa, em si, a presença de distúrbio mental ou de comportamento. Para serem categorizadas como transtornos, é preciso que essas anormalidades sejam sustentadas ou recorrentes, e que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal. Estes se caracterizam também por sintomas e sinais específicos e costumam seguir um rumo mais ou menos previsível a não ser que passem por algumas intervenções. Certamente que a compreensão de anormalidade e normalidade está sedimentada nos paradigmas estabelecidos pelas “(...) médias estatísticas do que se deve esperar do organismo ou da personalidade, enquanto funcionamento e expressão” ⁽²⁴⁾ p. 353. Em se tratando especificamente do humor, se pode perceber que este também deve possuir um padrão esperado e variações dependendo das modificações relacionadas a eventos cotidianos, onde se tem a perspectiva de respostas emocionais ou modificações afetivo-emocionais.

As características relacionadas a alterações que se relacionam ao humor, podem ser classificadas em perturbações episódicas que não tem obrigatoriamente códigos ou classificações distintas, mas que se situam em pelo menos três partes distintas que caracterizam transtornos mentais que são uma a uma descritos no DSM-IV ⁽¹⁸⁾ no qual, um deles é o THB; e acerca deste transtorno ⁽²⁵⁾ atentam para o fato de que se trata de uma desordem mental descrita desde meados do século XIX; recebendo atenção especial dos pesquisadores somente na última década, e caracterizada por variações extremas no humor. As autoras advertem ainda para o

fato de que a complexidade dos sintomas obscurece e adia o diagnóstico, prejudicando a intervenção clínica apropriada³.

Neste sentido, contabilizam como sendo sinalizações históricas dos transtornos mentais até chegar ao THB; várias denominações referentes a “loucura, mania, fúria divina, melancolia, bruxaria, possessão, tristeza, demência, depressão e psicose”(p. 22); os autores demarcam que a descrição dos transtornos mentais pode ser comparada a uma odisséia que se relaciona a própria história da humanidade, considerando o berço cultural da Grécia e Roma. Os escritos mais antigos sobre a melancolia podem ser referidos a textos bíblicos como o primeiro livro de Samuel⁽²⁶⁾ e ao texto mitológico de Homero, *Ilíada*. A bíblia descreve o percurso melancólico do rei Saul sem ainda nomear o termo, mas descrevendo o estado de humor do rei que desobedeceu algumas determinações do seu antecessor Samuel, sendo este a representação da figura simbólica de pai e autoridade; já na obra de Homero⁽²⁷⁾, o sofrimento do herói Belerofonte (canto IV, versos 200-203) narra estados de abatimento, descritos como solidão e desespero advindos após cometer a grave infração de tentar ascender ao Olimpo provocando a cólera dos deuses. Alcântara, et al ⁽¹⁾ complementam que os primeiros pronunciamentos historiográficos vinculados à ciência aconteceram no século V e a influência do sobrenatural era determinante; fato que sofreu alterações consideráveis a partir das investigações naturalistas de Hipócrates. Assim, sai de cena o pensamento mágico e em seu lugar inicia-se um processo de construção da teoria biológica, e também da aplicação do modelo de observação clínica como os componentes mais importantes para relatos da classe científica⁴.

Arateus da Capadócia, o ‘*clínico da mania*’ que teve sua existência marcada no século 1º d.C. sugeriu que a mania demarca a finalização da melancolia, idéia

³ O THB frequentemente se sobrepõe ou ocorre juntamente com outras desordens: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em 80 a 90% das crianças; e em 30% dos adolescentes, depressão com sintomas muito intensos, elevado risco de suicídio e ansiedade. O diagnóstico incorreto expõe o paciente ao uso de psicoestimulantes e/ou antidepressivos, e o diagnóstico tardio pode torná-lo resistente ao tratamento, que, quando ocorre de forma adequada, objetiva a inclusão social e acadêmica do paciente. ⁽²⁵⁾ p. 1.

⁴ Hipócrates no século IV e V a. C. descrevia a melancolia (*melan: negro; cholis: bile*) como uma condição associada à aversão ao alimento, desalento, abatimento, insônia, irritabilidade e inquietude e afirmava que o medo ou a depressão prolongados significavam melancolia. Para ele, as doenças mentais seriam fenômenos derivados de um distúrbio humoral subjacente. Essa definição biológica que sobreviveu até o Renascimento fez parte da compreensão de que a saúde seria o equilíbrio dos quatro humores: sangue, bile amarela, bile negra e fleuma, e de que todas as doenças seriam produto do distúrbio desse equilíbrio. P. 23 ⁽¹⁾.

esta que persistiu por séculos. Defendia tal qual os gregos e romanos que a mania e a melancolia tinham a sua gênese na bile negra. '(...) Arateus também descreveu a ciclotimia. Suas observações são conhecidas hoje como o primeiro esforço nosológico em direção ao conceito moderno de transtorno bipolar" p. 23 (1). Já Galeno de Pérgamo (128 a 201 d.C.) fixou a melancolia como um fenômeno persistente e recorrente, e que poderia ter seu funcionamento simplesmente a nível cerebral, sendo esta uma síntese da teoria humor⁵.

Estes autores afirmam que nos séculos XV e XVI o empirismo atraía atenção e aceitação pelo social apoiado na metodologia filosófica de Francis Bacon. Em 1809 Pinel estabeleceu que a melancolia seria uma doença combinada de delírios apresentados antagonicamente à mania que atingia o campo mental. Já Esquirol descreveu o transtorno afetivo como uma forma isolada de perturbação mental; denominando-o de '*lypemanie*', termo este que se refere à inibição, perda e delírio mental. Renunciando a expressão melancolia por entendê-la demasiadamente simplória e inadequada do ponto de vista técnico, "(...) com seu trabalho, houve a transformação da visão de desestruturação psíquica global para o conceito de uma forma de loucura parcial, cujo distúrbio primário estaria nas emoções." (p. 23)

Alcantara et al (1) sublinham que, muito embora as articulações de Esquirol exercessem efeitos impactantes ainda no início do século XIX; a melancolia ainda era divulgada como um desequilíbrio primitivo mental, um subtipo de mania; cuja natureza era tida como irreversível; e de possibilidades terapêuticas retraídas; visto que a demência era considerada a última fase dos processos de vida do indivíduo acometido. "(...) Somente após adequar a descrição psicopatológica da depressão, esse conceito pôde ser reconhecido como integrante da noção de doença maníaco-depressivo." (1) p. 23.

A terminologia '*depressão*', ainda citada por Alcântara (1), originou-se da medicina cardiovascular da época e foi empregada aos casos de desordens psíquicas semelhantes, como a depressão mental, que significavam a moderação da condição espiritual dos indivíduos que sofriam de alguma moléstia⁶.

⁵ Da Grécia clássica até o início da Idade Média, as afecções mentais e físicas eram cuidadas primariamente por médicos. À medida que essa função foi sendo delegada aos mosteiros e religiosos, devido à queda do Império Romano, as idéias iniciais cederam lugar a um período de trevas. (1) p. 23.

⁶ Na metade do século XIX, Jules, Falret e J. F. Baillanger, formularam a idéia de que mania e depressão representariam diferentes manifestações de uma única doença, essa corresponderia às

Segundo esses autores o trabalho nosológico de Kraepelin foi determinante para resumir as idéias de seu tempo e conduzir as pesquisas ulteriores. Além de ter sido o pioneiro em produzir completamente um molde de doença na área da psiquiatria; utilizando métodos de observações e relações organizadas. “(...) Em 1899, ele agrupou todas as psicoses descritas anteriormente em uma entidade fundamental: doença maníaco-depressivo, que ele considerava uma afecção endógena e constitucional (...)” (1) p. 23. A diferenciação entre Bipolar tipo I e Bipolar tipo II foi introduzida por Dunner, segundo Alcântara (1), sendo que o primeiro apresenta fenômenos maníacos e o segundo revela a hipomania⁷.

O THB é marcadamente descrito com quadros episódicos depressivos e maníacos no histórico vivencial do paciente. A fase maníaca, em resumo, tem como característica, níveis elevados de otimismo, grande vontade de se relacionar com pessoas, pensamento acelerado, redução da necessidade de sono, aumento da atividade dirigida a objetivos, irritabilidade, hipersensibilidade a rejeição dentre outras alterações (28). O episódio depressivo, segundo o DSM-IV (18), tem como sinais típicos humor deprimido, acentuada diminuição de interesse-prazer em todas ou quase todas as atividades; insônia-hipersonia quase todos os dias, fadiga-perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva e/ou inadequada; capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se; freqüente indecisão; e ainda ideação suicida recorrente.

Contudo Lara (29) defende que no THB não há apenas variação do humor entre a tristeza-depressão e alegria-euforia, afirma que pode ocorrer também estados de ansiedade, irritação ou tédio, por exemplo, onde pode haver em muitos bipolares períodos mais marcadamente depressivos e ansiosos do que os de elevação de humor, por esta razão é comum serem confundidos com unipolares ou depressivos.

Em entrevista concedida à Folha de São Paulo (30), Akiskal afirmou que seus estudos mostravam como muitos tipos de depressão eram transtornos bipolares que acometiam de 6% a 8% da população, onde deveriam ser revistos muitos

primeiras concepções explícitas da doença maníaco-depressivo como entidade nosológica única. (1) p. 23.

⁷ O ano de 1966 marca o renascimento da doença bipolar com duas das mais importantes publicações na área de transtorno do humor em toda a história da psiquiatria: os trabalhos de Jules Angst (‘Sobre a Etiologia e a Nosologia de Psicoses Depressivas Endógenas’) e de Carlo Perris, que publica ‘Um Estudo de Psicose Bipolar (Maníaco-Depressiva) e a Psicose Depressiva Recorrente Unipolar. (11) p. 24.

tratamentos com antidepressivos que poderiam ter efeitos de piora dos quadros, bem como alertava que o transtorno bipolar não era raro como se imaginava e que possuía formas brandas, enfatizando que o sucesso do tratamento psiquiátrico, como qualquer especialidade médica, dependia de um diagnóstico correto. Na mesma entrevista Akiskal afirmava a importância de se destacar como o risco do suicídio é realmente alto entre as pessoas deprimidas por transtornos bipolares, pois estes apresentam uma energia que o deprimido clássico não apresenta para consumir o ato.

Segundo Lara ⁽²⁹⁾, um estudo recente demonstrou que metade dos pacientes internados pela primeira vez em unidade psiquiátrica e que tiveram o diagnóstico de depressão unipolar, vieram a desenvolver episódios de mania ou hipomania em algum momento nos 15 anos seguintes. Refere ainda que o mesmo estudo observou a frequência da hipomania ter sido três vezes mais comum do que a mania, equiparando-se a outros estudos epidemiológicos.

Esse autor ainda expõe que uma explicação para a frequência com que os casos de bipolaridade têm sido diagnosticados nos Estados Unidos e no Brasil, pode ser em função da introdução dos estímulos do modernismo na rotina dos indivíduos; a saber, celulares, televisão e computador no quarto, brinquedos coloridos e barulhentos, videogames ensandecidos, etc. Outra hipótese seria a de que nos países da América, tendo recebido muitos colonizadores, têm a propensão ao perfil bipolar por estarem carregados no temperamento de busca de novidades, exploratório e confiante, características marcadamente apresentadas por pessoas com THB. ⁽²⁹⁾

2.2. O ESPECTRO BIPOLAR E SUAS DIMENSÕES CONCEITUAIS

Alcantara *et al* ⁽¹⁾ noticiam que na atualidade exige-se a remodelação de algumas conceituações acerca do THB demarcadas pelos manuais oficializados, a saber, o DSM-IV-TR (Anexo 1) e a CID-10 (Anexo 2); o que se propõe é a reavaliação ampla no que se refere à diagnose deste transtorno. Os autores continuam a explanação afirmando que tais transformações implicam tanto no tratamento quanto na abordagem do THB; uma vez que as estatísticas denunciam a prevalência de 1% para aproximadamente 5% da população global. “(...) ademais,

expande a utilização de estabilizadores de humor em detrimento da prescrição de antidepressivos, entre outros fármacos.” (p.24)

Baseados em Akiskal (³¹), Alcântara et al (¹) discorrem acerca de quatro tipos de THB acrescentadas de subdivisões específicas⁸; assim: O Tipo I refere-se à Mania Plena, e esta é qualificada em função da frequência de uma síndrome maníaca tradicional com sinais psicóticos, podendo mesclar depressão e mania. Já o THB I descreve a depressão com mania prolongada, caracterizada pela presença de hipomania, onde se destaca o limite impreciso e confuso que divide o quadro de mania e hipomania, mas ainda assim, enfatiza que a hipomania não tem o caráter disruptivo presente na mania. Na descrição para o THB II se evidencia a depressão com hipomania, marcada por eventos que alternam rigorosamente fases depressivas com hipomaníacas, que persistem por pelo menos quatro dias. Os indivíduos com THB III apresentam normalmente um temperamento ciclotímico, onde demonstram fenômenos hipomaníacos estimulados por antidepressivos; e finalmente o THB IV evidenciado por pacientes hipertímicos de longa duração justapostos com expressões depressivas tardias.

Tanto é verdade que esta série não consegue abarcar todas as conceituações evidentes no espectro bipolar; como também o é a relevância de enfatizar uma conceituação para a “depressão pseudo-unipolar, dando ênfase à noção de que muitos pacientes diagnosticados como deprimidos possam apresentar na realidade alguma manifestação integrante do espectro bipolar” (¹) p.24. A polêmica em torno da conceituação deve considerar a definição da Depressão Atípica (DeA)⁹, considerando que:

Alcantara *et al* (¹) apontam a inexistência de uma convergência entre os pesquisadores acerca da depressão atípica pertencer a uma classe diagnóstica constante e exclusiva; fato este que reflete na legitimidade dos critérios utilizados para as conceituações constantes no DSM-IV-TR; uma vez que de acordo com os autores a doença bipolar vai ser colocada em destaque por publicações de Jules

⁸ A abordagem diagnóstica dimensional (continuum) propõe que a psiquiatria moderna promova uma mudança de suas diretrizes diagnósticas, inspirada nas idéias de Émile Kraepelin. Parte desta é representada pela noção de Espectro Bipolar, que se estenderia muito mais além das categorias diagnósticas de THB tipo I, THB tipo II e ciclotimia. (1) p.24.

⁹ O conceito de Depressão Atípica (DeA) surgiu com o trabalho de West e Dally em 1959, estudando pacientes responsivos e irresponsivos a IMAO (inibidores da Mono-Amino-Oxidase) e notando a presença do histórico de fobias, de ‘conversões histéricas’ e de ausências de sintomas neurovegetativos melancólicos entre os pacientes responsivos a IMAO. (1) p. 25.

Angst, Carlo Perris e Dunner, que revolucionaram as conceituações da bipolaridade a partir de 1965 e décadas seguintes e colocam em discussão as hipóteses sobre o Espectro Bipolar, iniciadas com a introdução da distinção entre Bipolar tipo I com episódios maníacos e o tipo II com episódios hipomaníacos.

A Disforia Histeróide, estudada por Davis e Klein em 1968 conforme relatam Alcantara *et al* ⁽¹⁾ pertence a uma subclasse da depressão e manifesta-se preferencialmente nas mulheres sinalizando afetividade atípica acoplada a disfunções nas relações interpessoais, especialmente no campo afetivo-romântico. Ao se perceberem desiludidas afetivamente, tais mulheres comportam-se de forma colérica, deprimida ao extremo, agressiva e com ideação suicida. “(...) Os sintomas afetivos atípicos tendem a ser de hipersonia e hiperfagia, com espacial consumo de doces e sentimento de estarem extremamente fatigadas (...)” ⁽³²⁾ p.27. Confidenciam os autores que um quadro depressivo constando sintomas atípicos favorece com que se adiante a mania ou a hipomania.

Goodwin ⁽³²⁾ inquietou-se acerca da dimensão da terminologia ‘*hipomania*’; visto que a sua reconstrução semântica do ponto de vista da psicopatologia estaria sendo considerada a partir de frágeis porções investigadas. “(...) O termo hipomania estaria sendo utilizado como representante de uma generalização que relaxa nos critérios do DSM-IV-TR para severidade e tempo (...)” ⁽¹⁾ p.30.

As exigências do DSM-IV e CID-10 para o entendimento dos Estados Mistos demandam a presença de episódio maníaco concomitante com um evento depressivo. Porém, idéias contemporâneas contemplam fenômenos de mania que sustentem mínimos resquícios depressivos, ou vive-versa; certamente que não existe comum acordo entre cientistas acerca desta enfermidade; nem mesmo há uma nomenclatura específica para este fenômeno, então são aceitos ‘*mania mista*’; ‘*estado misto*’; ‘*depressão durante a mania*’; ‘*mania disfórica*’; etc. ⁽¹⁾. “A importância dos Estados Mistos é óbvia se considerarmos que, dependendo da classificação, entre 20 e 74% dos pacientes com doenças afetivas apresentaram em algum período um Estado Misto.” (p. 26). Akiskal *et al* ⁽³¹⁾ citados por Alcantara *et al* ⁽¹⁾ deliberam que o fator de predominância dos Estados Mistos dentro do THB será determinado pelo número de sintomas depressivos na mania ou o inverso.

Os mesmos autores ⁽¹⁾ fazem uso das conceituações de Kraepelin e indicam que o produto da junção do temperamento prévio com eventos depressivos maiores e maníacos dos pacientes resulta em um temperamento oposto, estabelecendo

variações expositivas. Surgem essencialmente três modalidades de Estados Mistos, a saber; Tipo I- engloba a soma de um temperamento depressivo com a mania e com características em geral psicóticas; Tipo II , onde resulta um temperamento ciclotímico que evidencia uma depressão maior, cujo substrato ciclotímico se mantém ativo durante o episódio depressivo provocando sintomatologia típica como a “labilidade de humor, irritabilidade, fuga de idéias e abuso de substâncias, além de impulsividade sexual. Frequentemente não psicótico, podendo ser confundido com Transtorno de Personalidade Borderline”(p.26); já o Tipo III diz respeito do resultado do temperamento hipertímico adicionado à Depressão Maior; sendo que os momentos depressivos são envolvidos por agitação, ansiedade nas verbalizações e apetite sexual. Neste caso a indicação farmacológica é o lítio, visto que o prognóstico é negativo se a opção for antidepressivos; alertam os autores.

2.3. IMPLICAÇÕES FISIOPATOLÓGICAS INSTALADAS NO TRANSTORNO DO HUMOR BIPOLAR

Sanches e Jorge (¹⁸) dão conta de que se considerado o teor fisiopatológico no THB, este estaria atrelado à assinergia das áreas cerebrais responsáveis pelas emoções. Frey et al (³³) referem estudos em neuroimagem que demonstram várias alterações estruturais e funcionais em determinadas regiões do cérebro de indivíduos bipolares, como o córtex pré-frontal e temporal, cerebelo, gânglios da base e sistema límbico.

Estes autores disparam ainda que tais investigações parecem ser limitadas quanto a buscar subsídios celulíferos nestas áreas cerebrais; ainda assim, estudos neuropatológicos (pós-mortem) indicaram reduções da glia e até mesmo alterações neuronais e neuroquímicas intracelular. Visto que as técnicas de neuroimagens da atualidade são restritas a milímetros, então se torna imprescindível as análises pós-mortem, uma vez que estas flexibilizarão o contato que não se desviará das realidades moleculares e celulares. Ainda com relação a estes estudos, os autores demarcam que, os progressos da bioquímica molecular acusam um desequilíbrio de mecanismos intracelulares, que estão diretamente ligados aos sistemas de regulação da expressão, síntese de fatores tróficos e segundos mensageiros; como agregados à fisiopatogenia do THB.

Frey *et al* (³³) citam o *kindling*, uma réplica modelar oriunda da epilepsia aplicada ao THB; “(...) no qual a repetição das crises causaria um processo de sensibilização neuronal, levando a uma diminuição progressiva do limiar, com aumento da recorrência das crises epiléticas (maníacas) (...)” p. 180. Os autores explicam que, investigações neste campo aventam que este mecanismo implica em uma seqüência de alterações acerca dos segundos mensageiros e expressão gênica. Os autores ainda asseveram que investigações de neuroimagem estrutural indicaram em pelo menos em uma proporção dos pacientes a ocorrência de relevantes adulterações na arquitetura cerebral insinuando inclusive definhamento ou aniquilamento neuronal e que outras pesquisas acusaram abreviações da substância cinzenta em córtex pé-frontal e temporal, além de acréscimo dos ventrículos laterais. “(...) estudos independentes que avaliaram regiões específicas do lobo temporal demonstraram diminuição e aumento do volume da amígdala em indivíduos bipolares (...)” (p. 181). Pesquisadores depararam-se com sólidos resultados do ponto de vista médico-científico frente ao THB, foram detectados prejuízos difusos da substância branca, e estes podem representar a suspensão nos circuitos implicados na homeostase do humor. Discretas alterações em glânglios da base e cerebelo foram detectadas em indivíduos acometidos pelo THB; ultimam os autores.

Consideradas em conjunto, estas descobertas incitam uma hipótese de anomalia no contorno córtico-límbico no contexto anatômico do THB, alertam Frey *et al* (³³). “(...) Os estudos de neuroimagem funcional fornecem evidências adicionais de alterações do metabolismo da glicose e diminuição do fluxo sangüíneo regional e dos fosfatos energéticos celulares nas regiões corticais e subcorticais (...)” (p. 181)

Benes *et al* (1998) citados por Frey *et al* (³³) referem-se a uma compressão neuronal não-piramidal na região CA2 do hipocampo em pacientes esquizofrênicos e com THB; e posteriormente, nossos estudos replicaram o mesmo achado, constatando que o mesmo desvio foi localizado na área II do córtex anterior do cíngulo: o que hipotetiza a relação entre a diminuição da inibição dos neurônios não piramidais (GABAérgica)¹⁰ na fisiopatogenia do THB.

¹⁰ Esses achados sugerem uma possível associação da diminuição da inibição GABAérgica (neurônios não piramidais) na fisiopatologia do TAB. No tronco cerebral, foi demonstrado um aumento bilateral do número de neurônios pigmentados no *locus ceruleus* de indivíduos bipolares em comparação a unipolares. Esses neurônios são uma das principais fontes de noradrenalina (NA) no SNC (...). (p. 181).

Frey *et al* ⁽³³⁾ comunicam que as sinapses funcionais no THB podem diminuir a densidade glial; o que causaria desconforto na regulação natural destes sistemas, pois estas células são responsáveis pela harmonia energética do SNC através da apreensão e fosforilação da glicose durante a ação neuronal; auxiliando também na manutenção, remodelagem das conexões sinápticas e seu desenvolvimento¹¹.

Os autores informam ainda que as investigações acerca das proteínas G relacionadas com o THB cresceram a partir de comprovações preliminares dos movimentos reguladores do lítio em diversas classes protéicas G, testados em animais. Frey *et al* ⁽³³⁾ divulgam que Young *et al* (1994) são pioneiros em relacionar o aumento dos níveis de G_s no córtex occipital, temporal e frontal dos pacientes com THB. Os resultados deste estudo foram repetidos, e demonstraram a ampliação da ação de G_s incentivada por agonista. Porém, em outra investigação conduzida por Dowlatshahi *et al* (1999) e citada por Frey *et al* ⁽³³⁾ que contabilizava uma amostragem maior, não foram constatadas quaisquer diferenças nos níveis de G_s em pacientes com THB quando confrontados com o grupo controle; “(...) porém, evidenciaram um aumento significativo da G_s entre os pacientes que não estavam em uso de lítio (...)” (p. 182). Assim, entende-se que a indicação do medicamento pode ter sido responsável pelo insucesso do estudo. Outros estudos envolvendo o teor sangüíneo periférico não somente caminham rumo a tais resultados, como também fortalecem o elo entre os estados afetivos e a ação das proteínas G¹².

¹¹ O mecanismo que envolve a transmissão da informação desde a sinapse até o núcleo da célula é mediado por um processo intermediário chamado sistema de segundos mensageiros, como as vias da adenosina monofosfato cíclica (AMPC) e do fosfatidilinositol (PIP). Esse processo envolve três etapas: 1) a ligação do neurotransmissor ao receptor de membrana; 2) a ativação de proteínas que utilizam a guanosina trifosfato (GTP) como cofator, chamadas proteínas G; e 3) a ativação de sistemas efetores (via segundos mensageiros). As proteínas G possuem três subunidades (α, β e γ), que são firmemente ligadas à parte interna da membrana plasmática, sendo ativadas a partir da ligação do neurotransmissor ao seu receptor específico. Múltiplos sistemas de receptores do SNC são modulados pelas proteínas G, incluindo os receptores noradrenérgicos, serotoninérgicos, dopaminérgicos, colinérgicos e histaminérgicos, entre outros. As proteínas G podem exercer efeito tanto estimulatório quanto inibitório nas proteínas efetoras, sendo, portanto, classificadas como G_s (proteína G estimulatória) e G_i (inibitória). Dessa forma, as proteínas G ativadas pelos receptores modulam o fluxo de íons, através da regulação da atividade dos canais iônicos, e controlam a atividade de uma variedade de enzimas efetoras (...). ⁽³¹⁾ p. 181-82.

¹² Schreiber *et al* (1996) (...) foram os primeiros a evidenciar um aumento da atividade da proteína G em leucócitos mononucleados de pacientes em estado maníaco. Outros dois estudos observaram aumento dos níveis de G_s em mononucleados de bipolares deprimidos sem medicação, enquanto outro estudo encontrou aumento dos níveis na mania e diminuição no estado depressivo. Além disso, esse aumento da expressão da G_s também foi demonstrado em plaquetas, mas não em linfoblastos. Esses estudos sugerem que o estado de humor e o tipo celular podem influenciar nos achados de aumento da G_s no sangue periférico de indivíduos bipolares (...). ⁽³¹⁾ p. 182.

Muito embora os resultados destas investigações levem à fortalecidas sugestões acerca da relação do funcionamento das proteínas G na fisiopatogenia do THB; é desejável que se leve em conta que nada mais são do que hipóteses; uma vez que, este fato pode ser determinado também em função de um desequilíbrio funcional em rotas intermediárias ⁽³³⁾.

Estes autores continuam a explanação relatando que a formação do AMPc, um importante segundo mensageiro, a partir da adenosina trifosfato -ATP-; está relacionada às proteínas efetoras regulamentadas pelas proteínas G, a adenilato ciclase -AC- . O trabalho de ativação da proteína quinase dependente de AMPc -PKA- é uma das várias funções do AMPc; a qual está interligada com as modificações da neurotransmissão em alterações neurobiológicas de longo prazo. Indivíduos bipolares foram submetidos a análise pós-mortem e foram detectadas abreviações nas ligações [³H]cAMP com a PKA no córtex frontal, parietal, temporal, occipital, tálamo e cerebelo; "(...) o que traduz uma medida indireta de aumento da atividade do AMPc nesses pacientes (...)" ⁽³³⁾ p. 182. Estudos pós-mortem recentes sublinharam, após analisar o córtex temporal e frontal e as plaquetas, aumento da ação da PKA em indivíduos acometidos pelo THB. Os autores finalizam afirmando que, tais análises se consideradas em conjunto, insinuam aumento da atividade da via do AMPc-PKA em regiões cerebrais nos pacientes bipolares¹³.

Frey *et al* ⁽³³⁾ concluem que os resultados dos estudos em neuroimagem e pós-mortem têm desvelado degenerescência ou desaparecimento de células nervosas, principalmente as gliais, associado a uma relevante perda do volume de áreas do SNC. Entretanto as hipóteses das alterações prematuras envolvidas no processo migratório neuronal, decomposição celular advinda do avanço da moléstia, alterações bioquímicas que acompanham as crises afetivas ou as movimentações

¹³ (...) estudos demonstraram que o uso crônico de lítio diminui a ativação da AC e que esta ação pode ser revertida pelo aumento da concentração de GTP, sugerindo que os efeitos do tratamento com o lítio podem ser mediados no nível das proteínas G. No entanto, em estado basal o lítio aumentou a formação de AMPc no cérebro de ratos. Dessa forma, tem sido sugerido que a ação do lítio na atividade da AC é estado dependente: em condições basais, quando a inibição tônica da formação do AMPc mediada pela GI_{α_i} é predominante, o lítio aumenta a formação do AMPc; quando da ativação da AC pelo conjunto receptor- GI_{α_s} , a formação do AMPc é atenuada. Esse mecanismo de ação 'bimodal' poderia ser uma das explicações do efeito terapêutico do lítio tanto na depressão como na mania. O uso crônico de valproato em concentração clinicamente relevante produziu um aumento significativo dos receptores b-adrenérgicos ligados à via do AMPc em células cultivadas *in vitro*. A carbamazepina, por sua vez, demonstrou inibir a atividade da AC tanto em estado basal quanto ativada, além de reduzir os elevados níveis de AMPc no líquido de pacientes maníacos. ⁽³³⁾ p. 183.

das intervenções farmacológicas, ainda não foram validadas. “(...) Em contrapartida, o possível papel da morte/atrofia celular no declínio progressivo do funcionamento encontrado em muitos pacientes permanece a ser elucidado (...)” (p. 186). Neste sentido, ainda destacam que tem sido encontradas crescentes evidências que apontam para a associação de eventos intracelulares envolvendo o sistema de segundos mensageiros como parte das alterações neurobiológicas do transtorno do humor, sendo demonstrado um aumento da atividade das proteínas G e das vias do AMPc e o PIP2 que tendem a modificar as proteínas envolvidas com a plasticidade sináptica neurogênese e conformação do citoesqueleto através da regulação da síntese de DNA.

Frey *et al* ⁽³³⁾ advertem que ainda apresentam consistência relativa as validações de que o melindre clínico do paciente bipolar está instalado nas questões genéticas e/ou ocorrências vivenciais prematuras; conseqüências das indicações medicamentosas ou até mesmo o cerne da patologia, ou seja, o seu processo etiológico. São nubladas também as respostas acerca da interferência que os fármacos exercem nas modificações fisiopatológicas do THB. Assim, é desejável que as vantagens obtidas com os estudos realizados nesta área, sejam apreciadas com precaução, evitando generalizações, visto que são investigações preliminares e justamente em função disto necessitará de repetições e aumento das amostragens. O que fortalece este comentário encontra-se na citação de Frey *et al* ⁽³³⁾ “(...) têm sido relatadas anormalidades envolvendo outras vias, como o sistema purinérgico (...)” (p. 186). Então estes autores ficam na expectativa de que a apresentação desse inovador campo de pesquisas sobre o THB, apresentado em suas especulações, auxiliem no desenvolvimento de tratamentos mais eficazes para o curso muito incapacitante da manifestação e curso dos transtornos bipolares.

2.4. ETNOPSIQUIATRIA E THB: A ADOÇÃO DE UM ENFOQUE NOSOLÓGICO TRANSCULTURAL

Sanches e Jorge ⁽¹⁸⁾ afirmam que existem, nas manifestações emocionais dos pacientes com THB, diferenças singulares quando se considera o fator cultural destes; então os autores hipotetizam que o diagnóstico e o prognóstico do THB estejam unidos à situação cultural dos acometidos. E cultura aqui é “(...) definida

como um conjunto complexo de códigos que asseguram a ação coletiva de um grupo (...)" p. 17 ⁽³⁴⁾.

Sanches e Jorge ⁽¹⁸⁾ citam o clássico estudo realizado nos Estados Unidos e Inglaterra nos anos 60, onde "(...) demonstrou que os critérios utilizados para caracterização de estados de mania e esquizofrenia pelos psiquiatras britânicos diferiam bastante dos utilizados pelos americanos (...)" p. 54. Os autores enfatizam que este trabalho disseminou o progresso do DSM-III e seus caminhos nosológicos. Este trabalho representa ainda a gênese das investigações acerca das heterogeneidades transculturais arroladas ao diagnóstico de THB. Os autores historicam acerca da organização do DSM-IV quando da circunstância de que as exigências diagnósticas perpassassem pelas disposições das diferentes culturas existentes, passam a ser consideradas e resultaram na elaboração do Apêndice I, no qual é incluído o plano para a formulação cultural para cada caso. Assim preservam-se particularidades individuais predispostas à cultura a qual o indivíduo está inserido¹⁴.

Há considerações ainda sobre a existência de inúmeras especulações que unem o aspecto cultural às manifestações depressivas; entretanto nada é especificado acerca dos eventos maníacos, no que diz respeito aos transtornos do humor. Na ocorrência do THB tipo I, consolida-se que não há evidência empírica de que exista relação entre THB e etnia. E que há chance de que o fenômeno seja identificado como esquizofrenia ao invés de THB em determinadas culturas e em públicos juvenis; ressaltam os autores.

A CID-10 ⁽²⁰⁾, em função de sua tendência cosmopolita, é composta de critérios bastante alargados, o que implica no distanciamento dos fenômenos psíquicos regionais próprios de determinadas coletividades. Muito embora seja um documento oficializado pela Organização Mundial da Saúde para que diversificados países possam utilizá-lo; ainda assim não existem em tal documento quaisquer pontuações no que se refere ao diagnóstico do THB em relação a fatores étnico-culturais ⁽¹⁸⁾. Dessa forma os diagnósticos para THB efetuados com noções puramente descritas nos manuais CID-10 e DSM-IV, sem que a legitimação cultural

¹⁴ Dados relativos à identidade cultural do indivíduo, explicações culturais para sua doença, fatores culturais relacionados ao ambiente psicossocial e ao nível de funcionamento, elementos culturais do relacionamento entre o indivíduo e o clínico, e avaliação cultural geral para diagnóstico e cuidados - e um glossário de síndromes ligadas à cultura. Além disso, em várias categorias diagnósticas foi incluído um tópico denominado "Características específicas à idade, à cultura e ao gênero", contendo informações especificamente relacionadas ao transtorno em questão (...). ⁽¹⁸⁾ p. 54

seja efetivada, concorreriam para interrogações que poderiam fragilizá-lo e observam como este fato é ilustrativo quanto as dificuldades de um estudo do THB como entidade nosológica transcultural. “Considerando-se que as duas classificações mais comumente utilizadas são precárias no que se refere a estas questões, diagnósticos efetuados em culturas diferentes da ocidental, com base nos dois referidos sistemas diagnósticos, devem ser vistos com cautela” (p. 54).

Sanches e Jorge (¹⁸) sublinham a existência da suposição de que, de acordo com a regionalidade, a prevalência e extensão dos casos de THB entre os gêneros têm diferenciações, quando considerados o aspecto depressão unipolar; porém a maioria dos estudos não consegue validar tal hipótese. Ainda assim o ECA - Epidemiologic Catchment Área - verificou prevalências similares de THB em diferentes junções étnicas e religiosas nos EUA, quando iluminados outros aspectos. Uma pesquisa visando acarear qualificações epidemiológicas do THB em várias geografias sugeriu peculiaridades entre diversas partes do mundo se considerada a relação de gênero, faixa etária, gênese do transtorno, bem como a sua prevalência. Os autores demarcam também que uma pesquisa contemporânea indicou disparidades na preponderância de THB e Transtornos do Espectro Bipolar em vários países. Tais resultados foram agregados à larga escala de consumo de frutos do mar, onde se infere a sua eficácia como um fator de proteção para o THB, uma vez que tais iguarias têm altos teores de Ômega-3 e ácidos graxos. “Outro estudo, comparando o efeito de aspectos étnicos sobre a sazonalidade das admissões hospitalares em pacientes com transtornos de humor, falhou em demonstrar qualquer efeito da variável etnia sobre o número e a distribuição sazonal das internações”(p. 55)

De acordo com estudos citados por Sanches e Jorge (¹⁸) sobre a incidência de mania e as tendências temporais em relação ao gênero e etnia, publicados em 1996, numa pesquisa onde comparou-se pacientes afro-caribenhos, negros e caucasianos, ambos diagnosticados com THB, se verificou que no Reino Unido, havia a inclinação a um maior risco de apresentação de eventos de mania entre imigrantes afro-caribenhos que entre caucasianos. Observando-se, entretanto, a constatação de uma maior indicação clínica para esquizofrenia, pelo fato desta etnia estar sujeita a maior risco aos transtornos, em função de questões que envolvem pós-imigração e preconceito; lamentam Sanches e Jorge (¹⁸). Parece não haver comprovações empíricas de que o THB tenha mais incidência numa etnia do que em

outra, ou mesmo demonstre epidemiologias diferentes em culturas específicas. Comprovou-se que, entre os pacientes Tipo I, os caucasianos demonstraram menor proporção de sinais emblematicamente maníacos do que os negros; em detrimento dos afro-caribenhos que apresentaram mais sintomas psicóticos incompatíveis com as disposições afetivas de pacientes maníacos de outras culturas. Enquanto que os afro-caribenhos e os negros demonstraram menor índice de ideação suicida do que os caucasianos; reproduzem os autores.

Estatísticas mencionam também a incidência de resultados divergentes acerca do processo diagnóstico estabelecido entre psiquiatra e paciente; assim, comprova-se que nos EUA a esquizofrenia seja hiperdiagnosticada, e o transtorno esquizoafetivo e o THB sejam subdiagnosticados; presume-se que este fato ocorra em função de questões lingüísticas, de vocabulário dos clínicos e na compreensão sintomatológica dos mesmos podendo inclusive se atribuídos a diferenças culturais e preconceitos raciais ligados ao processo diagnóstico. Pesquisas iluminam a probabilidade de que podem ocorrer variações culturais de fato na exibição clínica do THB, onde alguns estudos evidenciam essas características.

Egeland et al (1983) mencionados por Sanches e Jorge (¹⁸) verificaram que alguns religiosos da ordem Amish nos EUA, apresentaram semelhanças na exposição clínica do THB “(...) alguns sintomas maníacos, como a inquietação psicomotora e menor necessidade de sono, poderiam ser considerados livres de qualquer influência cultural em sua caracterização (...)” (p.55); porém, o exagerado envolvimento em atividades, pode ser considerado um sintoma e este pode estar acrescentado ou ocultado a determinados comportamentos culturais observados naquela população específica. A Auto-estima exaltada é um comportamento considerado pelos membros Amish, uma transgressão religiosa e, portanto nas triagens clínicas, era omitida ou camuflada. No Leste da Índia foram detectadas peculiaridades comportamentais em pacientes maníacos “(...) baixa ocorrência de fuga de idéias e uma relativamente alta proporção de pacientes exibindo delírios persecutórios e de auto-referência (...)” (p.55). Mitchell e Romans (2003) evidenciados por Sanches e Jorge (¹⁸) citam a avaliação sobre o papel da religiosidade no THB; e concluem que pacientes que professam credos considerados *‘fortes’* demonstraram taxa inferior de adesão ao acompanhamento farmacológico se confrontados com aqueles seguidores de crenças *‘fracas’*. 25%

dos indivíduos admitiram a presença dos conflitos entre as recomendações médicas e ‘conselhos’ dos seus mestres espirituais.

Ao que parece, existem diversidades no percurso e progressão do THB em determinadas culturas “(...) A CCMD-3 (Classificação Chinesa de Transtornos Mentais – Terceira Edição) optou por manter a categoria diagnóstica de ‘mania unipolar’, por considerá-la válida em pacientes chineses (...)” (p. 55). Pacientes chineses com diagnóstico de mania recorrente foram acompanhados numa pesquisa prospectiva que tinha a intencionalidade de analisar a progressão clínica dos mesmos; entretanto em seus resultados não foram evidenciados episódios depressivos no decorrer de dez anos de acompanhamento. Efeito semelhante foi detectado em pesquisa levantada em Yoruba na Nigéria onde considerável número de pacientes com diagnóstico de transtorno maníaco ‘unipolar’ foi demarcado. Em Israel a investigação foi focada nos fenômenos passados, ou seja, utilizou-se a linha do estudo retrospectivo, a fim de analisar o desenvolvimento de bipolares; os resultados acusaram fixação de eventos maníacos sobre ocorrências depressivas; propensão esta contraposta ao que é normalmente examinado na Europa. Talvez este evento aconteça em função do predomínio climático sobre o fluxo do THB.

Em síntese pode-se relacionar uma proximidade étnica na expressão clínica do THB com as implicações para o seu diagnóstico em culturas e subculturas específicas ⁽¹⁸⁾. Comprovou-se o fato de que fatores culturais podem ser influenciadores de ambientes clínicos no que diz respeito aos transtornos mentais; porém não há confirmação no caso específico do THB; avisam os autores que finalizam a apresentação dos estudos etnopsiquiátricos e seus aspectos epidemiológicos do transtorno bipolar, evidenciando que a literatura que se refere ao tema foi proveniente de pesquisa em países desenvolvidos. Os aspectos socioculturais a serem avaliados quanto a possíveis variações da expressão clínica e as diferentes modalidades de acesso aos tratamentos dos THB na população brasileira, seria um importante campo de pesquisa que ainda não foi devidamente explorado.

Em resumo, a literatura aponta para peculiaridades culturais na apresentação clínica do THB. Tal fato pode apresentar implicações para o diagnóstico deste transtorno em populações e subpopulações específicas, portanto aspectos étnico-culturais parecem influenciar a apresentação clínica, o diagnóstico e o tratamento desse transtorno mental.

2.5. FATORES GENÉTICOS, PERSPECTIVAS FAMILIARES, DE GÊNERO E OS RISCOS DE SUICÍDIO NAS MANIFESTAÇÕES DE THB.

Indivíduos afetados por THB se deparam com a importante questão relativa ao risco de sua prole desenvolver a doença. Diferentes mecanismos genéticos podem estar envolvidos na etiopatogenia do THB tais como alterações cromossômicas, heterogeneidade de alelos, heterogeneidade de genes (loci), epistasia, mutação dinâmica levando ao fenômeno de antecipação, imprinting e mutação de genes mitocondriais.

Ainda que não avaliada em estudos de comunidade, a história familiar deve ser incluída como importante fator de risco, uma vez que a correlação positiva entre a ocorrência de transtornos mentais na família é alta ⁽⁹⁾. A relação entre THB e história familiar está bem estabelecida e o risco de THB é consistentemente aumentado em parentes de primeiro grau quando comparados com controles normais ou com depressão maior ⁽³⁵⁾.

O Estudo da Área de Captação Epidemiológica de Saúde Mental- ECA-NIMH ⁽³⁶⁾ constatou entre os indivíduos casados, taxas significativamente mais baixas de THB que solteiros ou divorciados, o que possivelmente reflete as conseqüências da doença. Conforme revisão de literatura ⁽³⁵⁾ de relevante percebe-se uma associação entre o THB e a condição sócio-econômica desfavorável e o estado civil solteiro, bem como estudos anteriores ⁽³⁷⁾ evidenciam alta proporção entre os casos de pessoas solteiras e divorciadas.

As postulações sobre as diversas razões para a prevalência maior de certos transtornos entre as mulheres e entre os homens, indicam que há fatores genéticos e biológicos desempenhando o seu papel, como o caso da associação entre as alterações hormonais e os estados de humor entre as mulheres, mas para estas ainda se apresentam as questões sócio-culturais relativas à violência a que estão sujeitas. Já os distúrbios mentais graves como a esquizofrenia e os transtornos do humor bipolares não apresentam claras distinções sexuais de incidência e prevalência de acordo com Kessler et al. ⁽³⁾

A busca de atendimento psiquiátrico e psicológico entre adultos é predominantemente feminina, como pode ser observado em estudos recentes e outros ⁽³⁵⁾; ⁽³⁸⁾; ⁽³⁹⁾; ⁽⁴⁰⁾ esta ascendência pode chegar a proporção de quatro

mulheres para cada homem, de acordo com Tung ⁽⁹⁾ e Perez ⁽³⁸⁾. A discrepância relatada tem sido um consenso na literatura e nas pesquisas examinadas. As desigualdades encontradas nas condições psiquiátricas nos dois gêneros podem ser, em parte, devidas a fatores sócio-culturais. A situação social feminina pela vulnerabilidade a situações trabalhistas desvantajosas, violência sexual e doméstica ⁽⁴¹⁾; ⁽⁴²⁾ pode contribuir para as taxas mais altas de transtornos depressivos e ansiosos entre mulheres ⁽⁴³⁾.

Por outro lado, uma perspectiva de gênero não é apenas útil porque a fenomenologia e o curso da doença diferem no homem e na mulher, mas também porque a vida reprodutiva da bipolar pode influenciar no curso e tratamento do transtorno, de acordo com Burt e Hendrick ⁽⁴³⁾. Sabe-se que os mecanismos pelos quais os hormônios esteróides influenciam o humor são múltiplos e importantes. Estariam presentes especialmente durante o período reprodutivo da mulher, concentrando-se no ciclo menstrual, no puerpério e na menopausa. Assim, há evidências de que mulheres bipolares apresentariam, com mais probabilidade do que os homens, uma evolução com ciclagem rápida, mais episódios depressivos, mais mania disfórica e estados mistos de tipo II (depressão e hipomania), fato que se observa na hipomania mista ⁽⁴⁴⁾, embora não se encontre unanimidade na literatura, é fato que homens bipolares se suicidem mais frequentemente ⁽⁴⁵⁾.

Em uma pesquisa sobre suicídio na Finlândia, durante um ano, encontrou-se que 58% (n=18) das vítimas com diagnóstico de THB eram masculinas ⁽⁴⁶⁾. O risco aumentado de suicídio entre homens bipolares pode se associar ao maior risco destes para dependência do álcool, como comorbidade. No estudo finlandês, diagnosticou-se alcoolismo em 56% das vítimas de suicídio masculinas, mas em nenhuma feminina. Os homens bipolares tenderam, ainda, a cometer suicídio mais precocemente. Além disso, mais que as mulheres, os homens teriam um evento estressante na semana precedente ao suicídio (86% dos homens contra 37% das mulheres), embora muitos desses eventos pudessem ser interpretados como decorrentes do comportamento patológico dos pacientes.

De acordo com estudos sobre suicídio, conforme Schacker ⁽⁸⁾, em uma revisão dos fatores de risco os transtornos mentais se encontram associados em 90% dos casos da consumação de suicídio, bem como a observação da elevada incidência de problemas mentais também nos familiares dos suicidas. O mesmo autor chama a atenção para dados de Kaplan sobre a constatação de que 95% das

peças que cometem suicídio têm uma doença mental diagnosticada, sendo que os transtornos do humor respondem por 80% deste número. Deve-se considerar, entretanto, que há poucos estudos e levantamentos no Brasil, sobre o suicídio e a prevalência dos transtornos mentais nas tentativas de suicídio ⁽⁴⁷⁾.

A seriedade da depressão bipolar e o risco de o paciente bipolar cometer suicídio são altos. A taxa de prevalência de suicídio comparada à da população em geral é em geral 30 vezes maior ⁽⁴⁸⁾.

Em vista da importância deste risco e da associação do suicídio ao THB, pode-se inferir que este transtorno deva ser considerado um problema de saúde pública com elevado risco de mortalidade; os dados da literatura coincidem com o levantamento realizado na presente pesquisa, pois apontam que quase 25% dos pacientes tentam suicídio em alguma etapa de suas vidas, onde aproximadamente 11% destes completam este intento ⁽⁴⁹⁾.

2.6 O PAPEL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO HUMOR BIPOLAR

Neto ⁽²⁸⁾ enfatiza que quando o indivíduo se descobre acometido por um transtorno permanente emite respostas variadas, podendo mesmo a emitir claros sinais de crise. Trabalha-se com o conceito de crise em Kujawski (1988) citado por Ferreira, Calvoso e Gonzales ⁽⁵⁰⁾, onde a crise se relaciona a idéia de ruptura que se instaura dentro de um processo em pleno desenvolvimento, “(...) a crise põe em risco o processo, e este pode ser, dentre outros aspectos, biológico, social, cultural ou político, produzindo nele uma modificação parcial ou total (...)”. Coelho ⁽⁵¹⁾ lembra que o diagnóstico de uma condição agravante da saúde sob a denominação de uma doença crônica traz consigo a perda da condição de sadio para a condição de doente. Essa realidade está condicionada a uma experiência vital dramática e inspira cuidados no que diz respeito à preservação da arquitetura psíquica do paciente; sendo necessária a realização de um processo elaborativo objetivando o resgate de uma homeostase biopsíquica, tal processo se refere aos procedimentos psicoterapêuticos.

A incurabilidade do THB é atestada por várias pesquisas ⁽¹²⁾; ⁽²⁹⁾, podendo ser contabilizada no estresse seu maior desencadeador, pois tais estudos alegam que o THB está relacionado intimamente com a desestabilização sócio-familiar-

ocupacional; agravando-se nos casos em que o acompanhamento medicamentoso não ocorre de forma adequada. Muito embora os trabalhos investigativos acerca da relação bipolaridade e desajustes sociais sejam raros (⁵²); todos trazem resultados semelhantes; assim, a unanimidade é de que os principais campos atingidos são os profissionais e o relacionamento interpessoal.

Gomes e Lafer (¹¹) delegam ao psiquiatra papel interveniente de importância indiscutível, uma vez que se este conseguir reconhecer as sinalizações iniciais do THB e em contrapartida disto articular ações clínicas adequadas, certamente existem chances reais de se obter um prognóstico satisfatório. A equipe multidisciplinar possui função coadjuvante fundamental na intervenção farmacológica (¹²); (²⁸); conferindo-lhe a tarefa de potencializar a fixação medicinal, diminuindo assim as possibilidades de recrudescimento do quadro clínico anterior. Então, “(...) o THB pode ser considerado uma patologia endógena fortemente influenciada por fatores exógenos ou psicossociais (...)” p. 51 (¹²).

O suporte familiar e social são condições determinantes na melhora do déficit psicossocial de pacientes com THB¹⁵. O fato de que 1/3 dos pacientes com THB não adotam a totalidade da prescrição médica, valendo-se apenas de parte do receituário indicado pelo psiquiatra; pode ser um desencadeador direto das altas percentagens de hospitalizações e suicídio. Este fenômeno implica comumente na incógnita que representa o THB para o paciente, e num outro extremo compreensivo, até mesmo o comportamento de negar a enfermidade (¹²).

Existem tímidas pesquisas que visam avaliar de forma controlada e sistematizada a eficiência da intervenção multidisciplinar no THB; o que não invalida a sua performance no campo da experiência objetiva da ação a que se propõe; uma vez que a abordagem multidisciplinar no caso específico do THB é apropriado no contato inicial do paciente com a sua realidade vivencial¹⁶.

¹⁵ A síndrome sofre influência de fatores de estresse e tem importantes conseqüências psicossociais, interpessoais e de diminuição da qualidade de vida. Uma porcentagem relevante de portadores não tem boa resposta aos tratamentos atuais, apresentando fases, apesar de adequadamente tratados. Isto para não falar no estigma, desmoralização, problemas da família e nas dificuldades e conflitos psicodinâmicos que qualquer pessoa pode apresentar. Há um campo aberto para o tratamento psicoterápico (²⁸) p. 1.

¹⁶ É importante, na avaliação inicial, estabelecer o possível diagnóstico multiaxial, a lista de problemas e as metas do tratamento. Posteriormente, a avaliação do grau de progresso, envolvimento e vínculo terapêutico alcançado pelo paciente no tratamento com a equipe facilitam a avaliação da eficácia da intervenção proposta. Desta forma, o bom vínculo terapêutico ainda é o melhor preditor de bom prognóstico. A educação para a doença, a identificação e manejo de comorbidades, bem como o

Considera-se o suporte social, que diz respeito à diversidade de opções e facilidades de acesso aos serviços de saúde, de importância ímpar não apenas para o paciente acometido pelo THB, mas também à família deste; e tal suporte é fornecido pela equipe multidisciplinar ⁽¹²⁾; assim, “(...) deve-se oferecer ao paciente e sua família uma ampla gama de opções terapêuticas como hospitais-dia, grupoterapia, acompanhamento individual e acesso facilitado ao sistema de saúde (...)” p.52. A parceria regular estabelecida entre paciente de THB e equipe multidisciplinar pode sinalizar a melhora do prognóstico dessa doença, sentenciam os autores. Destacam ainda a importância do suporte social “na remissão total dos sintomas e na prevenção de recaídas, já que pacientes com total remissão entre os episódios apresentam melhor suporte social comparados com os que apresentam sintomatologia residual” p. 53.

De acordo com as esquematizações de Machado-Vieira, Santin, Soares ⁽¹²⁾ os expoentes efetivos no campo das intervenções psicossociais para o acolhimento de pacientes com THB são: Terapia focada na família que busca o desenvolvimento pela família de estratégias para lidar com os sintomas da doença e a prevenção de recaídas. A abordagem psicoeducacional e grupoterapia, que procuram ensinar o paciente a respeito da sua doença e tratamentos, visando também a identificação precoce dos sintomas, especificamente relacionados aos estados maníacos e a terapia interpessoal e de ritmo social eu ajudam a capacitar os pacientes para regularem os ritmos sociais de forma a identificarem precocemente os estressores internos e externos que se relacionam ao surgimento dos sintomas; esses procedimentos contribuem para o autocontrole, o direcionamento para objetivos específicos e a reconstrução cognitiva.

Neto ⁽²⁸⁾ conclui que muito embora o THB possua tendências biológicas sólidas e apresente como principal expoente de tratamento e controle os estabilizadores do humor; ainda assim a psicoterapia exerce assessoria de suporte de validação ímpar; o autor apenas lamenta que seja um campo ainda pouquíssimo examinado.

estímulo para mudanças positivas no estilo de vida do paciente e sua família são importantes papéis exercidos pela equipe multidisciplinar no tratamento de pacientes com transtornos de humor (...). ⁽¹²⁾ p. 52.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Realizar um estudo epidemiológico do THB em pacientes atendidos em um consultório psiquiátrico público no período de janeiro a dezembro de 2007, e um consultório particular no período de janeiro a dezembro de 2008; ambos na cidade de Palmas-TO.

3.2 ESPECÍFICOS

- Acompanhar a prevalência momentânea de casos recentes e remotos do THB;
- Verificar a incidência do THB nos anos de 2007 em consultório psiquiátrico público, e 2008 em consultório psiquiátrico particular;
- Identificar o perfil social, econômico e demográfico dos pacientes diagnosticados com THB;
- Descrever os principais esquemas terapêuticos utilizados com estes pacientes.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

(...) A quantificação converteu-se numa categoria privilegiada. A matemática passou a fornecer à ciência, não só o instrumento fundamental de análise, como também sua lógica de investigação (...) p. 246 ⁽⁵⁰⁾

Esta pesquisa teve caráter quantitativo e afirma-se que há o reconhecimento de que ⁽⁵³⁾: “(...) a ciência moderna desenvolveu grandes formulações acerca do real, o que permitiu um grande poder de controle sobre os fatos da natureza (...)” p. 1. Estes autores circulam ainda as vantagens e contribuições dos métodos quantitativos; já que estes, quando bem delineados e constituídos, objetivam a descrição de fenômenos iluminados através do simbolismo estatístico, oferecendo sólidos rumos ao investigador.

A modalidade do estudo para esta investigação foi o transversal. Os estudos transversais são utilizados quando se pretende verificar a ocorrência de um evento de saúde, sua frequência em uma determinada população e os fatores associados com aquele ⁽⁵⁴⁾. Neste caso, os indivíduos não são acompanhados ao longo do tempo, mas investigados em um momento único. Apesar das limitações, os estudos transversais provêm informações imediatas sobre a prevalência e fatores associados a transtornos mentais, descrição de uma população, as quais são essenciais para identificação de grupos de risco e planejamento de ações em saúde ⁽⁵¹⁾; ⁽⁵²⁾; ⁽⁵⁵⁾.

Os prontuários investigados foram selecionados a partir de diagnóstico do THB em consultórios público -2007- e particular -2008- o que possibilitou conhecer o número de casos com o referido transtorno, além das vantagens da categoria de pesquisa mencionada.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um consultório psiquiátrico público, cujos atendimentos acontecem através de encaminhamentos provenientes de diversas unidades de atendimento do Sistema Único de Saúde -SUS-; e em um consultório psiquiátrico particular, onde existe uma demanda espontânea e/ou encaminhamentos de variadas especialidades. Além do atendimento particular,

existe o viés do atendimento pelos Planos de Saúde privados. Ambos na cidade de Palmas-TO.

4.3 POPULAÇÃO ESTUDADA

Pacientes diagnosticados com THB, através de anamnese estruturada e critérios da CID-10 ⁽²⁰⁾ atendidos pelo pesquisador em um consultório psiquiátrico público no ano de 2007; bem como os pacientes diagnosticados com THB no ano de 2008 em consultório psiquiátrico particular. Esses dados foram coletados por pesquisa documental das informações contidas nas anotações e registros de prontuários feitas durante o período indicado.

4.3.1 *N* Amostral – Quantificação dos Sujeitos

30 (*N*₁ = 30) pacientes diagnosticados com THB atendidos pelo pesquisador em um consultório psiquiátrico público no ano de 2007.

329 (*N*₂ = 329) pacientes diagnosticados com THB atendidos pelo pesquisador em consultório psiquiátrico particular no ano de 2008.

Totalizando uma amostragem de 359 Sujeitos (*N*₁ + *N*₂).

Para especificar detalhadamente esta amostragem, afirma-se a composição desta pelos sujeitos vindos da rede particular somados com os sujeitos da rede pública. Esses sujeitos foram incluídos a partir do universo de 1692 pacientes atendidos pelo pesquisador (JVM), onde 394 eram provenientes da rede pública e 1298 do consultório particular. Foram selecionados para este estudo 30 sujeitos do setor público (8,5%) e 329 (91,6%) sujeitos provenientes de atendimento particular somando 359 sujeitos. Os critérios de seleção foram a inclusão dos prontuários de pacientes diagnosticados e tratados com THB utilizando-se de anamneses estruturadas que haviam sido utilizadas pelo pesquisador, onde todos os casos encontrados com THB foram considerados.

4.3.2 Critérios de elegibilidade / inelegibilidade

Os participantes deveriam possuir um instrumento semi-estruturado contemplando todas as variáveis constantes no subitem 3.5. e ter estado em

tratamento nos consultórios público e particular; durante o ano de 2007 e 2008 respectivamente, e diagnosticados com o THB.

Foram invalidados e descartados os instrumentos que se apresentaram ilegíveis.

4.4 VARIÁVEIS INVESTIGADAS

- Esquema terapêutico;
- Naturalidade;
- Procedência;
- Idade;
- Gênero;
- Escolaridade;
- Situação conjugal;
- Profissão;
- Dados sócio-econômicos;
- Religião;
- Local de residência;

Os seguintes descritores relacionados foram considerados: gênero, estado civil, origem sócio-demográfica, história familiar de transtornos mentais, medicamentos prescritos, especificação do tipo de THB, ideação e história de intento suicida. Não foi verificada possíveis co-morbidades com doenças não psiquiátricas e não foram avaliadas variáveis relacionadas à idade.

4.5 INSTRUMENTO PARA COLETAS DE DADOS

Foram utilizados para a coleta de dados os prontuários onde se observou as anotações da anamnese dos pacientes regulares de consultórios psiquiátricos público e particular, sendo encontrados estes devidamente preenchidos de acordo com as demarcações apresentadas nas variáveis investigadas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa CEP do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA, a fim de que o mesmo fosse apreciado e aprovado, e finalmente desenvolvido. O Comitê em questão forneceu o parecer consubstanciado de nº 01/2009 (Anexo 3), indicando aprovação do projeto, mediante tratar-se de estudo epidemiológico de caráter quantitativo que apresentou todos os elementos pré-textuais, textuais e pós-textuais de forma adequada e atendendo às exigências da resolução CNS Nº 196/96, que rege sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Determina-se que toda pesquisa seja realizada indubitavelmente dentro dos princípios éticos, respeitando a privacidade do ser humano implicado na pesquisa.

Foi elaborado um Termo de Consentimento de acordo com as normas do Conselho Nacional de Pesquisa, do Ministério da Saúde (⁵⁶).

Destaca-se que esta pesquisa não trouxe quaisquer riscos aos seus participantes, visto que a sua procedência foi documental, e a identidade dos colaboradores foi devidamente preservada.

5 RESULTADOS

Entre os casos estudados, observou-se que na rede particular foram encontrados 25,4% de sujeitos com THB, sendo consideradas 329 pessoas entre as 1298 atendidas no local. Na rede pública, encontrou-se a freqüência de 7,6% destes casos, sendo um total de 30 pessoas entre as 394 atendidas no ambulatório público pelo pesquisador.

Para o exame das variáveis sócio-demográficas, a procedência encontrada foi de 329 sujeitos (91,6%) vindos da rede particular e 30 sujeitos da rede pública (8,4%). Quanto ao sexo, 73% dos casos foram de mulheres (262 casos) e 27% sujeitos eram homens (97 casos). Foram considerados pacientes de todas as idades, não sendo realizada análise desta variável.

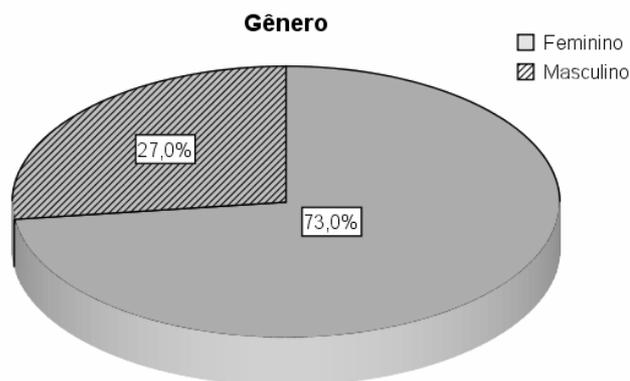


Gráfico 1: Distribuição de casos segundo o gênero

A distribuição por estado civil foi 86,4% solteiro (a) (305 casos), 3,7% casado (a) (13 casos), 7,1% separado (a) (25 casos) e 2,8% viúvo (a) (10 casos). Não foi possível determinar o estado civil de 6 sujeitos.

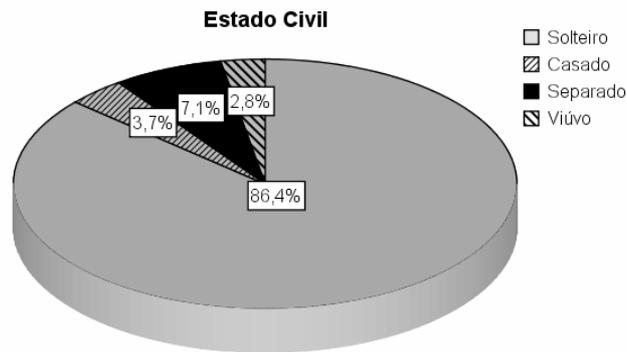


Gráfico 2: Estado Civil:

Quanto ao local de nascimento, 40,1% (140 sujeitos) são naturais do estado de Tocantins, e 59,9% (209 sujeitos) de outros estados. Não foi possível determinar a naturalidade de 10 sujeitos. Do local de residência, 76,3% (273 sujeitos) moravam em Palmas, TO, e 23,7% (85 casos) em outras cidades.

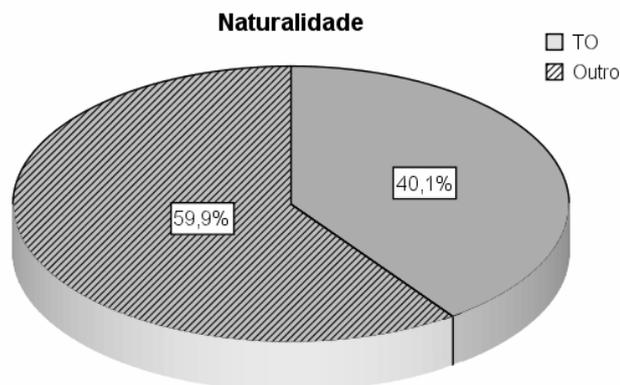


Gráfico 3: Naturalidade

Na história familiar foram encontrados em 185 casos (51,5%) ocorrências que apresentavam um ou mais membros da família com algum transtorno mental.

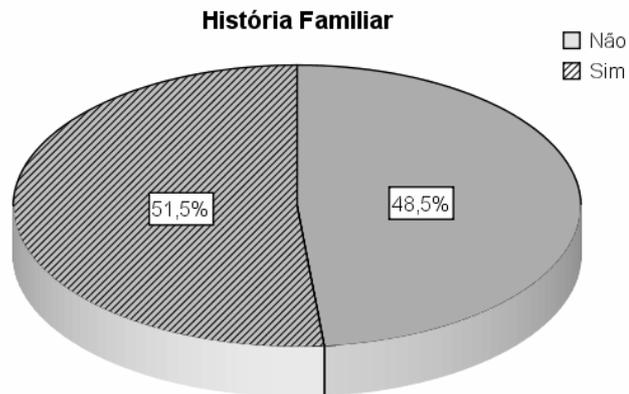


Gráfico 4: História Familiar de pessoas com transtorno mental

No histórico pessoal de tratamentos efetuados, 27 sujeitos (7,5%) apresentaram internações prévias. Quanto ao comprometimento de ordem psicológica, 10% (36 casos) apresentavam algum déficit cognitivo.

Examinou-se que os tipos de diagnósticos se distribuíram da seguinte forma: 60,2% (209 sujeitos) foram diagnosticados com THB I, e 39,8% (138 sujeitos) com THB II. Em 12 sujeitos não foi possível diferenciar entre THB I e THB II.

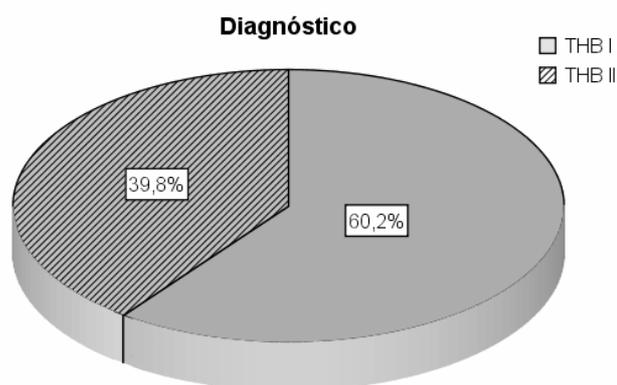


Gráfico 5: Tipos de Diagnóstico do Transtorno do Humor Bipolar:

O quadro de situações anunciadas sobre as intenções suicidas, foi identificado com 21,4% (77 sujeitos) que apresentaram ideação suicida, 13,6% (49 sujeitos) apresentaram tentativas de suicídio, e 64,9% (233 sujeitos) não apresentaram nenhuma destas condições.

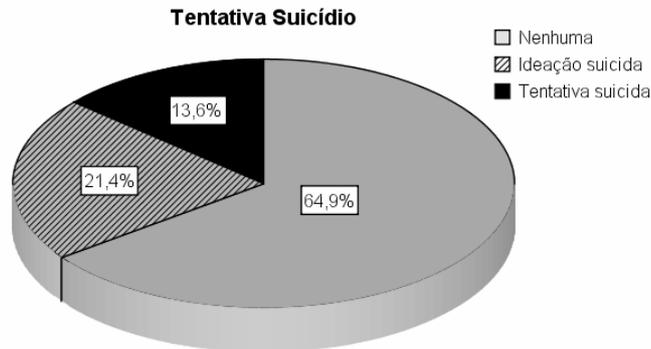


Gráfico 6: Quadro de ideação e intentos suicidas:

O uso de medicamentos foi abordado com a distribuição da seguinte frequência quanto a sua utilização no tratamento: 24,9% (88 sujeitos) estavam fazendo uso de um medicamento. 45% (159 sujeitos) faziam uso de dois medicamentos. 22,1% (78 casos) faziam uso de três medicamentos. Finalmente, 7,9% (28 casos) utilizavam quatro medicamentos. Não foram obtidos dados sobre medicamentos utilizados em 6 sujeitos (Tabela 1):

Tabela 1- Número de medicamentos utilizados

Medicamentos	<i>n</i>	%
Um	88	24,9
Dois	159	45
Três	78	22,1
Quatro	28	7,9
NI	6	-

NI: Não informado. São apresentadas as porcentagens relativas aos casos válidos (Informados).

Segundo a classificação dos medicamentos utilizados, a distribuição da frequência foi vista da seguinte forma (Tabela 2): 54,9% (392 sujeitos) faziam uso de estabilizantes de humor; 20,1% (151 casos) estavam utilizando antidepressivos; 13,4% (96 sujeitos) estavam fazendo uso de antipsicóticos atípicos enquanto 3,2% (23 casos) de antipsicóticos típicos; 9,7% (69 casos) utilizavam ansiolíticos e hipnóticos; e por fim, outros 2,8% (20 sujeitos) faziam uso de outros tipos de medicamentos não especificados.

Tabela 2 - Distribuição de frequências segundo a classificação de medicamentos utilizados nos pacientes

Classificação medicamento	<i>n</i>	%
Estabilizantes do humor	392	52,2
Antipsicóticos atípicos	96	12,8
Antipsicóticos típicos	23	3,1
Antidepressivos	151	20,1
Ansiolíticos e hipnóticos	69	9,2
Outros	20	2,7
Total	751	

n=número de drogas por pacientes

De acordo com a distribuição de frequência segundo o número de medicamentos utilizados para cada classe de fármacos, encontrou-se a seguinte classificação, para um, mais e um ou nenhum tipo de medicamento, apontados na tabela abaixo (Tabela 3):

Tabela 3 - Distribuição de freqüências segundo o número de medicamentos utilizados para cada classe de fármacos

Classificação medicamento	<i>Um</i>	<i>Mais de um</i>	<i>Nenhum</i>
Estabilizantes do humor	282 79,9%	50 14,2%	21 5,9%
Antipsicóticos atípicos	96 27,2%	0 0,0%	257 72,8%
Antipsicóticos típicos	21 5,9%	1 0,3%	331 93,8%
Antidepressivos	139 39,4%	6 1,7%	208 58,9%
Ansiolíticos e hipnóticos	65 18,4%	2 0,6%	286 81,0%
Outros	20 5,7%	0 0,0%	333 94,3%

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 DETERMINANTES SÓCIO CULTURAIS E PSICOSSOCIAIS

Os dados coletados indicam que o Transtorno do Humor Bipolar (THB) foi diagnosticado com mais frequência entre os sujeitos que procuraram atendimento na rede particular. A discrepância observada onde a proporção de sujeitos atendidos na rede pública é significativamente menor aponta a necessidade de estudos pormenorizados acerca dos determinantes psicossociais que podem se relacionar a esta informação preliminar, uma vez que existem diferenças singulares nas manifestações emocionais dos pacientes com THB, relacionadas a fatores culturais e sócio-econômicos ⁽¹⁸⁾, bem como devem ser apontados os fatores motivacionais para a procura de atendimento e a distinta acessibilidade em ambos os serviços.

Tais proporções em que se encontrou elevada distribuição de pessoas solteiras nesta pesquisa, evidenciam correlação com levantamentos realizados em outras situações, como os achados de Michelon & Valada ⁽³⁵⁾ e Andrade & Cols. ⁽³⁷⁾.

A particularidade geopolítica desta localidade, em se considerando o desmembramento Tocantins há 20 anos, constitui na característica já apontada da forte migração, onde o afastamento do núcleo familiar original se deu juntamente com desafios de enfrentamento de uma nova realidade sócio-ocupacional, oferecida pela condição de novo estado da federação.

O caráter migratório da população palmense pode ser visto sob o ponto de vista da condição de uma experiência que sempre vem acompanhada de uma seqüência de perdas, em vários níveis, que constituem uma situação inevitável de luto, seja pela mudança de casa, desvinculação das pessoas da família, do grupo de amigos, da cultura e grupos religiosos, a saber, estas situações se reafirmam como determinantes de estresse e obviamente vão favorecer os riscos do desenvolvimento de transtornos mentais, pela fragilidade com que os novos recursos sócio-espaciais se instalam como referenciais pessoais e grupais para os cidadãos.

Por outro lado, a situação migrante, apesar de constituir-se por si só como fator de vulnerabilidade ao desencadeamento de psicopatologias, também pode levar a associação da situação migrante como fator que atrairia maior número de

pessoas com características bipolares, onde se arriscariam mais em investimentos pessoais e atos deliberados conscientemente. Essas hipóteses são compatíveis com as colocações de Lara (29) sobre a propensão de perfil bipolar em colonizadores dos países da América.

Como grande parte da população de Palmas é proveniente de outras localidades, é esperada a ocorrência de um maior número de pacientes com THB serem de outras localidades (59,9%), onde estes provavelmente empreendem mudanças por suposto, mediante uma disposição de se arriscarem diante de determinadas motivações de estilo desafiador. Essas características são compatíveis com observações clínicas da prática de atendimento em consultório da rede privada, onde se viabiliza expressiva frequência de casos de THB diagnosticados (25,4%), o que aponta para a hipótese de que a característica de impulsividade dos pacientes bipolares facilita com que se arrisquem mais do que as outras pessoas, não hesitando em migrarem para uma nova cidade.

Considerando que existem diferenças importantes na maneira como as emoções são vivenciadas e expressas em diferentes culturas, a apresentação e o manejo do transtorno afetivo bipolar sofrem influência de fatores culturais (18), e por esta razão os pacientes merecem um tratamento clínico que considere uma atenção especial aos fatores sócio-culturais, tendo em vista o universo pesquisado neste trabalho de investigação.

6.2 ASPECTOS CLÍNICOS E NEUROBIOLÓGICOS

Os estabilizantes do humor vem sendo constantemente estudados e a sua indicação terapêutica passou por reconsiderações mediante um desenvolvimento significativo de pesquisas nos últimos anos, evidenciando que a prescrição medicamentosa deve ser constantemente revisada, bem como atualizada nos procedimentos clínicos. Entre esses se incluem drogas inclinadas à mania que tratam a mania ao mesmo tempo em que impedem a recidiva desta, assim como drogas que são inclinadas à depressão e tratam depressão bipolar e impedem, ao mesmo tempo, a recaída da depressão (57). Numerosas drogas com mecanismos de ação distintas, são estabilizadoras do humor, especialmente o lítio, anticonvulsivantes diversos e antipsicóticos atípicos. Devido a limites da eficácia e da tolerabilidade dos atuais estabilizadores do humor, a terapia combinada é a regra

e a monoterapia com estabilizadores do humor, a exceção. O acompanhamento médico do paciente requer a busca de formas inovadoras para proporcionar o alívio de todos os sintomas do THB e impedir recaídas, em vista de que se encontra em evolução as evidências quanto à maneira de se fazer essas combinações medicamentosas, pois o “tratamento do THB nos dias atuais deve ser ponderado na referência à ciência farmacológica tanto quanto ainda é um estado da arte” (57).

Em sua expressão plena, o THB é definido como transtorno bipolar do tipo I, isso significa que os pacientes portadores apresentam episódios de mania que se alteram com episódios depressivos. Mania é caracterizada por elevação do humor, sintomas psicóticos ou conduta perigosa para o próprio paciente ou outrem. Versões atenuadas de episódios maníacos, em que não ocorre psicose e não há perigo evidente para a integridade dos pacientes ou outras pessoas, caracterizam a hipomania. Pacientes que sofrem de hipomania e episódios depressivos são definidos como portadores do transtorno bipolar tipo II. Quando um dado paciente preenche simultaneamente critérios para mania e depressão, considera-se que seu episódio de humor é do tipo misto (58).

6.3 AGRAVOS SINTOMATOLÓGICOS E RISCOS DE SUICÍDIO

Em vista da importância do risco de suicídio em pessoas com transtornos mentais e da associação do suicídio ao THB, em concordância com Schacker (8) este transtorno deve ser considerado um problema de saúde pública com elevado risco de mortalidade; os dados da literatura (48) coincidem com o levantamento realizado na presente pesquisa, pois apontam que quase 25% dos pacientes tentam suicídio em alguma etapa de suas vidas, onde aproximadamente 11% destes completam este intento.

A seriedade da depressão bipolar e o risco de o paciente bipolar cometer suicídio são altos. Bem como este risco pode ser ampliado na prática pela fragilidade da identificação diagnóstica de casos de THB, muitas vezes tratados como agravos distintos e diante da dificuldade em defini-lo como diferencial para uma conduta prudente e adequada na prática clínica.

6.4 DIFICULDADES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo propicia o levantamento de várias hipóteses que devem conduzir a especificação e aprimoramento dos dados diagnósticos da população estudada, tendo em vista que uma das limitações a respeito da identificação do THB se refere à sintomatologia e curso de ampla variação, associada à cronicidade e dificuldades em entender tanto os aspectos neurobiológicos como os psicossociais envolvidos.

A amostra estudada é adstrita ao trabalho de um profissional da rede de atendimento psiquiátrico no município de Palmas, sendo que este fato abrevia a perspectiva de se incluir inferências sobre a incidência e prevalência do THB nesta localidade, bem como sendo um pólo de referencia regional de assistência à saúde, pessoas de outros municípios, estados e localidades concorrem aos serviços oferecidos, uma vez que a assistência na área de psiquiatria se encontra bastante restrita. Quanto às indicações do tratamento farmacológico, a partir da Tabela 3 de resultados em que se verificou a classificação de uso ou não de medicamentos e sua associação em um ou mais de um, sendo uma análise exploratória, ainda não há como precisar dados que possibilitem a verificação sobre a existência de diferenças entre os pacientes com THB I e II. Talvez exista alguma diferença em um ou dois tipos de medicamentos, porém, não há o resultado preciso, pois demandaria reestruturar-se a base de dados. Sugere-se, então, que em futuros estudos explore-se essa possibilidade, como também a probabilidade de apresentarem distinções conforme o uso diferenciado de medicamentos entre os pacientes de um e outro diagnóstico.

Os estudos populacionais possibilitaram fazer estimativas de risco da ocorrência de THB em parentes de portadores. Sabe-se que, quanto maior a proximidade, maior o risco de desenvolver THB, de acordo com Chang, et al (⁵⁹), o risco para filhos de um progenitor afetado é ao redor de 5%, chegando a 15% quando houver também tios afetados. Caso ambos os progenitores sejam afetados, o risco poderá atingir 30%, majorando caso haja outros familiares portadores. Para os irmãos de uma pessoa afetada o risco situa-se em 8%, aumentando para 15% se um dos pais for afetado (⁵⁹).

O fator mais significativamente associado ao desenvolvimento de THB, encontrado em vários estudos, é a história familiar, o que remete aos fatores

genéticos sugerindo mais uma vez a interação geneambiente, necessária para a expressão de um fenótipo comportamental. Nessa mesma perspectiva, merecem investigação o papel do temperamento pré-mórbido na modulação das reações afetivas aos eventos estressores e a relação dos fatores ambientais com o subtipo da doença apresentado pelos afetados.

7 CONCLUSÃO

Diante dos dados identificados e relacionando o estudo epidemiológico efetuado, o Transtorno do Humor Bipolar não se institui apenas como um tipo de agravo crônico à saúde mental, mas se refere a um campo de estudos e intervenções clínicas que devem ser vistos na sua complexidade, atualidade e comprometimento de muitas vidas, especialmente quanto aos riscos a que as pessoas acometidas estão submetidas.

O tratamento e a abordagem interdisciplinar comportam uma perspectiva de enfrentamento dos contornos desse enredamento, onde as associações de várias modalidades terapêuticas seriam requeridas e desejáveis. A sintomatologia e as alternativas que se colocam pela diversidade de intervenções possíveis para lidar com o transtorno requerem a atenção especial à qualidade de vida, ao monitoramento constante e a conscientização e responsabilização conjunta pelo tratamento e cuidado, envolvendo o próprio paciente.

As informações que o presente trabalho apresentou foram compatíveis com achados de outros estudos, referindo-se a cronicidade, gravidade dos riscos de vida, pelas condutas impulsivas e suicidas, bem como a consistência das hipóteses acerca da organicidade e necessidade das intervenções terapêuticas medicamentosas.

A maior presença proporcional de diagnósticos de THB entre os pacientes da rede particular, sugere a facilidade do acesso e a necessidade de se investigar possíveis correlações entre a condição sócio-ambiental e características predominantes de personalidades mais suscetíveis ao THB. As informações iniciais sobre o transtorno na região observada, sugerem a necessidade de novos estudos multicêntricos com metodologia ampliada e mesmo na própria localidade, articulando-se a esta as características marcantes migratórias e movimentação demográfica intensa, com evidências de uma possível importância quantitativa da ocorrência de THB no município em questão. Ainda os estudos indicam a necessidade de articular a experiência clínica a realização de estudos científicos pormenorizados, proporcionando a averiguação de hipóteses relacionadas a seriedade e importância do desenvolvimento de estudos populacionais envolvendo a abordagem clínica do THB e a descrição de esquemas terapêuticos desses pacientes.

8 BIBLIOGRAFIA

- ¹ Alcântara, I. et al. Avanços no diagnóstico do transtorno do humor bipolar. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul. Abr. 2003; v. 25, p.22-32.
- ² Delgado, P.G.G., Gomes, M.P.C., Coutinho, E.S.F. Novos rumos na política de saúde mental. Cad Saúde Publica. 2001;17(3):452-3.
- ³ Organização Mundial da Saúde; Organização Panamericana de Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001. Brasília: WHO, 2001.173p.
- ⁴ Murray C.J., Lopez A.D. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet. 1997; 349(9063):1436-42.
- ⁵ UK700 Group. Predictors of quality on life in people with severe mental illness. Study methodology with baseline analysis in the UK700 trial. British Journal of Psychiatry. 1999, 175: 426-432.
- ⁶ Gold J. H. Gender differences in psychiatric illness and treatments: a critical review. Journal of Nervous and Mental Diseases, 186 (12): 769-775.
- ⁷ Godwin F.K.; Jamison K.R. Suicide. In: Manic-depressive illness. New York: Oxford University Press; 2000. 227-244.
- ⁸ Schacker, C. E. Suicídio: perfil de uma família no interior de Goiás[disseração de mestrado]. Orientação: Dr. Carlos Tomaz e Riccardo Patresi. Brasília: Universidade de Brasília; Universidade de Rio Verde; 2007.
- ⁹ Tung, T. Chei. Enigma bipolar: conseqüências, diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. São Paulo: MG Editores; 2007. 160 p.
- ¹⁰ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas das populações residentes, 1º de julho de 2009, segundo os municípios [base de dados na internet]. Brasília. IBGE. 2009. [Acesso em 11/06/2010]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf.
- ¹¹ Gomes, B. C.; Lafer, B.. Psicoterapia em grupo de pacientes com transtorno afetivo bipolar. São Paulo: Rev. Psiquiatr. Clínica; 2007; 34 (2): 84-89.

- ¹² Machado-Vieira, R.; Santin, A. and Soares, J. C. O papel da equipe multidisciplinar no manejo do paciente bipolar. Rev. Bras. Psiquiatr. [internet]. 2004 [acesso em 2010 Mai 26], vol.26, suppl.3, pp. 51-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s3/22341.pdf>
- ¹³ Descartes, R. O discurso do método: regras para a direção do espírito. São Paulo: Martin Claret, 2000.
- ¹⁴ Almeida, O.P. Transtorno bipolar de início tardio: uma variedade orgânica do transtorno de humor? Rev. Bras. Psiquiatr [internet]. Oct. 2004 [acesso em 2009 Mai 3], vol.26 suppl.3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s3/22336.pdf>.
- ¹⁵ Boarati, M. A.; Cavalcanti, A. R. and Fu-i, Lee. Uso de quetiapina em transtorno de humor bipolar de início precoce. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [internet]. 2006 [Acesso em 2010 Mai 26], vol.28, n.3, pp. 346-351. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n3/v28n3a14.pdf>.
- ¹⁶ Angst, J., Gamma, A., Neuenschwander, M., Ajdacic-Gross, V., Eich, D., Rössler, W. et al. (2005). Prevalence of mental disorders in the Zurich cohort study: a twenty year prospective study. Epidemiologia e Psichiatria Sociale. 2005; 14, 68-76.
- ¹⁷ Kapczinski F., Frey B.N., Zannatto V. Fisiopatologia do transtorno afetivo bipolar: o que mudou nos últimos 10 anos? São Paulo: Rev. Bras. Psiquiatr. [internet]; Oct 2004, [Acesso em 2009, Mai 12] vol. 26 suppl. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s3/22334.pdf>.
- ¹⁸ Sanches, M. and Jorge, M. R. Transtorno afetivo bipolar: um enfoque transcultural. Rev. Bras. Psiquiatr. [internet]. 2004, [Acesso em 2009, Mai 12] vol.26, suppl.3, pp. 54-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s3/22342.pdf>
- ¹⁹ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV^{TR}. Texto revisado, 4ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2002. 880 p.
- ²⁰ Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

- ²¹ Guatarri, F.; Rolnik, S. Micropolítica: cartografias do desejo. 7. ed. rev. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.
- ²² Perez, K. N. Aspectos ocupacionais da juventude de famílias de baixa renda no município de Londrina-Paraná [Dissertação de Mestrado]. Orientação: Célia Maria de Sousa Penço. Assis: Universidade Estadual de São Paulo; 2000.
- ²³ Bastos, J.L.D. & Duquia, R.P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007.
- ²⁴ Bock A.M.B. *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia*. São Paulo: Saraiva; 2002.
- ²⁵ Dickstein D.P., Garvey M., Pradella A.G., Greenstein D.K., Sharp W.S., Castellanos F.X., et al. Neurologic examination abnormalities in children with bipolar disorder or attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;58(7):517-24
- ²⁶ Bíblia. Português. Bíblia sagrada. Tradução de Padre Antônio Pereira de Figueredo. Rio de Janeiro: Encyclopaedia Britannica, 1980. Edição Ecumênica. 1102 p.; Primeiro livro de Samuel, 15-31, págs. 229-244.
- ²⁷ Homero. *Ilíada*. Traduzido por Odorico Mendes. Versão para eBooks, eBooksBrasil, 2009. 447 p.
- ²⁸ Neto, F.L. Terapia comportamental cognitiva para pessoas com transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo; Oct. 2004; vol.26, suppl. 3.
- ²⁹ Lara D. *Temperamento forte e bipolaridade: dominando os altos e baixos do humor*. Porto Alegre: Diogo Lara, 2004.
- ³⁰ Guedes, C. Médico questiona diagnóstico de depressão. *Folha de São Paulo*. 10 de outubro de 2002. *Caderno Equilíbrio*.
- ³¹ Akiskal H.S., Pinto O. The evolving bipolar spectrum: prototypes I,II,III and IV. clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord*; 2000; 59(suppl 1)5s-30s.
- ³² Goodwin, F. K.; and Jamison. *Manic depressive illness*. 2nd edition, New York: Oxford University Press, 2007. p. 93.

- ³³ Frey, B. N., et al. Anormalidades neuropatológicas e neuroquímicas no transtorno afetivo bipolar. Rev. Bras. Psiquiatr. [internet]. 2004, vol.26, n.3, pp. 180-188.[Acesso em 2010 Jun 12]; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n3/a08v26n3.pdf>.
- ³⁴ Velho G, Castro E.B.V. Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1987. p. 17.
- ³⁵ Michelon L. Vallada H. Fatores Genéticos e Ambientais na Manifestação do Transtorno Bipolar. Rev Psiq Clínica, 32(Sup. Esp.) 1;21-27, 2005.
- ³⁶ Weissman, M.M.; Bland, R.C.; Canino, G.J. et al. Cross-national Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. JAMA, 1996; 276(4): 293-299.
- ³⁷ Andrade, L; Walters, E.E.; Gentil, V. e cols. Prevalence of ICD-10 Mental Disorders in a Catchment a Área in the city of São Paulo, *Brazil*. Soc Psych Epidemiol [internet]. 2002 jul [acesso em Mai 6]; 37(7): 316-25. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/textoscelg03.pdf>.
- ³⁸ Perez, K. N. Atenção psicológica em unidade de saúde: papel profissional e perfil dos usuários. Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde e VIII Simpósio de Serviço Social em Saúde. São Paulo, 2010; caderno de resumos. Vol. Ún. Pág.190.
- ³⁹ Andreoli, S. B. et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. 2004 [acesso em 2009 Mai 6], vol.20, n.3, pp. 836-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/21.pdf>
- ⁴⁰ Cassorla, R. M. S.. Jovens que tentam suicídio. Características epidemiológicas e sociais. Um estudo comparativo com jovens normais e com problemas mentais (I). J. Bras.Psiquiatr., 1984; v.33, n.1, p.3-12.
- ⁴¹ Kerr-Corrêa, Florence; et al. Abuso sexual, transtornos mentais e doenças físicas. Ver. Psiquiatr. Clínica, 2000; 27: 257-271. [Acesso em 2009 Jun 23] Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol27/n5/artigos/art257.htm>.
- ⁴² Tucci, A.M. Fatores associados ao uso abusivo de substâncias psicoativas: história de abuso e negligência na infância, história familiar e comorbidades

psiquiátricas. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2005.

⁴³ Burt, V.K.; Hendrick,V.C.. Womens Mental Health. 2.ed. American Psychiatric Publishing. Inc., 2001.

⁴⁴ Angst, J., Gamma, A., Benazzi, M., Ajdacic-Gross, V., Eich, D. & Rössler, W.. Toward a re-definiton of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar II, minor bipolar disorders and hypomania. Journal of Affective Disorders, 2003; 73, 133-146.

⁴⁵ Burt V.K.; Hendrick,V. Clinical Manual of Womens Mental Health (Concises Guides). American Psychiatrics Publishing, Inc., 2005.

⁴⁶ Isometsa, E.H.M.; Henriksson,M.;Arq,H.; Lonqvist,J. Recent life events and completed suicide in bipolar affective disorder. A comparison with major depressive suicides. 33: 99-106. J Affect Disord, 1995.

⁴⁷ Santos, S. A.; Lovisi, G.; Legay, L. and Abelha, L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2009, vol.25, n.9, pp. 2064-2074. ISSN 0102-311X.

⁴⁸ Jamison, K.R. Suicide and Bipolar Disorder. J Clin Psychiatry, 2000; 61 (suppl 9): 47-51.

⁴⁹ Hilty, D.M.; Brady, K.T.; Hales, R.E. A Review of Bipolar Disorder among Adults. Psychiatric Services, 1999; 50(2): 201-213.

⁵⁰Ferreira, R. F., Calvoso, G. G.; Gonzales, C. B. L. Caminhos da pesquisa e a contemporaneidade. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2000; 15, 243-250.

⁵¹ Coelho M. O. A dor da perda da saúde. In: Psicossomática e a psicologia da dor. Angerami-Camon, V. A. (Org.). São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

⁵² Tucci A.M., Kerr-Corrêa F., Dalben I. Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distimia e depressão dupla. Revista Brasileira de Psiquiatria v. 23 n.2 São Paulo jun. 2001.

- ⁵³ Gil, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2002. 175 p.
- ⁵⁴ Bastos J.L.D. & Duquia R.P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007.
- ⁵⁵ Richardson R.J. Pesquisa social métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1999. 334 p.
- ⁵⁶ Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos Brasília, DF: 1996.
- ⁵⁷ Stahl, S. M. Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas. 3^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- ⁵⁸ Moreno, R. A.; Moreno, D. H. and Ratzke, R.. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2005; vol.32, suppl.1, pp. 39-48.
- ⁵⁹ Chang, K.; Steiner, H.; Kether, T. Studies off offspring of parents with bipolar disorder. *Am J Gene.* 2003; 15; 123C(1): 26-35.

9 ANEXO 1

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS DSM-IV-TR™

4ª edição – Texto revisado.

APA-American Psychiatric Association.
Porto Alegre: Artmed, 2003.

TRANSTORNO BIPOLAR I - DSM.IV

Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno Bipolar I é um curso clínico caracterizado pela ocorrência de um ou mais Episódios Maníacos ou Episódios Mistos. Com frequência, os indivíduos também tiveram um ou mais Episódios Depressivos Maiores.

Os Episódios de Transtorno do Humor Induzido por Substância (devido aos efeitos diretos de um medicamento, outros tratamentos somáticos para a depressão, uma droga de abuso ou exposição a uma toxina) ou de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral não devem ser contabilizados para um diagnóstico de Transtorno Bipolar I.

Além disso, os episódios não são melhor explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

O Transtorno Bipolar I é subclassificado no quarto dígito de acordo com o fato de o indivíduo estar experimentando um primeiro episódio (isto é, Episódio Maníaco Único) ou de o transtorno ser recorrente. A recorrência é indicada por uma mudança na polaridade do episódio ou por um intervalo entre os episódios de pelo menos 2 meses sem sintomas maníacos. Uma mudança na polaridade é definida como um curso clínico no qual um Episódio Depressivo Maior evolui para um Episódio Maníaco ou um Episódio Misto ou no qual um Episódio Maníaco ou um Episódio Misto evoluem para um Episódio Depressivo Maior. Em contrapartida, um Episódio Hipomaníaco que evolui para um Episódio Maníaco ou Episódio Misto, ou um Episódio Maníaco que evolui para um Episódio Misto (e vice-versa), é considerado apenas como um episódio único.

Para os Transtornos Bipolares recorrentes, pode-se especificar a natureza do episódio atual ou mais recente (Episódio Mais Recente Hipomaníaco, Episódio Mais Recente Maníaco, Episódio Mais Recente Misto, Episódio Mais Recente Depressivo, Episódio Mais Recente Inespecificado).

Especificadores

Os seguintes especificadores para Transtorno Bipolar I podem ser usados para descrever o atual Episódio Maníaco, Episódio Misto ou Episódio Depressivo Maior (ou, se no momento não são satisfeitos os critérios para um Episódio Maníaco, Episódio Misto ou Episódio Depressivo Maior, ou Episódio Maníaco, Episódio Misto ou Episódio Depressivo Maior mais recente): Leve, Moderado, Severo Sem Aspectos Psicóticos, Severo Com Aspectos Psicóticos, Em Remissão Parcial, Em Remissão Completa.

Com Características Catatônicas.

Com Início no Pós-Parto.

Os especificadores a seguir aplicam-se unicamente ao Episódio Depressivo Maior atual (ou mais recente), apenas se ele for o tipo mais recente de episódio de humor:

Crônico.

Com Características Melancólicas.

Com Características Atípicas.

Os especificadores a seguir podem ser usados para indicar o padrão de episódios:

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Completa Entre Episódios).

Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores).

Com Ciclagem Rápida.

Procedimentos de Registro

Os códigos diagnósticos para o Transtorno Bipolar I são selecionados conforme é indicado a seguir:

1. Os três primeiros dígitos são 296.
2. O quarto dígito é 0 se existe um Episódio Maníaco Único. No caso de episódios recorrentes, o quarto dígito é 4 se o episódio atual ou mais recente é um Episódio Hipomaníaco ou um Episódio Maníaco, 6 se é um Episódio Misto, 5 se é um Episódio Depressivo Maior e 7 se o episódio atual ou mais recente é Inespecificado.

3. O quinto dígito (exceto para o Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Hipomaníaco e Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Inespecificado) indica o seguinte:
- 1 para Leve,
 - 2 para Moderado,
 - 3 para Severo Sem Aspectos Psicóticos,
 - 4 para Severo Com Aspectos Psicóticos,
 - 5 para Em Remissão Parcial,
 - 6 para Em Remissão Completa, e
 - 0 para Inespecificado.

Outros especificadores para Transtorno Bipolar I não podem ser codificados. Para Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Hipomaníaco, o quinto dígito é sempre 0. Para Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Inespecificado, não existe um quinto dígito.

Ao registrar o nome de um diagnóstico, os termos devem ser relacionados na seguinte ordem: Transtorno Bipolar I, especificadores codificados no quarto dígito (por ex. Episódio Mais Recente Maníaco), especificadores codificados no quinto dígito (por ex., Leve, Severo Com Aspectos Psicóticos, Em Remissão Parcial), tantos especificadores (sem códigos) quantos se aplicarem ao episódio mais recente (por ex., Com Características Melancólicas, Com Início Pós-Parto) e tantos especificadores (sem códigos) quantos se aplicarem ao curso dos episódios (por ex., Com Características Melancólicas, Com Início Pós-Parto) e tantos especificadores (sem códigos) quantos se aplicarem ao curso dos episódios (por ex., Com Ciclagem Rápida); por exemplo, 296.54 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Depressivo, Severo Com Aspectos Psicóticos, Com Características Melancólicas, Com Ciclagem Rápida. Cabe observar que, se o episódio único do Transtorno Bipolar I foi um Episódio Misto, o diagnóstico é indicado como 296.0x Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco Único, Misto.

Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. O suicídio completado ocorre em 10 a 15% dos indivíduos com Transtorno Bipolar I. Abuso da criança, abuso do cônjuge ou outro comportamento violento pode ocorrer durante Episódios Maníacos severos ou com aspectos psicóticos.

Outros problemas associados incluem gazeta à escola, repetência, fracasso profissional, divórcio ou comportamento anti-social episódico. Outros transtornos mentais associados incluem Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno de Pânico, Fobia Social e Transtornos Relacionados a Substâncias.

Achados laboratoriais associados

Aparentemente não existem características laboratoriais que possam diferenciar os Episódios Depressivos Maiores encontrados no Transtorno Depressivo Maior daqueles existentes no Transtorno Bipolar I.

Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas

Uma idade de início para o primeiro Episódio Maníaco após os 40 anos deve alertar o clínico para a possibilidade de que os sintomas sejam devido a uma condição médica geral ou uso de substância.

Existem algumas evidências de que uma doença da tireóide não tratada piora o prognóstico de Transtorno Bipolar I.

Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

Não existem relatos de uma incidência diferencial de Transtorno Bipolar I com base em raça ou etnia.

Existem algumas evidências de que os clínicos podem tender a superdiagnosticar Esquizofrenia (ao invés de Transtorno Bipolar) em alguns grupos étnicos e em indivíduos mais jovens.

Aproximadamente 10 a 15% dos adolescentes com Episódios Depressivos Maiores recorrentes evoluem para um Transtorno Bipolar I. Episódios Mistos parecem ser mais prováveis em adolescentes e adultos jovens do que em adultos mais velhos.

Estudos epidemiológicos recentes nos Estados Unidos indicam que o Transtorno Bipolar I é quase tão comum em homens quanto em mulheres (diferentemente do Transtorno Depressivo Maior, que é mais comum em mulheres). O gênero parece estar relacionado à ordem de aparecimento dos Episódios Maníaco e Depressivo Maior.

O primeiro episódio em homens tende mais a ser um Episódio Maníaco. O primeiro episódio em mulheres tende mais a ser um Episódio Depressivo Maior. As mulheres com Transtorno Bipolar I têm um risco aumentado para o desenvolvimento de episódios subseqüentes (em geral psicóticos) no período pós-parto imediato. Algumas mulheres têm seu primeiro episódio durante este período.

O especificador Com Início no Pós-Parto pode ser usado para indicar que o início do episódio ocorre dentro de 4 semanas após o parto. O período pré-menstrual pode estar associado com a piora de um Episódio Depressivo Maior, Maníaco, Misto ou Hipomaníaco em andamento.

Prevalência

A prevalência do Transtorno Bipolar I durante a vida em amostras comunitárias tem variado de 0,4 a 1,6%.

Curso

O Transtorno Bipolar I é um transtorno recorrente — mais de 90% dos indivíduos que têm um Episódio Maníaco Único terão futuros episódios.

Aproximadamente 60 a 70% dos Episódios Maníacos freqüentemente precedem ou se seguem a Episódios Depressivos Maiores em um padrão característico para a pessoa em questão.

O número de episódios durante a vida (tanto Depressivos quanto Maníacos) tende a ser superior para Transtorno Bipolar I, em comparação com Transtorno Depressivo Maior, Recorrente. Estudos do curso do Transtorno Bipolar I antes do tratamento de manutenção com lítio sugerem que, em média, quatro episódios ocorrem em 10 anos.

O intervalo entre os episódios tende a diminuir com a idade. Existem algumas evidências de que alterações no ciclo de sono/vigília tais como as que ocorrem durante as mudanças de fuso horário ou privação do sono, podem precipitar ou exacerbar um Episódio Maníaco, Misto ou Hipomaníaco.

Aproximadamente 5 a 15% dos indivíduos com Transtorno Bipolar I têm múltiplos (quatro ou mais) episódios de humor (Episódio Depressivo Maior, Maníaco, Misto ou Hipomaníaco), que ocorrem dentro de um determinado ano. Se este padrão está presente, ele é anotado pelo especificador Com Ciclagem Rápida. Um padrão de ciclagem rápida está associado com um pior prognóstico.

Embora a maioria dos indivíduos com Transtorno Bipolar I retorne a um nível plenamente funcional entre os episódios, alguns (20 a 30%) continuam apresentando instabilidade do humor e dificuldades interpessoais ou ocupacionais. Sintomas psicóticos podem desenvolver-se dentro de dias ou semanas em um Episódio Maníaco ou Episódio Misto anteriormente não-psicótico.

Quando um indivíduo tem Episódios Maníacos com aspectos psicóticos, os Episódios Maníacos subsequentes tendem mais a ter aspectos psicóticos. A recuperação incompleta entre os episódios é mais comum quando o episódio atual é acompanhado por aspectos psicóticos incongruentes com o humor.

Padrão Familiar

Os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Transtorno Bipolar I têm índices elevados de Transtorno Bipolar I (4 a 24%), Transtorno Bipolar II (1 a 5%) e Transtorno Depressivo Maior (3 a 24%). Estudos de gêmeos e de adoções oferecem fortes evidências de uma influência genética para o Transtorno Bipolar I.

Diagnóstico Diferencial

Os episódios Depressivos Maiores, Maníacos, Mistos e Hipomaníacos no Transtorno Bipolar I devem ser diferenciados dos episódios de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral.

O diagnóstico é de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral para episódios considerados a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral específica (por ex., esclerose múltipla, acidente vascular encefálico, hipotireoidismo). Esta distinção fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico.

Um Transtorno do Humor Induzido por Substância é diferenciado de Episódios Depressivos Maiores, Maníacos ou Mistos que ocorrem no Transtorno Bipolar I pelo fato de que uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina) está etiológicamente relacionada à perturbação do humor.

Sintomas como os que são vistos em um Episódio Maníaco, Misto ou Hipomaníaco podem fazer parte de uma intoxicação ou abstinência de uma droga de abuso e devem ser diagnosticados como Transtorno do Humor Induzido por Substância (por ex., um humor eufórico que ocorre apenas no contexto da intoxicação com cocaína é diagnosticado como Transtorno do Humor Induzido por Cocaína, Com Características Maníacas, Com Início Durante Intoxicação).

Sintomas como os que são vistos em um Episódio Maníaco ou Episódio Misto também podem ser precipitados por um tratamento antidepressivo com medicamentos, terapia eletroconvulsiva ou fototerapia. Estes episódios podem ser diagnosticados como Transtorno do Humor Induzido por Substância (por ex., Transtorno do Humor Induzido por Amitriptilina, Com Características Maníacas; Transtorno do Humor Induzido por Terapia Eletroconvulsiva, Com Características Maníacas) e não contam para um diagnóstico de Transtorno Bipolar I.

Entretanto, quando o uso de uma substância ou medicamento não explica totalmente o episódio (por ex., o episódio continua de forma autônoma por um período considerável após a substância ser descontinuada), o episódio conta para um diagnóstico de Transtorno Bipolar I.

O Transtorno Bipolar I é diferenciado do Transtorno Depressivo Maior e Transtorno Distímico pela história de pelo menos um Episódio Maníaco ou Episódio Misto durante a vida. O Transtorno Bipolar I é diferenciado do Transtorno Bipolar II pela presença de um ou mais Episódios Maníacos ou Episódios Mistos.

Quando um indivíduo anteriormente diagnosticado com Transtorno Bipolar II desenvolve um Episódio Maníaco ou Episódio Misto, o diagnóstico é mudado para Transtorno Bipolar I.

No Transtorno Ciclotímico, existem numerosos períodos de sintomas hipomaníacos que não satisfazem os critérios para um Episódio Maníaco e períodos de sintomas depressivos que não satisfazem os critérios sintomáticos ou de duração para Episódio Depressivo Maior.

O Transtorno Bipolar I é diferenciado do Transtorno Ciclotímico pela presença de um ou mais Episódios Maníacos ou Mistos. Se um Episódio Maníaco ou Episódio Misto ocorre após os 2 primeiros anos de Transtorno Ciclotímico, então Transtorno Ciclotímico e Transtorno Bipolar I podem ser diagnosticados em conjunto.

O diagnóstico diferencial entre Transtornos Psicóticos (por ex., Transtorno Esquizoafetivo, Esquizofrenia e Transtorno Delirante) e Transtorno Bipolar I pode ser difícil (especialmente em adolescentes), porque esses transtornos podem compartilhar diversos sintomas (por ex., delírios grandiosos e persecutórios, irritabilidade, agitação e sintomas catatônicos), em especial transeccionalmente e no início de seu curso.

Em comparação com o Transtorno Bipolar, a Esquizofrenia, o Transtorno Esquizoafetivo e o Transtorno Delirante caracterizam-se por períodos de sintomas psicóticos que ocorrem na ausência de sintomas proeminentes de humor.

Outras considerações úteis incluem os sintomas concomitantes, curso prévio e história familiar. Sintomas maníacos e depressivos podem estar presentes durante Esquizofrenia, Transtorno Delirante e Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação, mas raramente com número, duração e abrangência suficientes para satisfazerem os critérios para Episódio Maníaco ou Episódio Depressivo Maior.

Entretanto, quando todos os critérios são satisfeitos (ou se os sintomas têm importância clínica particular), um diagnóstico de Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação pode ser feito em acréscimo ao diagnóstico de Esquizofrenia, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

Se existe uma alternância muito rápida (em questão de dias) entre sintomas maníacos e sintomas depressivos (por ex., alguns dias de sintomas puramente maníacos seguidos por alguns dias de sintomas puramente depressivos) que não satisfazem o critério de duração mínima para Episódio Maníaco ou Episódio Depressivo Maior, o diagnóstico é de Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação.

Critérios Diagnósticos para F30.x - 296.0x para Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco Único

A. Presença de apenas um Episódio Maníaco e ausência de qualquer Episódio Depressivo Maior no passado.

Nota: A recorrência é definida como uma mudança na polaridade a partir da depressão ou um intervalo de pelo menos 2 meses sem sintomas maníacos.

B. O Episódio Maníaco não é melhor explicado por Transtorno Esquizoafetivo nem está sobreposto a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

Especificar se:

Misto: se os sintomas satisfazem os critérios para um Episódio Misto

Especificar (para episódio atual ou mais recente):

Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão.

Com Características Catatônicas.

Com Início no Pós-Parto

Critérios Diagnósticos para F31.0 - 296.40 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Hipomaníaco

A. Atualmente (ou mais recentemente) em um Episódio Hipomaníaco

B. Houve, anteriormente, pelo menos um Episódio Maníaco ou Episódio Misto

C. Os sintomas de humor causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os episódios de humor nos Critérios A e B não são melhor explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

Especificar:

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre Episódios).

Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores).

Com Ciclagem Rápida

Critérios Diagnósticos para F31.x - 296.4x Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Maníaco

A. Atualmente (ou mais recentemente) em Episódio Maníaco

B. Houve, anteriormente, pelo menos um Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco ou Episódio Misto

C. Os episódios de humor nos Critérios A e B não são melhor explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

Especificar (para episódio atual ou mais recente):

Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão.

Com Características Catatônicas.

Com Início no Pós-Parto

Especificar:

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre Episódios).

Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores).

Com Ciclagem Rápida

Critérios Diagnósticos para F31.6 - 296.6x Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Misto

A. Atualmente (ou mais recentemente) em um Episódio Misto

B. Houve, anteriormente, pelo menos um Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco ou Episódio Misto

C. Os episódios de humor nos Critérios A e B não são melhor explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

Especificar (para episódio atual ou mais recente):

Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão.

Com Características Catatônicas.

Com Início no Pós-Parto

Especificar:

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre Episódios).

Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores).

Com Ciclagem Rápida

Critérios Diagnósticos para F31.x - 296.5x Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Depressivo

A. Atualmente (ou mais recentemente) em um Episódio Depressivo Maior

B. Houve, anteriormente, pelo menos um Episódio Maníaco ou Episódio Misto

C. Os episódios de humor nos Critérios A e B não são melhor explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

Especificar (para episódio atual ou mais recente):

Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão.

Crônico.

Com Características Catatônicas.

Com Características Melancólicas.

Com Características Atípicas.

Com Início no Pós-Parto.

Especificar:

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre Episódios).

Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores).

Com Ciclagem Rápida.

Critérios Diagnósticos para F31.9 - 296.7 Transtorno Bipolar I, Episódio Inespecificado

A. Os critérios, exceto pela duração, são atualmente (ou foram mais recentemente) satisfeitos para um Episódio Maníaco, Episódio Hipomaníaco, Episódio Misto ou Episódio Depressivo Maior.

B. Houve, anteriormente, pelo menos um Episódio Maníaco ou Episódio Misto.

C. Os sintomas de humor causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os sintomas de humor nos Critérios A e B não são melhor explicados por um Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

E. Os sintomas de humor nos Critérios A e B não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento), ou de uma condição médica geral (por ex., hipertireoidismo).

Especificar:

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre Episódios).

Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores).

Com Ciclagem Rápida.

TRANSTORNO BIPOLAR II DSM.IV

Características do Episódio

A característica essencial do Transtorno Bipolar II é um curso clínico marcado pela ocorrência de um ou mais Episódios Depressivos Maiores (Critério A), acompanhados por pelo menos um Episódio Hipomaníaco (Critério B). Os Episódios Hipomaníacos não devem ser confundidos com os vários dias de eutímia que podem seguir-se à remissão de um Episódio Depressivo Maior. A presença de um Episódio Maníaco ou Episódio Misto exclui o diagnóstico de Transtorno Bipolar II (Critério C). Episódios de Transtorno do Humor Induzido por Substância (devido aos efeitos fisiológicos diretos de um medicamento, outros tratamentos somáticos para a depressão, drogas de abuso ou exposição a uma toxina) ou episódios de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral não devem contar a favor de um Transtorno Bipolar II. Além disso, os episódios não devem ser melhor explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estar sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação (Critério D). Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério E). Em alguns casos, os Episódios Hipomaníacos em si não causam prejuízo; no entanto, este pode decorrer dos Episódios Depressivos Maiores ou de um padrão crônico de episódios imprevisíveis de humor e de um funcionamento interpessoal ou ocupacional flutuante e inconfiável. Os indivíduos com Transtorno Bipolar II podem não ver os Episódios Hipomaníacos como patológicos, embora outras pessoas possam sentir-se perturbadas pelo comportamento errático do indivíduo. Muitas vezes, particularmente quando em meio a um Episódio Depressivo Maior, os indivíduos não se recordam dos períodos de hipomania se não forem lembrados por amigos íntimos ou parentes. As informações oferecidas por outras pessoas freqüentemente são críticas para o estabelecimento do diagnóstico de Transtorno Bipolar II.

Especificadores

Os seguintes especificadores para o Transtorno Bipolar II podem ser usados para indicar o episódio atual ou mais recente:

Hipomaniaco. Este especificador é usado se o episódio atual (ou mais recente) é um Episódio Hipomaniaco. **Depressivo.** Este especificador é usado se o episódio atual (ou mais recente) é um Episódio Depressivo Maior. Os especificadores seguintes podem ser usados para a descrição do Episódio Depressivo Maior atual no Transtorno Bipolar II (ou o Episódio Depressivo Maior mais recente, se atualmente em remissão, e apenas se este for o tipo mais recente de episódio de humor): Leve, Moderado, Severo Sem Aspectos Psicóticos, Severo Com Aspectos Psicóticos, Em Remissão Parcial, Em Remissão Completa.

Crônico.

Com Características Catatônicas.

Com Características Melancólicas).

Com Características Atípicas).

Com Início no Pós-Parto).

Os especificadores a seguir podem ser usados para indicar o padrão de frequência dos episódios: Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre Episódios). Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores). Com Ciclagem Rápida.

Procedimentos de Registro

O código de diagnóstico para o Transtorno Bipolar II é 296.89; nenhum dos especificadores é codificável. Ao registrar o nome do diagnóstico, os termos devem ser relacionados na seguinte ordem: Transtorno Bipolar II, especificadores indicando o episódio atual ou mais recente (por ex., Hipomaniaco, Depressivo), tantos especificadores quantos se aplicarem ao Episódio Depressivo Maior atual ou mais recente (por ex., Moderado, Com Características Melancólicas, Com Início no Pós-Parto), e tantos especificadores quantos se aplicarem ao curso dos episódios (por ex., Com Padrão Sazonal); por exemplo, 296.89 Transtorno Bipolar II, Depressivo, Severo com Aspectos Psicóticos, Com Características Melancólicas, Com Padrão Sazonal.

Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. O suicídio completado (geralmente durante Episódios Depressivos Maiores) é um risco significativo, ocorrendo em 10 a 15% das pessoas com Transtorno Bipolar II. Gazeta à escola, fracasso escolar, fracasso profissional ou divórcio podem estar associados com o Transtorno Bipolar II. Os transtornos mentais associados incluem Abuso ou Dependência de Substância, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno de Pânico, Fobia Social e Transtorno da Personalidade Borderline.

Achados laboratoriais associados.

Não parece haver qualquer aspecto laboratorial diferenciando os Episódios Depressivos Maiores encontrados no Transtorno Depressivo Maior daqueles do Transtorno Bipolar II.

Características Específicas ao Gênero

O Transtorno Bipolar II pode ser mais comum em mulheres do que em homens. As mulheres com Transtorno Bipolar II podem estar em risco aumentado para o desenvolvimento de episódios subsequentes no período pós-parto imediato.

Prevalência

Estudos comunitários sugerem uma prevalência do Transtorno Bipolar II durante a vida de aproximadamente 0,5%.

Curso

Aproximadamente 60 a 70% dos Episódios Hipomaniacos no Transtorno Bipolar II ocorrem imediatamente antes ou após um Episódio Depressivo Maior. Os Episódios Hipomaniacos freqüentemente precedem ou se seguem aos Episódios Depressivos Maiores em um padrão característico para cada pessoa determinada. O número de episódios durante a vida (tanto Hipomaniacos quanto Depressivos Maiores) tende a ser superior para Transtorno Bipolar II, em comparação com o Transtorno Depressivo Maior, Recorrente. O intervalo entre os episódios tende a diminuir com a idade. Aproximadamente 5 a 15% dos indivíduos com Transtorno Bipolar II têm múltiplos (quatro ou mais) episódios de humor (Hipomaniacos ou Depressivos Maiores) que ocorrem dentro de um mesmo ano. Se este padrão está presente, ele é anotado pelo especificador Com Ciclagem Rápida. Um padrão de ciclagem rápida está associado com um pior prognóstico. Embora a maioria dos indivíduos com Transtorno Bipolar II retorne a um nível plenamente funcional entre os episódios, aproximadamente 15% continuam apresentando humor instável e dificuldades interpessoais ou ocupacionais. Não ocorrem sintomas psicóticos nos Episódios Hipomaniacos, e estes parecem ser menos freqüentes nos Episódios Depressivos Maiores do Transtorno Bipolar II do que nos do Transtorno Bipolar I. Algumas evidências são consistentes com a noção de que alterações acentuadas no ciclo de sono/vigília, tais como as que ocorrem durante mudanças de fuso horário ou privação do sono, podem precipitar ou exacerbar Episódios Hipomaniacos ou Episódios Depressivos Maiores. Caso um Episódio Maníaco ou um Episódio Misto se desenvolva no curso de um Transtorno Bipolar II, o diagnóstico é mudado para Transtorno Bipolar I. Em 5 anos, cerca de 5 a 15% dos indivíduos com Transtorno Bipolar II desenvolvem um Episódio Maníaco.

Padrão Familiar

Alguns estudos indicam que os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Transtorno Bipolar II têm índices elevados de Transtorno Bipolar II, Transtorno Bipolar I e Transtorno Depressivo Maior, em comparação com a população geral.

Diagnóstico Diferencial

Os episódios Hipomaníacos e Depressivos Maiores no Transtorno Bipolar II devem ser diferenciados de episódios de um Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral. O diagnóstico é de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral para episódios considerados a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral específica (por ex., esclerose múltipla, acidente vascular encefálico, hipotireoidismo). Esta distinção fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. Um Transtorno do Humor Induzido por Substância é diferenciado de Episódios Hipomaníacos ou Episódios Depressivos Maiores que ocorrem no Transtorno Bipolar II pelo fato de que uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina) está etiológicamente relacionada com a perturbação do humor. Sintomas como os que são vistos em um Episódio Hipomaníaco podem fazer parte da intoxicação ou abstinência de uma droga de abuso e devem ser diagnosticados como Transtorno do Humor Induzido por Substância (por ex., um episódio tipo depressivo maior ocorrendo apenas no contexto da abstinência de cocaína é diagnosticado como Transtorno do Humor Induzido por Cocaína, Com Características Depressivas, Com Início Durante Intoxicação). Sintomas como os que são vistos em um Episódio Hipomaníaco podem também ser precipitados pelo tratamento antidepressivo com medicamentos, terapia eletroconvulsiva ou fototerapia. Estes episódios devem ser diagnosticados como Transtorno do Humor Induzido por Substância (por ex., Transtorno do Humor Induzido por Amitriptilina, Com Características Maníacas; Transtorno do Humor Induzido por Terapia Eletroconvulsiva, Com Características Maníacas) e não contam para um diagnóstico de Transtorno Bipolar II. Entretanto, quando o uso de uma substância ou medicamentos não explica completamente o episódio (por ex., o episódio continua de forma autônoma por um período considerável após a substância ser descontinuada), o episódio conta para um diagnóstico de Transtorno Bipolar II. O Transtorno Bipolar II deve ser diferenciado de um Transtorno Depressivo Maior e Transtorno Distímico pela história de pelo menos um Episódio Hipomaníaco durante a vida. O Transtorno Bipolar II é distinguido do Transtorno Bipolar I pela presença de um ou mais Episódios Maníacos ou Mistos neste último. Quando um indivíduo com diagnóstico anterior de Transtorno Bipolar II desenvolve um Episódio Maníaco ou Episódio Misto, o diagnóstico é alterado para Transtorno Bipolar I. No Transtorno Ciclotímico, existem numerosos períodos de sintomas hipomaníacos e numerosos períodos de sintomas depressivos que não satisfazem os critérios de sintomas e duração para um Episódio Depressivo Maior. O Transtorno Bipolar II é diferenciado do Transtorno Ciclotímico pela presença de um ou mais Episódios Depressivos Maiores. Se um Episódio Depressivo Maior ocorre após os 2 primeiros anos de Transtorno Ciclotímico, aplica-se o diagnóstico adicional de Transtorno Bipolar II. O Transtorno Bipolar II deve ser diferenciado de Transtornos Psicóticos (por ex., Transtorno Esquizoafetivo, Esquizofrenia e Transtorno Delirante). A Esquizofrenia, o Transtorno Esquizoafetivo e o Transtorno Delirante caracterizam-se por períodos de sintomas psicóticos que ocorrem na ausência de sintomas de humor proeminentes. Outras considerações úteis incluem os sintomas que acompanham os transtornos, curso prévio e história familiar.

Critérios Diagnósticos para F31.8 - 296.89 Transtorno Bipolar II
A. Presença (ou história) de um ou mais Episódios Depressivos Maiores
B. Presença (ou história) de pelo menos um Episódio Hipomaníaco.
C. Jamais houve um Episódio Maníaco ou um Episódio Misto.
D. Os sintomas de humor nos Critérios A e B não são melhor explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.
E. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
Especificar episódio atual ou mais recente: Hipomaníaco: se atualmente (ou mais recentemente) em um Episódio Hipomaníaco. Depressivo: se atualmente (ou mais recentemente) em um Episódio Depressivo Maior
Especificar (para Episódio Depressivo Maior atual ou mais recente apenas se este for o tipo mais recente de episódio de humor): Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão
Nota: Os códigos do quinto dígito especificados em Critérios para Especificadores de Gravidade / Psicótico / de Remissão para Episódio Depressivo Maior atual não podem ser usados aqui, pois o código para o Transtorno Bipolar II já usa o quinto dígito. Crônico. Com Características Catatônicas. Com Características Melancólicas. Com Características Atípicas. Com Início no Pós-Parto
Especificar: Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre Episódios). Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores). Com Ciclagem Rápida

F34.0 - 301.13 Transtorno Ciclotímico

Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno Ciclotímico é uma perturbação crônica e flutuante do humor, envolvendo numerosos períodos de sintomas hipomaniacos e numerosos períodos de sintomas depressivos (Critério A). Os sintomas hipomaniacos têm número, gravidade, abrangência ou duração insuficientes para a satisfação de todos os critérios para um Episódio Maníaco, e os sintomas depressivos têm número, gravidade, abrangência ou duração insuficientes para a satisfação de todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior. Durante o período de 2 anos (1 ano para crianças e adolescentes), quaisquer intervalos livres de sintomas não duram mais de 2 meses (Critério B). O diagnóstico de Transtorno Ciclotímico é feito apenas se o período inicial de 2 anos de sintomas ciclotímicos está livre de Episódios Depressivos Maiores, Maníacos e Mistos (Critério C). Após o período inicial de 2 anos de Transtorno Ciclotímico, Episódios Maníacos ou Mistos podem se sobrepor ao Transtorno Ciclotímico, diagnosticando-se, neste caso, tanto Transtorno Ciclotímico quanto Transtorno Bipolar I. Da mesma forma, após o período inicial de 2 anos de Transtorno Ciclotímico, Episódios Depressivos Maiores podem se sobrepor ao Transtorno Ciclotímico, diagnosticando-se, neste caso, tanto Transtorno Ciclotímico quanto Transtorno Bipolar II. O diagnóstico não é feito se o padrão de alterações do humor é melhor explicado por Transtorno Esquizoafetivo ou está sobreposto a um Transtorno Psicótico, como Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação (Critério D), sendo que, neste caso, os sintomas de humor são considerados aspectos associados do Transtorno Psicótico. A perturbação do humor também não deve decorrer dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertireoidismo) (Critério E). Embora algumas pessoas possam funcionar particularmente bem durante alguns dos períodos de hipomania, deve haver, de modo geral, um sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes, em consequência da perturbação do humor (Critério F). O prejuízo pode desenvolver-se como resultado de períodos prolongados de alterações cíclicas e freqüentemente imprevisíveis de humor (por ex., a pessoa pode ser considerada temperamental, "de lua", imprevisível, inconsistente ou inconfiável).

Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos do Sono (isto é, dificuldade para conciliar e manter o sono) podem estar presentes.

Características Específicas à Idade e ao Gênero

O Transtorno Ciclotímico freqüentemente começa cedo na vida e às vezes é considerado um reflexo da predisposição temperamental para outros Transtornos do Humor (especialmente Transtornos Bipolares). Em amostras comunitárias, o Transtorno Ciclotímico aparentemente ocorre na mesma proporção entre homens e mulheres. Em contextos clínicos, as mulheres com Transtorno Ciclotímico podem estar mais propensas a buscar tratamento do que os homens.

Prevalência

Os estudos têm relatado uma prevalência de Transtorno Ciclotímico durante a vida de 0,4 a 1%. A prevalência em clínicas para transtornos do humor pode variar de 3 a 5%.

Curso

O Transtorno Ciclotímico em geral inicia na adolescência ou começo da vida adulta. O início do Transtorno Ciclotímico mais tarde na vida adulta sugere um Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral, como esclerose múltipla. O Transtorno Ciclotímico em geral tem um início insidioso e um curso crônico. Existe um risco de 15 a 50% de que a pessoa desenvolva, subsequentemente, um Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II.

Padrão Familiar

O Transtorno Depressivo Maior e o Transtorno Bipolar II parecem ser mais comuns entre os parentes biológicos em primeiro grau de pessoas com Transtorno Ciclotímico do que na população geral. Também pode haver um risco familiar aumentado de Transtornos Relacionados a Substâncias.

Diagnóstico Diferencial

O Transtorno Ciclotímico deve ser diferenciado de um Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral. O diagnóstico de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral, Com Características Mistas, é feito quando a perturbação do humor é considerada como a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral específica, geralmente crônica (por ex., hipertireoidismo) (ver p. 349). Esta distinção fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. Se o clínico julgar que os sintomas depressivos não são a consequência fisiológica direta da condição médica geral, então o Transtorno de Humor primário é registrado no Eixo I (por ex., Transtorno Ciclotímico) e a condição médica geral é registrada no Eixo III. Isto ocorre, por exemplo, se os sintomas de humor são considerados como a consequência psicológica do fato de ter uma condição médica geral crônica ou se não existe um relacionamento etiológico entre os sintomas de humor e a condição médica geral. Um Transtorno do Humor Induzido por Substância é diferenciado do Transtorno Ciclotímico pelo fato de que uma substância (em especial estimulantes) está etiológicamente relacionada à perturbação do humor. As freqüentes alterações do humor sugestivas de Transtorno Ciclotímico em geral se dissipam após a cessação do uso da droga. Transtorno Bipolar I, Com Ciclagem Rápida, e Transtorno Bipolar II, Com Ciclagem Rápida, podem assemelhar-se ao Transtorno Ciclotímico em virtude das freqüentes e

acentuadas alterações do humor. Por definição, os estados de humor no Transtorno Ciclotímico não satisfazem todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco ou Episódio Misto, ao passo que o especificador Com Ciclagem Rápida exige a presença de episódios de Maníaco ou Episódio Misto ocorre durante o curso de um Transtorno Ciclotímico estabelecido, aplica-se o diagnóstico de Transtorno Bipolar I (para um Episódio Maníaco ou Episódio Misto) ou Transtorno Bipolar II (para um Episódio Depressivo Maior), juntamente com o diagnóstico de Transtorno Ciclotímico. O Transtorno da Personalidade Borderline está associado com acentuadas alterações do humor, que podem sugerir um Transtorno Ciclotímico. Se os critérios são satisfeitos para cada um dos transtornos, podem ser diagnosticados tanto Transtorno da Personalidade Borderline quanto Transtorno Ciclotímico.

Critérios Diagnósticos para F34.0 - 301.13 Transtorno Ciclotímico
A. Por 2 anos, pelo menos, presença de numerosos períodos com sintomas hipomaníacos e numerosos períodos com sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para um Episódio Depressivo Maior. Nota: Em crianças e adolescentes, a duração deve ser de pelo menos 1 ano.
B. Durante o período de 2 anos estipulado acima (1 ano para crianças e adolescentes), a pessoa não ficou sem os sintomas do Critério A por mais de 2 meses consecutivos.
C. Nenhum Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco ou Episódio Misto esteve presente durante os 2 primeiros anos da perturbação.
Nota: Após os 2 anos iniciais (1 ano para crianças e adolescentes) do Transtorno Ciclotímico, pode haver sobreposição de Episódios Maníacos ou Mistos (sendo que neste caso Transtorno Bipolar I e Transtorno Ciclotímico podem ser diagnosticados concomitantemente) ou de Episódios Depressivos Maiores (podendo-se, neste caso, diagnosticar tanto Transtorno Bipolar II quanto Transtorno Ciclotímico)
D. Os sintomas no Critério A não são melhor explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.
E. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertireoidismo).
F. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

F31.9 - 296.80 Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação

A categoria Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação compreende transtornos com características bipolares que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno Bipolar específico. Exemplos:

1. Alternância muito rápida (em questão de dias) entre sintomas maníacos e sintomas depressivos que não satisfazem os critérios de duração mínima para um Episódio Maníaco ou um Episódio Depressivo Maior.
2. Episódios Maníacos recorrentes sem sintomas depressivos intercorrentes.
3. Episódio Maníaco ou Episódio Misto sobreposto a Transtorno Delirante, Esquizofrenia residual ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.
4. Situações nas quais o clínico concluiu pela presença de Transtorno Bipolar, mas é incapaz de determinar se este é primário, devido a uma condição médica geral ou induzido por uma substância. Outros Transtornos do Humor.

F06.xx - 293.83 Transt. do Humor por uma Condição Médica Geral **Características Diagnósticas**

A característica essencial do Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral é uma perturbação proeminente e persistente do humor, considerada como sendo decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral. A perturbação do humor pode envolver humor depressivo, interesse ou prazer acentuadamente diminuídos ou humor elevado, expansivo ou irritável (Critério A). Embora a apresentação clínica da perturbação do humor possa lembrar a de um Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco ou Episódio Misto, não são satisfeitos todos os critérios para qualquer um destes episódios. A sintomatologia predominante pode ser indicada pelo uso de um dos seguintes subtipos: Com Características Depressivas, Com Episódio Tipo Depressivo Maior, Com Características Maníacas ou Com Características Mistas. Deve haver evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação é a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral (Critério B). A perturbação do humor não é melhor explicada por um outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Ajustamento Com Humor Depressivo, ocorrendo em resposta ao estresse psicossocial de ter a condição médica geral) (Critério C). O diagnóstico também não é feito se a perturbação do humor ocorre apenas durante o curso de um delírium (Critério D). A perturbação do humor deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes (Critério E). Em alguns casos, o indivíduo ainda pode ser capaz de funcionar, mas apenas com um esforço acentuadamente aumentado. Ao determinar se a

perturbação do humor se deve a uma condição médica geral, o clínico deve, em primeiro lugar, confirmar a presença da condição médica geral. Além disso, deve estabelecer que a perturbação do humor está etiológicamente relacionada à condição médica geral através de um mecanismo fisiológico. Uma avaliação atenta e abrangente de múltiplos fatores é necessária para este julgamento. Embora não existam diretrizes infalíveis para determinar se o relacionamento entre a perturbação do humor e a condição médica geral é etiológico, diversas considerações oferecem alguma orientação nesta área. Uma delas é a presença de uma associação temporal entre início, exacerbação ou remissão da condição médica geral e o mesmo em relação à perturbação do Humor. Uma segunda consideração é a presença de aspectos atípicos dos Transtornos do Humor primários (por ex., idade de início ou curso atípico ou ausência de história familiar). Evidências da literatura que sugerem a possível existência de uma associação contexto útil para a avaliação de determinada situação. Além disso, o clínico também deve julgar que a perturbação não é melhor explicada por um Transtorno do Humor primário, Transtorno do Humor Induzido por Substância ou outros transtornos mentais primários (por ex., Transtorno de Ajustamento). Esta determinação é explicada em maiores detalhes na seção "Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral". Contrastando com Transtorno Depressivo Maior, o Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral, Com Características Depressivas, parece ter uma distribuição quase igual entre os gêneros. O Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral aumenta o risco de suicídio tentado e completado. Os índices de suicídio são variáveis, dependendo da condição médica geral específica, sendo que as condições crônicas, incuráveis e dolorosas (por ex., condições malignas, lesões da medula, úlcera péptica, doença de Huntington, síndrome de imunodeficiência adquirida [AIDS], doença renal em estágio terminal, traumatismo craniano) acarretam maior risco de suicídio.

Subtipos

Um dos seguintes subtipos pode ser usado para indicar a apresentação sintomática predominante:

F06.32 - Com Características Depressivas. Este subtipo é usado se o humor predominante é depressivo, mas não são satisfeitos todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior.

F06.32 - Com Episódio Tipo-Depressivo. Este subtipo é usado se são satisfeitos todos os critérios (exceto critério D) para Episódio Depressivo Maior.

F06.30 - Com Características Maníacas. Este subtipo é usado se o humor predominante é elevado, eufórico ou irritável.

F06.33 - Com Características Mistas. Este subtipo é usado se há presença de sintomas tanto de mania quanto de depressão, sem domínio de nenhum deles.

Procedimentos de Registro

Ao registrar o diagnóstico de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral, o clínico deve anotar tanto a fenomenologia específica da perturbação, incluindo o subtipo apropriado, quanto a condição médica geral identificada, considerada a causadora da perturbação no Eixo I (por ex., 293.83 Transtorno do Humor Devido a Tirotoxicose, Com Características Maníacas). O código da CID-9-MC para a condição médica geral também deve ser anotado no Eixo III (por ex., 242.9 tirotoxicose) (Ver Apêndice G para uma lista de códigos diagnósticos selecionados da CID-9-MC para condições médicas gerais). Um diagnóstico separado de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral não é dado se os sintomas depressivos desenvolvem-se exclusivamente durante o curso da Demência do Tipo Alzheimer ou Demência Vasculares. Neste caso, os sintomas depressivos são indicados especificando-se o subtipo Com Humor Deprimido (por ex., 290.21 Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Tardio, Com Humor Deprimido).

Condições Médicas Gerais Associadas

Uma variedade de condições médicas gerais pode causar sintomas de humor. Estas condições incluem condições neurológicas degenerativas (por ex., doença de Parkinson, doença de Huntington), doença vascular cerebral (por ex., acidente vascular encefálico), condições metabólicas (por ex., deficiência de vitamina B12), condições endócrinas (por ex., hiper e hipotireoidismo, hiper e hipoparatiroidismo, lúpus eritematoso sistêmico), infecções virais e outras (por ex., hepatite, mononucleose, vírus de imunodeficiência humana [HIV]) e certos cânceres (por ex., carcinoma de pâncreas). Os achados associados do exame físico, achados laboratoriais e padrões de prevalência e início refletem a condição médica geral etiológica.

Prevalência

As estimativas de prevalência para Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral estão confinadas às apresentações com características depressivas. Observou-se que 25 a 40% dos indivíduos com certas condições neurológicas (incluindo doença de Parkinson, doença de Huntington, esclerose múltipla, acidente vascular encefálico, doença de Alzheimer) desenvolvem uma perturbação depressiva acentuada em algum ponto durante o curso da doença. Para condições médicas gerais sem envolvimento direto do sistema nervoso central, os índices são bem mais variáveis, variando de mais de 60% na síndrome de Cushing a menos de 8%, na doença renal terminal.

Diagnóstico Diferencial

Um diagnóstico separado de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral não é dado se a perturbação do humor ocorre exclusivamente durante o curso de um delírium. Quando o clínico deseja indicar a presença de sintomas de humor clinicamente significativos que ocorrem no contexto de uma Demência Devido a uma Condição Médica Geral, um diagnóstico separado de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral pode ser indicado. Uma exceção a isto dá-se

quando os sintomas depressivos ocorrem exclusivamente durante o curso de uma Demência do Tipo Alzheimer ou Demência Vascular. Nestes casos, aplica-se apenas um diagnóstico de Demência do Tipo Alzheimer ou de Demência Vascular, com o subtipo Com Humor Deprimido, não sendo feito um diagnóstico separado de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral. Se a apresentação inclui um misto de diferentes tipos de sintomas (humor e ansiedade, por exemplo), o transtorno mental devido a uma condição médica geral específico depende dos sintomas predominantes no quadro clínico. Caso existam evidências de uso recente ou prolongado de uma substância (incluindo medicamentos com efeitos psicoativos), abstinência de uma substância ou exposição a uma toxina, um Transtorno do Humor Induzido por Substância deve ser considerado. Pode ser útil obter uma avaliação toxicológica urinária ou sanguínea ou outra avaliação laboratorial apropriada. Os sintomas que ocorrem durante ou logo após (isto é, dentro de 4 semanas) a Intoxicação ou Abstinência de Substância ou após o uso de medicamentos podem ser especialmente indicadores de um Transtorno Induzido por Substância, dependendo do caráter, duração ou quantidade da substância usada. Caso o médico tenha-se assegurado de que a perturbação se deve tanto a uma condição médica geral quanto ao uso de uma substância, aplicam-se ambos os diagnósticos (isto é, Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno de Humor Induzido por Substância). O Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral deve ser diferenciado de um Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Bipolar I, Transtorno Bipolar II e Transtorno de Ajustamento Com Humor Depressivo (por ex., uma resposta mal-adaptativa ao fato de ter uma condição médica geral). Nos Transtornos Depressivo Maior, Bipolar e de Ajustamento não existem mecanismos fisiológicos específicos e diretamente causais associados a uma condição médica geral. Frequentemente, é difícil determinar se certos sintomas (por ex., perda de peso, insônia e fadiga) representam uma perturbação do humor ou uma manifestação direta de uma condição médica geral (por ex., câncer, acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio, diabete). Esses sintomas contam para um diagnóstico de Episódio Depressivo Maior, exceto nos casos em que são clara e completamente explicados por uma condição médica geral. Se o clínico não consegue determinar se a perturbação do humor é primária, induzida por substância ou devido a uma condição médica geral, pode-se diagnosticar um Transtorno de Humor Sem Outra Especificação.

Critérios Diagnósticos para F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]
A. Uma perturbação proeminente e persistente do humor predomina no quadro clínico e se caracteriza por um dos seguintes quesitos (ou ambos): (1) humor depressivo, ou interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades (2) humor elevado, expansivo ou irritável
B. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação é a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral.
C. A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Ajustamento Com Humor Depressivo, em resposta ao estresse de ter uma condição médica geral).
D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delirium.
E. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras área importantes da vida do indivíduo.
Especificar tipo: Com Características Depressivas: se o humor predominante é depressivo, mas não são satisfeitos todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior. Com Episódio Tipo Depressivo Maior: se são satisfeitos todos os critérios (exceto Critério D) para um Episódio Depressivo Maior. Com Características Maníacas: se o humor predominante é elevado, eufórico ou irritável. Com Características Mistas: se há presença de sintomas tanto de mania quanto de depressão, sem predomínio de nenhum deles.
Nota para a codificação: Incluir o nome da condição médica geral no Eixo I, por ex., 293.83 Transtorno do Humor Devido a Hipotireoidismo, Com Características Depressivas; codificar também a condição médica geral no Eixo III (ver Apêndice G para códigos).
Nota para a codificação: Se os sintomas depressivos ocorrem como parte de uma demência preexistente, indicar os sintomas depressivos codificando o subtipo apropriado da demência se algum estiver disponível, por ex., 290.21 Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Tardio, Com Humor Depressivo.

10 ANEXO 2

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas

Organização Mundial de Saúde – Genebra.
Porto Alegre: Artmed, 1993

Transtorno Afetivo Bipolar

F31 – TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Transtorno caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados, sendo que este distúrbio consiste em algumas ocasiões de uma elevação do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e em outras, de um rebaixamento do humor e de redução da energia e da atividade (depressão). Pacientes que sofrem somente de episódios repetidos de hipomania ou mania são classificados como bipolares.

Inclui:

doença maníaco-depressiva

psicose maníaco-depressiva

reação maníaco-depressiva

Exclui: ciclotimia (F34.0)

transtorno bipolar, episódio maníaco isolado (F30.-)

F31.0 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaníaco

Episódio atual correspondente à descrição de uma hipomania tendo ocorrido, no passado, ao menos um outro episódio afetivo (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto).

F31.1 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos

Episódio atual maníaco correspondente à descrição de um episódio maníaco sem sintomas psicóticos (F30.1), tendo ocorrido, no passado, ao menos um outro episódio afetivo (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto).

F31.2 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos

Episódio atual correspondente à descrição de um episódio maníaco com sintomas psicóticos (F30.2), tendo ocorrido, no passado, ao menos um outro episódio afetivo (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto).

F31.3 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado

Episódio atual correspondente à descrição de um episódio depressivo leve ou moderado (F32.0 ou F32.1), tendo ocorrido, no passado, ao menos um episódio afetivo hipomaníaco, maníaco ou misto bem comprovado.

F31.4 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos

Episódio atual correspondentes à descrição de um episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2), tendo ocorrido, no passado, ao menos um episódio afetivo hipomaníaco, maníaco ou misto bem documentado.

F31.5 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos

Episódio atual correspondente à descrição de um episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3), tendo ocorrido, no passado, ao menos um episódio afetivo hipomaníaco, maníaco ou misto bem comprovado.

F31.6 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto

Ocorrência, no passado, de ao menos um episódio afetivo maníaco, hipomaníaco ou misto bem documentado, e episódio atual caracterizado pela presença simultânea de sintomas maníacos e depressivos ou por uma alternância rápida de sintomas maníacos e depressivos.

Exclui: episódio afetivo misto isolado (F38.0)

F31.7 Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão

Ocorrência, no passado, de ao menos um episódio afetivo maníaco, hipomaníaco ou misto muito bem comprovado, e de ao menos um outro episódio afetivo (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto) mas sem nenhuma perturbação significativa do humor, nem atualmente nem no curso dos últimos meses. As remissões sob tratamento profilático devem ser classificadas aqui.

F31.8 Outros transtornos afetivos bipolares

Episódios maníacos recidivantes SOE
Transtorno bipolar II

F31.9 Transtorno afetivo bipolar não especificado

11 ANEXO 3

**CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

COMUNIDADE EVANGÉLICA LUTERANA "SÃO PAULO"
Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 3.607 - D.O.U. nº 202 de 20/10/2005

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**PARECER Nº 01/2009**

Projeto de Pesquisa: Incidência e prevalência de transtorno do humor bipolar em consultório público e em um consultório particular na cidade de Palmas-TO.

Pesquisador Responsável: João Valmocir Maciel

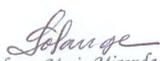
Área do Conhecimento: Ciências da Saúde

Resumo Descritivo do Estudo:

Trata-se de um estudo epidemiológico, de caráter quantitativo, a ser desenvolvido no curso de mestrado da UnB, que tem como objetivo, realizar um estudo epidemiológico do THB em uma amostra de 400 pacientes, sendo 100 atendidos em um consultório psiquiátrico público e 300 em um particular na cidade de Palmas – TO. O projeto de pesquisa apresenta todos os elementos, pré-textuais, textuais e pós-textuais de forma adequada, atendendo às exigências da Resolução CNS No. 196/96, que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos.

Situação: Projeto Aprovado.

Palmas-TO, 08 de outubro de 2009.


Solange Maria Miranda Silva
Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa
CELUP/ULBRA