



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**RAFAELA ALVES NETO**

**TRANSTORNO BIPOLAR: VISÃO ATUAL**

ARIQUEMES – RO

2013

**Rafaela Alves Neto**

## **TRANSTORNO BIPOLAR: VISÃO ATUAL**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do Grau de Bacharel em: Farmácia.

Orientador: Prof<sup>o</sup>.Ms. Roberson  
Geovani Casarin

Ariquemes – RO

2013

**Rafaela Alves Neto**

## **TRANSTORNO BIPOLAR: VISÃO ATUAL**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do Grau de Bacharel em farmácia.

### **COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof<sup>o</sup>.Ms. Roberson Geovani Casarin  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Vera Lucia Matias Gomes Geron  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Josineide Ribeiro de Souza  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 08 de Julho de 2013.

Dedico aos meus pais, Antonio e Vera e ao José Roberto pelo apoio confiança e motivação.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, por ter permitido mais uma conquista na minha vida, e em sua infinita bondade me presenteou com uma família linda, meus pais, Antonio e Vera, meus irmãos Breno, Paulo, Daniela, meu sobrinho João Vitor, pessoas de um valor inestimável, guerreiras, meu alicerce, meu refugio, que contribuíram grandemente na minha vida, me apoiando, orientando e sempre me incentivando. E por ter me proporcionado conhecer pessoas maravilhosas nesse percurso, Camila, Aira, Raiane, Kelma, Patrícia, Adriana, Jaqueline que me acolheram e me ofereceram suas amizades, em especial minha amiga Nelimar pela amizade, compreensão, incentivo, conselhos e pelos momentos compartilhados, que estive sempre à disposição para me ajudar nos momentos em que mais precisei.

À minha prima Silmara, que sempre torceu por mim e pelo incentivo.

Ao meu orientador Roberson Geovani Casarin que me aceitou e orientou e com muita paciência me ajudando a concluir o meu trabalho.

Aos professores que se dedicaram em nos passar seus conhecimentos para que sejamos profissionais capacitados e éticos na profissão que escolhemos.

Aos meus colegas de curso que trilharam comigo neste período de conhecimento e realizações.

Enfim, agradeço a todos que colaboraram, de maneira direta ou indiretamente, para que o presente trabalho pudesse ser realizado.

“Os homens deveriam saber que é do  
cérebro, e de nenhum outro lugar, que  
vem as alegrias, as delícias, os risos e as  
diversões, e tristezas, desânimos e  
lamentações.”

Hipócrates

## RESUMO

O Transtorno Bipolar (TB) é uma doença crônica e complexa, que atinge cerca de 3-5 % da população mundial, caracterizada por episódios de mania, hipomania e depressão, podendo ocorrer de forma isolada ou mista. Causa sofrimento e prejuízo funcional para seus portadores. A presente pesquisa foi desenvolvida através de revisão bibliográfica, com o objetivo de fornecer uma visão atual sobre o TB, apresentando suas classificações, relatando sintomas que possibilitam o diagnóstico em um indivíduo, identificando a veracidade desses sintomas, uma vez que os mesmos podem ser confundidos com outras enfermidades, expondo tratamentos que auxiliam o controle da doença e descrevendo as principais razões de não adesão farmacológica, visto que este é essencial para melhorar a qualidade de vida de seus portadores, contudo é importante deixar claro que não se trata de uma doença psicológica como a maioria acreditam e sim de um distúrbio biológico decorrente da expressão genética, embora ainda não se saiba os mecanismos nos quais ocorre essa alteração. Acredito que a ciência deve acima de tudo favorecer a humanidade de alguma forma. Por mais que a contribuição desse trabalho seja mínima, a busca por melhorar a qualidade de vida de pessoas que possui TB e também suas famílias e amigos foi à razão no qual me norteou para o desenvolvimento desse trabalho.

**Palavras-chave:** Transtorno Bipolar, Sintomas, Diagnóstico, Tratamento.

## **ABSTRACT**

The Bipolar disorder (BD) is a chronic and complex disease, which affects about 3-5 % of the world population, characterized by episodes of mania, hypomania and depression, which may occur in isolation or mixed forms. It causes suffering and functional impairment to their carriers. This research was developed through literature review, with the goal of providing a current view on TB, presenting their classifications, reporting symptoms that make it possible the diagnosis in an individual, identifying the veracity of these symptoms, since they can be confused with other diseases, exposing treatments that help control the disease and describing the main reasons for non-adherence to the pharmacologic, since this is essential to improving the quality of life of their patients, however it is important to make clear that this is not a psychological illness as most believe but a biological disorder resulting from gene expression, although not yet know the mechanisms in which the change occurs. I believe that science must above all encourage humanity somehow. As much as the contribution of this work is minimal, the quest to improve the quality of life of people who have TB and also their families and friends was the reason in which I guided the development of this work.

Keywords: Bipolar Disorder, Symptoms, Diagnostic, Treatment.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	Associação Americana de Psiquiatria
CID -10	Décima revisão Classificação estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionado à Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno mentais da Associação Americana de Psiquiatria
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
FDA	Agencia Americana de Controle de Medicamentos e Alimentos
Scielo	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
TB	Transtorno Bipolar
d.C	depois de Cristo
mEq/L	Miliequivalente por litro

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>14</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>15</b>
4.1 TRANSTORNO BIPOLAR NA HISTÓRIA.....	15
4.2 CARACTERÍSTICAS DO TRANSTORNO BIPOLAR .....	18
4.3 INFLUÊNCIAS DO TRANSTORNO BIPOLAR.....	20
4.4 POSSÍVEIS CAUSAS DO TRANSTORNO BIPOLAR.....	21
4.5 TIPOS DE TRANSTORNO BIPOLAR .....	22
4.6 DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO BIPOLAR .....	22
<b>4.6.1 Critérios para episódios maníacos</b> .....	<b>22</b>
<b>4.6.2 critérios para episódios hipomaníacos</b> .....	<b>23</b>
<b>4.6.3 Critérios para episódios depressivos</b> .....	<b>24</b>
<b>4.6.4 Critérios para episódios mistos</b> .....	<b>25</b>
<b>4.6.5 Principais erros de diagnóstico</b> .....	<b>25</b>
4.7 TRATAMENTOS DISPONÍVEIS PARA O TRANSTORNO BIPOLAR.....	26
<b>4.7.1 Psicoterapia</b> .....	<b>26</b>
<b>4.7.2 Farmacológicos</b> .....	<b>27</b>
4.8 NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO.....	29
4.9 CONSCIENTIZAÇÃO PARA ADESÃO DO TRATAMENTO.....	30
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>31</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>32</b>

ANEXO I

ANEXO II

## INTRODUÇÃO

O Transtorno Bipolar (TB) é uma doença crônica e complexa, que atinge cerca de 3-5% da população mundial, caracterizada por episódios de mania, hipomania e depressão, podendo ocorrer de forma isolada ou mista. (SOUZA, 2005). E em qualquer época da vida, causando prejuízos na vida do indivíduo tanto social como ocupacional. Sendo classificado como tipo I, tipo II, Transtorno Ciclotímico e sem outras especificações. (ALDA, 1999; DSM, 2002).

Contudo, existe uma grande dificuldade em seu diagnóstico, pois os sintomas desse transtorno são semelhantes ou iguais aos de outras doenças, como a depressão unipolar, esquizofrenia, entre outras, levando a diagnósticos errôneos. (RIBEIRO; LARANJEIRA; CIVIDANES, 2005).

Nos dias atuais é uma doença conhecida e muito estudada, porém em épocas anteriores esse distúrbio tomava proporções adversas:

Loucura, melancolia, mania, fúria divina, possessão, bruxaria, tristeza, demência, psicose, depressão. Até chegarmos no Transtorno do Humor Bipolar, um grande caminho foi percorrido, que iniciou na Grécia e Roma juntamente com a história da nossa civilização. Descrever o seu trajeto é descrever a história da humanidade. (ALCANTRA et al., 2003).

Compreender as possíveis causas do TB a fim de elucidar os mecanismos nos quais ocorre a doença tem sido motivo para vários estudos na atualidade, nos quais tem se direcionado para fatores biológicos e genéticos e o ambiente como fator desencadeante. (KNAPP; ISOLAN, 2005).

Não há cura para este tipo de transtorno de humor, mas por se tratar de uma doença crônica e recorrente o tratamento é essencial para melhorar a qualidade de vida de seus portadores, constituindo como base fármacos estabilizadores de humor aliados a psicoterapia. Vários estudos tem se voltado para a identificação dos obstáculos enfrentados por portadores do TB frente à realidade necessária do uso contínuo de medicamentos para estabilização do transtorno. (MIASSO; CASSIANE; PEDRÃO, 2008).

A pesquisa é relevante para verificar os avanços dos estudos relacionados ao diagnóstico e o tratamento do TB até os dias atuais, onde através de uma revisão

Literária podemos mostrar os pontos que foram identificados e trabalhados em relação ao assunto.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Fornecer uma visão atual sobre o Transtorno Bipolar.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar suas classificações, relatando sintomas que possibilitam o diagnóstico em um indivíduo, identificando a veracidade desses sintomas, uma vez que os mesmos podem ser confundidos com outras enfermidades.
- Expor, tratamentos que auxiliam no controle da doença.
- Descrever as principais razões da não adesão farmacológica.
- Mostrar como compromete a qualidade de vida de pacientes bipolares.

## METODOLOGIA

A presente pesquisa foi desenvolvida através de revisão bibliográfica, baseada em pesquisa de livros da biblioteca Julio Bordignon, pertencente à Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA) e livros publicados encontrados em livrarias e também monografias e teses disponíveis na internet.

Também foram pesquisados artigos em base de dados *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), utilizando os descritores: Transtorno bipolar, diagnóstico tratamento, etiologia, não adesão, epidemiologia, psicoterapia, história, sendo realizado o cruzamento entre as mesmas. Foram pesquisados artigos nas línguas portuguesa e inglesa, contendo textos compreendidos entre o período de 2002 a 2012, e outros quando necessário devido sua grande relevância para a pesquisa.

Os artigos que não correspondem aos objetivos e áreas de interesse do trabalho foram descartados.

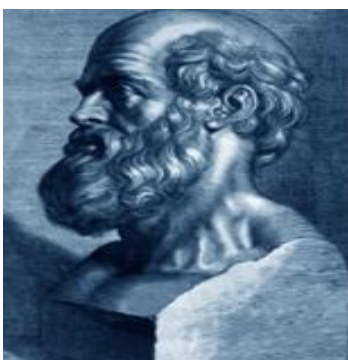
## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 TRANSTORNO BIPOLAR NA HISTÓRIA

Relatos de casos de transtorno de humor e tentativas de definir tais entidades panorâmicas filosóficas ou médicas são relatados desde o período clássico da Grécia.

Os primeiros escritos sobre a existência da melancolia datam da civilização greco-romana e são descritas em personagens bíblicos como o rei Saul, no antigo testamento, e mitológicos, como na Ilíada, de Homero. Saul, rei de Israel, um homem bravo, alto, forte e um valente guerreiro, luta contra os filisteus de maneira corajosa, mas em um dado momento, uma tristeza e um tormento tomam conta de sua vida. Não tem mais certeza de sua força e bravura, pensamentos de morte e tragédia passam a tomar conta dos seus dias [...]. (ALCANTARA et.al., 2003).

Transtornos mentais obtiveram sua primeira classificação distinguindo sistematicamente a mania e a melancolia, por Hipócrates de Cós conhecido como pai da medicina. Ele criou a célebre doutrina dos quatro humores: sangue (sanguíneo), bile amarela (colérico), bile negra (melancólico) e linfa (linfático), para melhor entendimento do funcionamento do corpo humano, englobando a própria personalidade do homem. Se estes humores estão em equilíbrio, a saúde está presente no organismo, se um deles está em menor proporção ou em quantidade excessiva, o desequilíbrio se instala, provocando enfermidades. (CAMPOS; CAMPOS; SANCHES, 2009).



**Figura 1-** Hipócrates

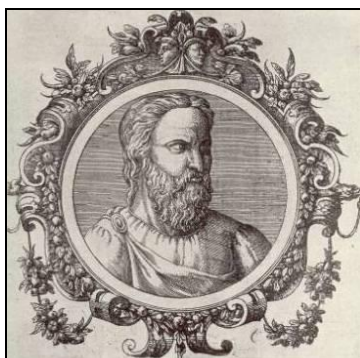
Fonte: Nogueira, Montanari, Donnici (2009).



O primeiro conceito da bipolaridade foi descrito por Araeteus da Capadócia no século I depois de cristo (d.c) como mania e melancolia sendo manifestação da mesma doença, sendo essa, então, a primeira concepção da bipolaridade. (CAMPOS; CAMPOS; SANCHES, 2009).

Celebrizou-se pela relação de proximidade de seus escritos principalmente da mania e da melancolia:

Mais explicitamente, escreveu: [...] “Na maioria dos melancólicos a tristeza se torna melhor depois de variados períodos de tempo, e se converte em alegria; os pacientes então desenvolvem o que se chama de mania”. (DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005).



**Figura 2 – Araeteus**

Fonte: history of Psychology (2003)

Galeno 128 a 201 d.C desenvolveu uma teoria mais abrangente da teoria humoral criado por Hipócrates, descreveu que a melancolia poderia estar relacionada com enfermidade primária do cérebro de natureza crônica e recorrente. (ALCANTARA et.al., 2003).



**Figura 3 - Galeno**

Fonte: Nogueira, Montanari, Donnici (2009)

No século XX Kraepelin discorreu que a doença maniaco-depressiva relacionava-se com episódios depressivos e maníacos a quadros circulares. Descreveu quase todos os sintomas de mania e melancolia em sua concepção de maniaco-depressiva, dando destaque às características da doença. Demonstrando que nos episódios isolados, maníacos ou depressivos, encontra-se alterados na mesma direção. Na mania, por exemplo, há fuga de ideia, uma excitação fora do comum e aumento da atividade psicomotora. No episódio de depressão teria o pensamento inibido, lentidão na atividade motora e humor deprimido. (DEL-PORTO, 2004).

Kraepelin teve uma grande contribuição no conceito de episódios mistos do TB, segundo ele nos episódios mistos as alterações estariam em diferentes direções, considerando as áreas do afeto, da atividade e do pensamento, classificando-os como depressão agitada, a mania improdutiva. (DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005).



**Figura 4** – Kraepelin

Fonte: História de La psiquiatria (2001)

E em pouco tempo suas ideias ganharam reconhecimento, ajudando de maneira significativa nas classificações de patologias psiquiátricas e conseqüentemente uma transformação no modo de definir o diagnóstico e a terapêutica psiquiátrica. Diretamente contribuiu na reformulação da classificação de diagnósticos elaborada pela APA (Associação de Psiquiatras Americanos), que já contava com duas edições. A primeira edição data de 1952, momento em que surge o primeiro DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno mentais da Associação Americana de Psiquiatria). (CAPONI, 2011).

## 4.2 CARACTERÍSTICAS DO TRANSTORNO BIPOLAR

O termo bipolar significa vivenciar dois tipos radicalmente diferentes de humor ao extremo, onde a pessoa se sente muito eufórica e em outro dado momento muito deprimida. (TRICHE; WELLS; MINNIUM, 2003).

O TB é crônico, considerado como um dos mais graves tipos de doença mental, que acomete cerca de 3 a 5% da população mundial, com risco de suicídio de 15%. Possui como características a presença de episódios alternados de humor (mania, hipomania e depressão), os quais podem variar em tempo de duração, frequência e a intensidade com que ocorrem. Além dos episódios considerados clássicos há também aqueles mistos, que são episódios nos quais ocorrem tanto sintomas das fases de mania como da depressão, ou seja, são simultâneos. A ocorrência de psicose tende a ser um indicador do nível da gravidade, bem como a alta frequência destes episódios tende a marcar a cronicidade da doença. (ROCA; LAFER, 2006).

E se tratando de alterações de humor, “podem se suceder em um período de horas ou dias, ou ainda ser intercaladas por meses ou anos.” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 1992).

De acordo com Associação Brasileira de Psiquiatria (2009), nos episódios de depressão o bipolar passa a ver tudo de uma forma difícil, triste, angustiante, há uma perda do interesse, diminuição da concentração, dificuldade para realizar tarefas cotidianas, tendência ao isolamento, insônia ou sonolência exagerada, sentimentos de impotência ou culpa e em casos mais graves, pensamentos e tentativas de suicídio.

Ao contrário da depressão o período maníaco, a pessoa vê tudo e todos de uma forma extremamente positiva, bem mais do que realmente é, há uma excitação fora do comum, uma sensação de plenitude, de grandeza, alegria transbordante, autoestima elevada, desinibição, pensamentos acelerados, fala rápida, diminuição da necessidade de dormir, e uma energia física inesgotável, não sendo menos perigoso do que o período depressivo, neste episódio o bipolar se coloca em condições de risco, pois a mania é uma euforia exagerada, constituindo como perigo disfarçado, pois a pessoa se acha capaz de tudo, vivenciando situações como: direção perigosa ou por uma conduta sexual exagerada ou inadequada, há um

descontrole nos impulsos, podendo levar a gastos descontrolados. (ALMEIDA, 2006).

Nos episódios hipomaniacos o paciente tem os mesmos sintomas da mania só que de forma mais branda, a hipomania não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional ou de exigir hospitalização. (DSM, 2002).

Nos episódios mistos há ocasiões em que os pacientes em episódios de mania se mostram passageiramente tristes, silenciosos ou imóveis e que os deprimidos cantam, riem e correm, ou seja, a pessoa se sente ao mesmo tempo exaltada e deprimida. (BOTELHO, 2010).

Muitas pessoas confundem características do temperamento com o TB, Psiquiatra da universidade federal de São Paulo (UNIFESP) destacou o ponto diferencial do transtorno de humor e o tipo de temperamento de alguns indivíduos.

Segundo Lacerda (2011), pessoas leigas confundem muito características de temperamento com transtorno bipolar, o ponto chave para ser encaminhado para um profissional especializado que é o psiquiatra é quando essas alterações trazem prejuízo funcional, esse é um critério diagnóstico muito fidedigno não precisa ser um profissional especializado para reconhecer isso, existem pessoas que tem vários problemas de oscilação de humor, ou seja, muda de humor o tempo todo varias vezes, enfim, mas ele não tem prejuízo no trabalho não tem prejuízo nos relacionamentos não tem prejuízo social não tem prejuízo familiar, certamente é uma característica de personalidade dele, agora si essas características trazem um prejuízo funcional ao nítido certamente ele tem o diagnóstico, pode não ser o bipolar, mas certamente ele tem diagnóstico [...]. (informação verbal).

O TB está associado por mais anos de vida perdidos do que as variáveis formas de câncer ou situações neurológicas como Alzheimer, fato esse devido à doença se iniciar na sua grande maioria na adolescência ou início da fase adulta atravessando a vida do paciente, sendo que o mesmo ocupa o nono lugar em disfunção em indivíduos e em 2020 estima-se que alcançará a quarta posição. (KATHLEEN et al., 2011 apud LOPES, 2012).

### 4.3 INFLUÊNCIAS DO TRANSTORNO BIPOLAR

Além do sofrimento de quem tem o transtorno, há também o das pessoas que os rodeiam. Os familiares, amigos, companheiros e professores são os mais atingidos pela instabilidade no humor do bipolar. Por ser um distúrbio psíquico, ele interfere diretamente nos relacionamentos interpessoais (paciente/pessoa), afetando assim, seus laços afetivos e profissionais. Isso fica bem claro no seguinte relato:

[...] “minha filha mais velha nem fala comigo, ela pegou uma fase na minha vida que eu ficava muito agitada e nervosa e muitas vezes agressiva então ela me taxa de louca” [...]. (NEVES, 2013).

Contudo não é apenas o relacionamento interpessoal, pois o TB, afeta também o seu relacionamento intrapessoal, pois o indivíduo cria bloqueios, se auto delimita, tornando tarefas normais do cotidiano um grande desafio. O relato abaixo ilustra essa situação:

Quando descobri o diagnóstico, de Transtorno Bipolar tipo II, em março de 2007, tinha 25 para 26 anos. Hoje, levo uma vida normal, graças a Deus. Tenho oito irmãos, mas na minha casa eu era considerada sempre a mais "medrosa", "lerda", "aérea", "chorona" e "mimada" pelos meus irmãos. Enquanto isso, sempre colecionei notas altas na escola e um comportamento exemplar, o que neutralizava certos "defeitos". Aos dois anos, meus pais me levaram a um neurologista, porque desconfiavam que eu tivesse uma doença mental. Não tinha e meus exames não mostraram nada de errado. Aos cinco, fui a um psicólogo comportamental, porque eu não falava nada (eu não queria falar). Ué, me tratavam como se eu tivesse uma doença mental, então eu sem querer dava o troco. No início, não gostei do tratamento, mas ele foi eficaz, porque comecei a ter um relacionamento com o mundo exterior. E sempre fui uma criança bem comportada, quieta e tranquila.

Na adolescência, aos dezessete anos, tive uma crise depressiva muito forte, após uma tragédia familiar. Ai o mundo caiu. Esta é uma característica da doença, que é um gigante adormecido: você pode ser bipolar sem que você saiba, mas basta que você sofra uma tragédia, que você pode desenvolver um episódio eufórico ou depressivo. No meu caso, fiquei depressiva até os 18 anos, quando entrei na universidade, para cursar Arquivologia. E foi a segunda vez que procurei uma terapeuta. Aos vinte e dois anos, recém-formada, entrei em um órgão do governo por meio de seleção pública. Fui

Contrato Temporário da União durante cinco anos. E naquela altura, tinha procurado uns seis terapeutas para me auxiliar da minha frequente insatisfação de estar inadequada à sociedade. As crises de hipomania e depressão ficaram mais frequentes e intensas, pois neste ambiente de trabalho existia uma pressão subumana em produzir mais e mais, sem que exista o respeito ao funcionário. Minhas finanças foram para o espaço, pois devo até o pescoço. Porém, nunca pensei em procurar um psiquiatra. Este foi o erro. Fui pensar em procurar um profissional especializado escondida da minha família, que sempre foi contra a hipótese de eu procurar um psiquiatra, e fui em conjunto com uma colega minha, que é uma grande amiga. Depois de encontrar dois médicos, recebi o diagnóstico correto de Transtorno Bipolar tipo II. O diagnóstico não é fácil, porque ele é muito parecido com o do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e com a Depressão. [...]. (WIL, 2012).

#### 4.4 POSSÍVEIS CAUSAS DO TRANSTORNO BIPOLAR

Compreender a causa e a fisiopatologia do TB, em toda sua heterogeneidade, torna-se grande importância para que se possam adotar estratégias para o tratamento e prevenção. (MICHELON; VALLADA, 2005). Diante das dificuldades encontradas, novas estratégias de investigação vêm sendo utilizadas e tem contribuído na fundamentação do papel da genética no TB, juntamente a compreensão dos efeitos à exposição ao ambiente e disfunção dos neurotransmissores. (MICHELON; VALLADA, 2004).

A impressão geral dos profissionais que a incidência do TB vem crescendo, fato esse que não poderia estar ocorrendo apenas por alterações genéticas, assim o ambiente tem contribuído como base desencadeante. Nos dias atuais há uma crescente carga de estímulos comparados há tempos atrás, são vários os estímulos a que estamos expostos, como: busca por novidades, pressa, impaciência, abuso de drogas ilícitas entre outros, não descartado situações de estresse, decepção amorosa, perda de um ente querido. (LARA, 2004; BAHLS, 2005).

Estudos com gêmeos idênticos e de famílias com múltiplos afetados demonstrou concordância em média de 68 % para gêmeos monozigóticos e risco de 2 a 15 % em parentes de primeiro grau, sugerindo alta herança genética. Gêmeos idênticos possuem absolutamente o mesmo genoma, embora a porcentagem seja elevada 32 % não manifestaram a doença. Pode-se então concluir que para o

desenvolvimento do transtorno bipolar o indivíduo necessita ter a presença do gene vulnerável e da interação deste com ambiente. (CARDNO et al.,1999 apud MICHELON; VALLADA, 2005).

Sabe-se que no TB ocorre uma disfunção dos neurotransmissores e essa desordem biológica constitui em um desequilíbrio da serotonina, dopamina, noradrenalina. Mesmo considerando o TB uma doença muito estudada, avaliando diferentes aspectos, os achados encontrados ainda continuam pouco representativos não demonstrando evidências consistentes com sua etiopatogenia. (MACHADO-VIEIRA et al., 2005).

#### 4.5 TIPOS DE TRANSTORNO BIPOLAR

O TB pode ser classificado em TB tipo I - caracteriza-se por um ou mais episódios maníacos ou mistos, acompanhados de episódios depressivos. TB tipo II - caracterizado por um ou mais episódios de depressão, acompanhado de pelo menos um episódio hipomaníaco (mania mais leve). Transtorno ciclotímico - caracterizado por no mínimo dois anos com numerosos períodos de sintomas de hipomania e sintomas depressivos mais leves. TB sem outras especificações - entende-se por transtorno com características bipolares nos quais não satisfazem os critérios para qualquer transtorno bipolar específico, p. ex., não satisfazem o critério de duração mínima para um episódio maníaco ou um episódio depressivo. (DSM, 2002).

#### 4.6 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico continua sendo clínico, onde se utilizam Os dois maiores sistemas de classificação diagnóstica a nível mundial que são CID-10(Décima revisão Classificação estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionado à Saúde) e DSM. (TAYLON et al., 2011).

##### **4.6.1 Critérios para episódios maníacos**

O humor deve estar persistentemente elevado de expansividade ou irritabilidade, por um tempo mínimo de uma semana (ou qualquer duração, se fizer

necessário hospitalização), associados a três sintomas para humor de expansividade e quatro sintomas para humor de irritabilidade. Os sintomas são:

1. Autoestima elevada ou grandiosidade
2. Diminuição das necessidades de sono
3. Aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora
4. Mais loquaz do que o habitual ou pressão por falar
5. Distratibilidade
6. Bloqueio de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão corretos
7. Envolvimento excessivo em atividades prazerosas com alto potencial pra consequências dolorosas (p.ex. envolver-se em surtos desenfreados de compras). (DSM, 2002).

A alteração do humor deve se suficientemente grave a ponto de causar prejuízo no funcionamento ocupacional, social ou relacionamento costumeiro com outros, ou de exigir a hospitalização para evitar danos a si mesmo e a terceiros, podem apresentar psicose. (DSM, 2002).

Os sintomas não devem se devido a efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex, droga de abuso, um medicamento ou outro tratamento). (DSM, 2002).

#### **4.6.2 critérios para episódios hipomaníacos**

Um período mínimo de quatro dias onde o humor persistente é elevado, expansivo ou irritável, durante todo tempo, diferente do humor normal habitual. Durante esse período devem estar presentes três ou mais dos seguintes sintomas:

1. Autoestima elevada ou grandiosidade;
2. Diminuição das necessidades de sono (p. ex sentir disposto com 3 horas de sono);
3. Mais loquaz do que o habitual ou pressão por falar;
4. Aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora;
5. Envolvimento excessivo em atividades prazerosas com alto potencial pra consequências dolorosas, (p.ex., envolver-se em surtos desenfreados de compras);



6. Bloqueio de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão corretos;
7. Distratibilidade. (DSM, 2002).

Embora episódios maníacos e episódios hipomaníacos tenham lista idêntica de sintomas característicos, a perturbação do humor nos episódios hipomaníacos não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional ou de exigir hospitalização, mas ocorre uma alteração humor que não é característico do humor habitual podendo ser observados por terceiros. Alguns episódios hipomaníacos podem evoluir para episódios maníacos. (DSM, 2002).

#### **4.6.3 Critérios para episódios depressivos**

No mínimo cinco dos seguintes sintomas devem estar presentes durante o período mínimo de duas semanas, pelo menos um dos sintomas é humor deprimido ou perda do interesse ou prazer.

1. O humor deverá estar deprimido na maior parte do dia não necessariamente todos os dias, indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por terceiros (p.ex. chora muito);
2. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias;
3. Haverá uma diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia quase todos os dias;
4. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
5. Perda ou ganho de peso significativo;
6. Insônia ou hipersonia quase todos os dias;
7. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva quase todos os dias (não meramente auto recriminação ou culpa por estar doente);
8. Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão quase todos os dias;
9. Pensamento de morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico ou podem também ter medo de morrer. (DSM, 2002).

Os episódios depressivos causam prejuízo no funcionamento ocupacional, social. Podem apresentar psicose não devem ser devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substancia (p. ex, droga de abuso, um medicamento ou outro tratamento). (DSM, 2002).

#### **4.6.4 Critérios para episódios mistos**

Satisfazem os critérios de episódios maníacos e episódios depressivos exceto pela duração, quase todos os dias, durante um período mínimo de uma semana e a alteração do humor deve ser suficientemente grave a ponto de causar prejuízo no funcionamento ocupacional, social ou relacionamento costumeiro com outros, ou de exigir a hospitalização, podem apresentar psicose. (DSM, 2002)

#### **4.6.5 Principais Erros De Diagnóstico No Transtorno Bipolar**

Muitos psiquiatras desconhecem ou não examinam minuciosamente o histórico familiar, características e comportamentos anteriores de seus pacientes antes de diagnosticá-los. Portanto, é comum que os bipolares sejam erroneamente diagnosticados, por apresentarem sintomas semelhantes ou até mesmo iguais aos de outros tipos de transtornos e o surgimento dos dois episódios não possuem uma ordem de período de tempo determinado, podem ser facilmente confundidos. (ALMEIDA, 2006).

Os erros mais comuns são: depressão unipolar e esquizofrenia, muitos pacientes recebem diagnóstico errado nas primeiras avaliações, frequentemente de depressão unipolar no TB tipo II, e esquizofrenia no TB tipo I em episódios de mania na sua forma mais grave associadas a psicose. (LIMA et al., 2005; MATOS; MATOS; MATOS, 2005).

TB II muitas vezes os episódios de hipomania podem passar despercebidos, pois geralmente os pacientes procuram ajuda médica apenas quando estão em episódios de depressão. Dificilmente alguém procura ajuda quando se sente eufórico.

Segundo Moreno (2011), geralmente quando a pessoa está maníaca ou hipomaníaca ela não acha que ela esteja doente e quando a pessoa vem

mesmo estando em depressão se não houver um parente que afirme sim que ela teve episódios de hipomania ou mania ao longo da vida, a pessoa pode não se lembrar e o médico pode até piorar o quadro da depressão dando um antidepressivo simplesmente[...] (informação verbal).

Pessoas com TB podem levar em média oito anos para ser diagnosticadas corretamente e receberem o tratamento adequado. (ABRATA, 2012).

De acordo com Lara (2004) os pontos indispensáveis para se diagnosticar corretamente o TB são: sinais e sintomas, histórico familiar, fatores desencadeantes ambientais (como perda de um ente querido) resposta fisiológica decorrentes de medicamentos que causem manifestações do comportamento.

#### 4.7 TRATAMENTOS PARA O TANSTORNO BIPOLAR

O tratamento possui o intuito de manter o paciente em eutimia (estado de equilíbrio do humor), constitui-se basicamente de duas combinações a farmacológica (estabilizadores de humor) e a não farmacológica (psicoterapia). No entanto a utilização de medicamentos efetivos em combinação com a psicoterapia permite que 75-80% dos pacientes levem uma vida normal. (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009).

##### 4.7.1 Psicoterapia

A psicoterapia tem como principal intuito aumentar a adesão do tratamento, identificar prodromos (sinais e sintomas que prenunciam a doença), prevenindo recaídas, diminuindo hospitalizações, melhoria na qualidade de vida do paciente e de seus familiares, contribuindo para que os pacientes aprendam a lidar com situações de estresse e aumentem seu funcionamento social e ocupacional. (MENEZES; SOUZA, 2011). O relato de caso descrito abaixo mostra a contribuição da psicoterapia:

[...] depois que eu comecei a fazer a psicoterapia, aí melhorou tudo... lá a gente aprende muito e a partir daí é que eu fui aceitando mesmo a doença, esclarecendo daqui, dali, ouvindo um e outro do grupo [...] eu falo que a psicoterapia ela é bem melhor do que às vezes as consultas que nós fazemos no ambulatório, ajuda demais. (Hematita) Pra mim ajudou muito [...] se eu pensasse parar com o medicamento, qualquer coisa, o grupo não

incentiva isso, o grupo mostra que parando com o medicamento, a crise está em aberto, quer dizer, tem mais probabilidade de ficar doente. (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2008).

A habilidade de reconhecer os sinais prodrômicos da doença e desenvolver apropriadas estratégias para lidar com eles é possivelmente um dos mais importantes aspectos para um bom prognóstico em transtorno bipolar. (GOMES; LAFER, 2006).

#### **4.7.2 Farmacológicos**

O tratamento farmacológico consiste em duas etapas: tratar o episódio atual, ou seja, a mania aguda ou a depressão até a remissão dos seus sintomas e a fase de manutenção. (KAPCINSKI, 2005)

A Agência Americana de Controle de Medicamentos e alimentos (FDA), aprovou para o tratamento da mania aguda o lítio, a clorpromazina, divalproato, carbamazepina, e antipsicóticos atípicos como a risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprazidona, aripiprazol, asenapina; para tratamentos da depressão bipolar a combinação de olanzapina-fluoxetina e a quetiapina, e para fase de manutenção do transtorno recomenda-se a utilização do lítio, olanzapina, lamotrigina e aripiprazol. (CHENIAUX, 2010).

A estratégia de escolher um estabilizador do humor é aquele que seja eficaz no tratamento da mania e estado misto, tratar a depressão, reduzir a frequência ou gravidade da recorrência dos episódios não piorar a mania ou depressão e de não induzir as mudança do humor. (SOUZA, 2005).

Dos estabilizadores do humor para o tratamento do TB, o lítio continua sendo o medicamento de primeira escolha, com maior número de estudos de controle que demonstram sua eficácia de 70 a 80 %, no tratamento da mania aguda e de manutenção no transtorno TB. (MORENO; MORENO; RATZKE, 2005).

Na fase aguda do tratamento inicia-se com doses mais elevadas de lítio, havendo um ajuste posterior, em geral baseado na concentração sérica, para a dose de manutenção. (ROSA et al., 2006).

Na mania aguda recomenda-se dose diária a partir 600mg, que devem ser ajustadas até chegar ao nível terapêutico. Esse ajuste é feito através da dos níveis plasmáticos do lítio (litemia), nessa fase é recomendado litemias entre 0,8 e 1,4

mEq/L (miliequivalente por litro), equivalente a 2400mg/dia em doses fracionadas 2 vezes ao dia. Até a estabilização do episódio deve-se fazer dosagens dos níveis do lítio duas vezes por semana. Na manutenção, os níveis séricos do lítio podem ser diminuídos para uma faixa de 0,6 a 1,0 mEq/L o que equivale 600 a 1200mg de doses diárias e exame de litemias em intervalos de pelo menos 2 meses. (BADARÓ, 2012).

O exame deve ser feito 12 horas após última tomada do medicamento e antes da seguinte, sendo necessário jejum de 4 horas. (RESENDE; VIANA; VIDIGAL, 2009).

Apesar de ter se mostrado grande eficácia na maioria dos pacientes, existe um numero substancial onde não há resposta para essa medicação. (LACERDA; SOARES; TOHEN, 2002).

Os antipsicóticos típicos mostram-se eficazes para tratamento da mania aguda, contudo não são empregados na fase de manutenção, devido aos efeitos colaterais extrapiramidais. (SOUZA, 2005).

Os antipsicóticos atípicos estão ganhando um novo horizonte, estudos tem mostrado a eficácia de alguns deles no tratamento da mania aguda, nos episódios depressão e na manutenção do tratamento, visto que este possui menos efeitos colaterais que os típicos. O termo atípico originalmente aplicado a alguns dos compostos mais modernos que mostram tendência muito menor para produzir efeitos colaterais extrapiramidais. (LACERDA; SOARES; TOHEN, 2002).

Os anticonvulsivantes embora sejam eficazes no tratamento da mania, são poucos documentados no tratamento de manutenção. (KAPCINSKI, 2005).

Os antidepressivos são recomendados em casos de episódio depressivo grave, sempre associado a um estabilizador do humor, (LAFER; SOARES, 2005), pois estes quando administrado sozinho pode induzir a ciclagem rápida (KUSUMAKAR, 2002 apud SOUZA, 2005), que é a ocorrência de no mínimo quatro episódios distintos de mania, hipomania, depressão ou misto durante um ano. (MORENO; MORENO, 2005).

No transtorno bipolar nas suas formas mais graves, onde não respondem ao tratamento farmacológico, os pacientes são submetidos à eletroconvulsoterapia. (SOUZA, 2005).

#### 4.8. NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO

Um dos problemas observados no TB é a não adesão ao tratamento medicamentoso, aproximadamente 52% dos pacientes não aderem a farmacoterápia. (ABRATA, 2012).

Entende-se por adesão ao tratamento o grau em que o paciente segue as recomendações do médico, ou profissional da saúde consultado, retorna ao serviço e mantém o tratamento indicado. (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009).

Vários estudos têm se voltado para a Identificação dos obstáculos enfrentados por portadores da doença frente à necessidade do uso contínuo de medicamentos para estabilização do transtorno. (MIASSO; CASSIANE; PEDRÃO, 2008).

A literatura tem indicado motivos nos quais pacientes portadores da doença não aderem ao tratamento medicamentoso, tais como:

- A falta de conhecimento sobre a doença e dos tratamentos disponíveis. (PELLEGRINELLI; ROSO; MORENO, 2010).
- Não adesão do paciente por comportamento intencional (deixar de tomar a medicação por se sentir bem ou por se sentir mal) ou não intencional (esquecimento e descuido quanto ao horário da medicação). (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009).

De acordo com Pellegrinelli; Roso; Moreno (2010), as principais crenças levantadas a respeito da doença desencadeando na não adesão são:

- O TB é um problema psicológico.
- O tratamento medicamentoso pode comprometer a vida do paciente mais do que melhorá-la. (relação risco x benefício).
- A cura é possível.

Assim, há algumas explicações sobre os motivos.

Deixar de tomar a medicação por se sentir bem.

“pois boicotamos o tratamento achando que melhoramos e que se interrompermos não fará mal algum, e este é o maior erro”. (WIL, 2012).

Ou por se sentir mal.

William L, relata em seu livro as dificuldades que teve ao tomar os medicamentos e o porquê de ter, por muito tempo, resistido;

Naquele tempo eu estava sofrendo os efeitos colaterais da droga prescrita pelo Dr. Papagaio e não me sentia nada melhor. A droga praticamente me incapacitava para o trabalho. Falta de coordenação, confusão mental, tremores – era muito duro acreditar que sofria tudo aquilo para o meu próprio bem. (WILLIAM, 2000).

O paciente não acredita que tenha uma doença mental e que precisa de tratamento para o resto da vida. É muito difícil aceitar a doença pelo preconceito que se tem sobre as doenças psiquiátricas.

“Demorei a ir a um psiquiatra. Nas crises, ia ao psicólogo. Não queria ser rotulado como doente mental”. (FIUZA, 2002).

#### 4.9 CONSCIENTIZAÇÃO PARA ADESÃO AO TRATAMENTO

É importante esclarecer que o transtorno bipolar não é psicológico e sim natureza biológica as distinguindo dos fatores sociais que podem ser desencadeadores, o paciente deve tomar conhecimento da ausência de evidência de cura, mas que existe possibilidade de controle com o tratamento, deixando a importância do tratamento farmacológico para a obtenção resultados positivos a partir da aceitação desse fato, como todas as doenças crônicas em geral o tratamento é para vida toda, e havendo uma relação de cumplicidade e confiança entre médico, psicoterapeuta e paciente, o tratamento torna-se bastante eficaz, contudo a família deve ser incluída e orientada desde o início, com intuito da sua participação no tratamento, no controle de recaídas e na melhora da comunicação favorecendo a manutenção da estabilidade. (PELLEGRINELLI; ROSO; MORENO, 2010).

Segundo Moreno (2012) a compreensão que o TB tem tratamento e que em alguns casos o tratamento dá certo rapidamente e em outros podem levar meses ou anos. O importante é não desistir, para se obter melhoria na qualidade de vida. (informação verbal).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transtorno bipolar é uma doença grave de natureza crônica que trazem prejuízos à vida de quem a tem. A falta de informação a respeito da doença contribui como forte fator de não adesão ao tratamento visto que este é essencial para melhorar a qualidade de vida de seus portadores, contudo é importante deixar claro que não se trata de uma doença psicológica como a maioria acreditam e sim de um distúrbio biológico decorrente da expressão genética, embora ainda não se saiba os mecanismos nos quais ocorre essa alteração do humor. Há um grande sofrimento para os portadores da bipolaridade, contudo esse sofrimento acaba atingindo quem esta a sua volta, os familiares e amigos são os mais acometidos com essa instabilidade do humor. Acredito que a ciência deve acima de tudo favorecer a humanidade de alguma forma. Por mais que a contribuição desse trabalho seja mínima, a busca por melhorar a qualidade de vida de pessoas que possui TB e também suas famílias e amigos foi à razão no qual me norteou para o desenvolvimento desse trabalho.



## REFERÊNCIAS

ABRATA, Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos. Como melhorar a aderência ao tratamento do transtorno bipolar, 2012. Disponível em: <<http://abrata.org.br/blog/?p=497>>. Acesso 02/05/2013.

ALCANTARA, I.; SCHWARZTHAUPT, A. W.; CHACHAMOVICH, E.; SULZBACH, M. F. V.; PADILHA, R. T. L.; CANDIAGO, R. H.; LUCAS, R. M. Avanços no Diagnóstico do Transtorno do humor bipolar. **Revista psiquiatria**. Rio grande do Sul, vol. 25, n.1, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a04v25s1.pdf>>. Acesso em: 13 /04/2013.

ALDA, Martin. Transtorno bipolar. **Revista Brasileira Psiquiatria**. vol.21, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s2/v21s2a05.pdf>>. Acesso em: 8 de dezembro 2012.

ALMEIDA, Daniella Madureira de. Bipolaridade e arteterapia: uma relação necessária. Natal Rio Grande do Norte. (graduação) Universidade de Potiguar. 2006. P. 1 - 40. Disponível em: <<http://www.alquimiyart.com.br/monografias>>. Acesso 02/04/2013.

Associação Brasileira de Psiquiatria. **Manual para a imprensa**: boas práticas de comunicação e guia com recomendações para um texto claro e esclarecedor sobre doenças mentais e psiquiatria. 2 ed., Rio de Janeiro: ABP, 2009.

BADARÓ, Sônia albano. Carbonato de lítio. Laboratório Eurofarma. São Paulo, [s.n.;s.v.], 2012. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/base/visado>>. Acesso em: 26/06/2013.

BAHLS, S. Uma visão geral sobre a doença depressiva. *Interação em Psicologia*. Paraná, vol.4,[s.n.] 2005. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2>>. Acesso em: 13/12/2012.

BOTELHO, A. Estados mistos da psicose maníaco-depressiva. **História Ciências Saúde Manguinhos**. Rio de janeiro, vol.17, n.2, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v17s2/29.pdf>>. Acesso em: 16/06/2013.

CAMPOS, R. N.; CAMPOS, J. A. O.; SANCHES, M. A evolução histórica dos conceitos de transtorno de humor e transtorno de personalidade: problemas no diagnóstico diferencial. **Revista psiquiatria clínica**. Rio de janeiro, vol.37, n.4, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n4/v37n4a04.pdf>>. Acesso em: 8/12/2012.

CAPONI, S. As classificações psiquiátricas e a herança mórbida. **scientle studia**. São Paulo, vol.9, n.1, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ss/v9n1/pdf>>. Acesso em: 14/05/2013.

CHENIAUX, E. O Tratamento farmacológico do Transtorno bipolar: Uma Revisão Sistemática e Crítica dos Aspectos Metodológicos dos Estudos Clínicos Modernos. **Revista Brasileira Psiquiatria**. Rio de Janeiro, vol.33, n.1, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/3n1/v33n1a15.pdf>>. Acesso em: 8/05/2013.

DEL-PORTO, J. A.; DEL-PORTO, K. O. História da Caracterização nosológica do Transtorno bipolar. **Revista psiquiatria clínica**. São Paulo, vol.32, n.1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24406.pdf>>. Acesso em: 8/12/2012.

DEL PORTO, J. A. Evolução não Conceito e controvérsias atuais sobre o Transtorno bipolar fazer humor. **Revista psiquiatria clínica**. São Paulo, vol.26, n.3, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s3/22331.pdf>> Acesso em: 14/12/2012.

DSM -TR Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4 ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2002.

FIUZA, Alexandre. Depoimento Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos. Disponível em: <<http://abrata.org.br/blogabrata/?p=839&cpage=3#comment-3205>>. Acesso em: 14/06/2013.

GOMES, B. C.; LAFER, B. Psicoterapia em grupo de pacientes com transtorno afetivo bipolar. **Revista psiquiatria clínica**. São Paulo, vol.34, n.2, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n2/04.pdf>>. Acesso em: 18 /05/ 2013.

História de La psiquiatria, Kraepelin Emil. Disponível em: <<http://www.psicomundo.org/otros/kraepelin.htm>>. Acesso em: 18 /06/2013.

History of Psychology. Disponível em: <<http://www3.niu.edu/acad/psych/Millis/History/2002/Abnormal.htm>>. Acesso em: 18/06/2013.

KAPCZINSKI, F.; GAZALLE, F. K .; FREY, B.; KAUER-SANT'ANNA, M.; TRAMONTINA, J. Tratamento farmacológico do transtorno bipolar: as evidências de ensaios clínicos randomizados. **Revista psiquiatria clínica**. Porto Alegre, RS, vol.32, n.1, 2005. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/s1/pdf/34.pdf>> Acesso em: 23/04/2013.

KNAPP, P.; ISOLAN, L. Abordagens psicoterápicas não Transtorno bipolar. **Revista psiquiatria clínica**. Rio grande do sul, vol.32, n.1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24418.pdf>>. Acesso em: 13/12/2012.

LACERDA, A.; SOARES, J. C.; TOHEN, M. O papel dos antipsicóticos atípicos no tratamento do transtorno bipolar. **Revista Brasileira. Psiquiatria**. São Paulo, vol.24, n.1, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24n1/11312.pdf>>. Acesso 16/06/ 2013.

LACERDA, A. mitos e verdades sobre o transtorno bipolar. JP online news. 2011. Disponível em: <<http://tvuol.uol.com.br/assistir.htm?video=quais-os-mitos-e-as-verdades-sobre-o-transtorno-bipolar-04020D98336CD4C11326>>. Acesso em: 16/05/2013.

LAFER, B.; SOARES, M. B. M. Tratamento da depressão bipolar. **Revista psiquiatria clínica**. São Paulo, vol.32, n.1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24412.pdf>>. Acesso em: 16/06/2013.

LARA, Diogo. **Temperamento forte e bipolaridade**: Dominando os altos e baixos do humor. 9 ed. Rio Grande do Sul, Evangraf, 2004.

LIMA, M. S. TASSI, J.; NOVO, P. I.; MARI, J.J. Epidemiologia do transtorno bipolar. **Revista Brasileira. Psiquiatria**. São Paulo, vol.32, n.1, 2005. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/s1/pdf/15.pdf>>. Acesso em: 14/05/2013.

LOPES, F. L. Transtorno Bipolar do Humor na atualidade: resultados preliminares de um centro especializado em transtornos afetivos. Salvador, BA, (graduação) Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia. 2012, p. 1 - 58. Disponível em: <[http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/8030/1/Frederico%20Lacerda%20Lopes%20\(2012.1\).pdf](http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/8030/1/Frederico%20Lacerda%20Lopes%20(2012.1).pdf)>. Acesso em: 17 /05/ 2013.

MACHADO-VIEIRA, R.; BRESSAN, R. A.; FREY, B.; SOARES, J. C. As bases neurobiológicas do transtorno bipolar. **Revista psiquiatria clínica**. Porto Alegre, RS, vol.32, n.1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24409.pdf>>. Acesso em: 12/05/2013.

MATOS, E. G.; MATOS, T. M. G.; MATOS G. M. G. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. **Revista psiquiatria**. Rio Grande Sul, vol.27, n.3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n3/v27n3a10.pdf>>. Acesso em: 19 /06/ 2013.

MENEZES, S. L.; MELLO, M C. B. S. Grupo de psicoeducação no transtorno afetivo bipolar: reflexão sobre o modo asilar e o modo psicossocial. **Revista escolar de enfermagem**. São Paulo, vol.45, n.4, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a29.pdf>>. Acesso em: 19/05/ 2013.

MICHELON, L.; VALLADA, H. Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. **Revista psiquiatria clínica**. São Paulo, vol.32, n.1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24408.pdf>>. Acesso em: 04/05/2013.

MICHELON, L.; VALLADA, H. Genética do transtorno bipolar. **Revista Brasileira Psiquiatria**. São Paulo, vol.26, n.3, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s3/22333.pdf>>. Acesso em: 28/05/2013.

MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. B.; PEDRÃO, L. J. Transtorno afetivo bipolar e terapêutica medicamentosa: Identificando barreiras. **Revista Latino-Americana. Enfermagem.** São Paulo, vol.16, n.4, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt\\_14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_14.pdf)>. Acesso em: 8/04/2013.

MIASSO, A. I.; MONTESCHI, M.; GIACCHERO, K. G. Transtorno Afetivo bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental. **Revista Latino Americana Enfermagem.** São Paulo, vol.17, n.4, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_18.pdf)>. Acesso em: 8/12/2012.

MORENO, D. H.; MORENO, R. A. Estados mistos e quadros de ciclagem rápida no transtorno bipolar. **Revista Psiquiatria clínica.** São Paulo, vol.32, n.1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24413.pdf>>. Acesso em: 17/06/2013.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; RATZKE, R. Diagnóstico, Tratamento e prevenção da mania e da hipomania no Transtorno bipolar. **Revista. Psiquiatria clínica.** São Paulo, vol.32, n.1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24411.pdf>>. Acesso em: 12/04/2012.

MORENO, Doris Hupfeld - Canal saúde. 2011. Disponível em: <<http://www.pesquisabipolar.com.br/Info%20para%20familiares.htm>>. Acesso em: 05/05/2013.

NEVES, Claudia Patrícia Toledo. Depoimento para Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos. Disponível em: <<http://abrata.org.br/blogabrata/?p=839&cpag=2#comment-3203>>. Acesso em: 25/06/2013.

NOGUEIRA, L. J. ; MONTANARI, C. A. ; DONNICI, C. L. Histórico da Evolução da Química Medicinal e a Importância da lipofilia: De Hipocrates e Galeno e Paracelsus e as contribuições de Overton e Hansch. **Revista Virtual de Química.** Belo Horizonte, vol. 1, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/RVQ/index.php/rvq/article/view/55/102>>. Acesso em: 19/05/2013.

PELLEGRINELL. K. B.; ROSO M. C.; MORENO R. A. relação entre a não adesão ao tratamento e falsas crenças de pacientes bipolares e seus familiares. **Revista Psiquiatria Clínica.** São Paulo, vol.37, n 4, 2010. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol37/n4/195.htm>>. Acesso em: 23/04/2003.

RESENDE; VIANA; VIDIGAL. Protocolo clínico dos exames laboratoriais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e Universidade Federal de Minas Gerais. 2009. Disponível em: <[www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/oficina\\_1](http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/oficina_1)>. Acesso em: 26/06/2013.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R.; CIVIANE, G. Transtorno bipolar e uso indevido de substâncias psicoativas. **Revista de psiquiatria clínica.** São Paulo, vol.32, n.1,

2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24416.pdf>>. Acesso em: 25/04/2013.

ROCCA, C. C. A.; LAFER, B. Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. **Revista Brasileira Psiquiatria**. São Paulo, vol.28, n.3, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n3/16.pdf> >. Acesso em: 10 /04/2013.

ROSA et al., Monitoramento da adesão ao tratamento com lítio. **Revista de psiquiatria** clínica. Rio Grande do Sul, vol.33, n.5, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n5/a05v33n5.pdf>>. Acesso em: 28/06/2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA CLINICA. **Saúde mental: A década do cérebro**. DHHS nº (ADM) 92-1509, São Paulo, [s.n.] 1992.

SOUZA, F. G. M. Tratamento do transtorno bipolar: eutimia. **Revista psiquiatria. Clínica**. Ceará, vol.32, n.1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24414.pdf>>. Acesso em: 8 /12/2012.

SOUZA, J.C.; GUIMARÃES, L. A. M.; BALLONE. **Psicopatologia e Psiquiatria Básicas**. 1 ed. São Paulo: Vetor, 2004.

TAYLOR, M. et al. Interversão precoce no transtorno bipolar: necessidades atuais, rumos futuros .**Revista Brasileira Psiquiatria**. São Paulo, vol.33, n. 2, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbp/v33s2/pt\\_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbp/v33s2/pt_06.pdf)>. Acesso em: 19/06/2013.

TRICHE, M. J.; WELLS, K. B e MIINNIUM, K. **Vencendo a depressão: A jornada de esperança**. 1 ed. São Paulo: M books do Brasil editora Ltda, 2003.

WILLIAM, L. **Dentro da chuva amarela: memórias de um maníaco depressivo**. 1 ed. São Paulo: Geração Editorial, 2000.

WIL. BIPOLAR BRASIL, **Relato: Transtorno bipolar do humor e superação**, 2012. Disponível em: <<http://www.bipolarbrasil.net/2010/01/relato-transtorno-bipolar-do-humor-e.html>>. Acesso em: 16/04/2012.

## ANEXO I

### CASOS CLÍNICOS

Lara (2004) relata um caso clínico de seu pacientes com episódio maníaco, 18 anos, internado por apresentar condutas de alto risco, apresentava quadros psicose, imaginava ele ser ator principal e diretor de um filme de aventura que ocorria 24 horas por dia em que era filmado em locais escondidos. Antes da sua internação passou algumas horas surfando em cima de caminhões e quando surgia uma oportunidade de deslocava de um caminhão para o outro como em cenas de filmes de ações onde lutas incríveis travam em cima de vagões de trem. Se tratava de um jovem muito carismático que contagiava todos que estavam a sua volta. Frequentemente as residentes relatavam coisas feitas ou ditas por ele. Nenhuma delas conseguiam disfarçar o ego aguçado por terem sido escolhidas para serem atriz com papel principal de seu filme, ele era jovem bonito galanteador, com sorriso olhava fixamente nos olhos das mesmas. Para frustração das residentes em uma reunião clínica constatou que diversos convites foram feitos entre médicas enfermeiras até pacientes para serem a atriz principal de seu filme. Após sua melhora recebeu alta. Passando algum tempo ele não tomava a medicação de forma adequada chegando a abandonar o tratamento. Tempos mais tarde em um encontro ao acaso na rua com um amigo, se encontrava eufórico, e em outro dado momento em um novo encontro ele se encontrava melhor relatando que obtivera quatro internações por episódios de mania sempre na época de verão. Mesmo assim não aderiu o uso regular das medicações, embora achasse que a hora de tomar as medicações era na estação da primavera.

P.E.M.M., 41 anos natural e morador de Campinas SP, casado, pedreiro. Em 1997 o plantonista que recebeu o paciente em uma das suas internações o descreveu:

Encontrava-se muito agitado, abraçava e beijava sua esposa recusando a sentar na cadeira que lhe fora reservada, diante todos relatava ele que estava muito feliz e disposto, provocava risos com suas piadas para aqueles que se encontravam no ambiente. Relatava que tinha chegado ali em seu avião particular e negócios importantes o esperava.

Sua esposa relatou que ele passava noites em claro, hostil e até mesmo chegando à agressão física aos familiares.

[...] passava as noites acordado, dirigia-se aos familiares de maneira hostil, chegando por vezes, a agressão física. Procurava os comerciantes da região, propondo-lhes negócios mirabolantes, dizendo ser um pecuarista abastado. Declarava ser um “Mezenga Berdinazzi”, possuidor de uma fortuna com inúmeras cabeças de gado.

Gesticulava muito, não conseguia ficar sentado ou parado num só lugar, falava muito depressa, a ponto de não entender o que era dito.

O paciente Também obteve alguns episódios ao contrario dos descrito acima como: recusa de se alimentar, melancólico, não queria se levantar da cama permanecendo deitado, cuidados pessoais diminuídos sendo necessário a internação hospitalar. Esses episódios sempre foram menos frequentes, nem os familiares e nem o paciente descreveram de forma clara. Ficavam evidenciando pela gravidade e frequência os episódios de agitação. (PSICOPATOLOGIA E PSIQUIATRIA BÁSICA, 2004).

## ANEXO II

### DEPOIMENTOS

Mantida ao anonimato, aposentada, 37 anos, diagnóstico de Transtorno do Bipolar. Participa da elaboração de um trabalho contando como a doença compromete sua vida.

“há quatro meses, eu e o meu marido estávamos separados... eu tive uma crise, queria porque queria ele de volta, e tive. hoje, queria me livrar dele e do meu filho (de 6 anos de idade) de novo, preciso ficar sozinha, então eu vejo assim ó, sou uma inconstante sempre. por que eu sou assim, da onde vem, é da gravidez da minha mãe, é da minha infância problemática, é uma pré-disposição? totalmente inconstante, eu sou completamente inconstante, o médico na época me diagnosticou e disse que era isso, que eu ia ser assim o resto da vida”. “Quando entro em depressão e entro nessa fase... tenho a tendência de não querer saber de família, quero ela bem

longe". "Quando estou bem, faço o tratamento legal, daí quando eu entro em depressão eu não quero saber do tratamento e agora faz dois meses que eu não vou pro hospital." as pessoas que eu convivo, me veem de duas maneiras, uma quando eu tô legal, daí eu faço festa, eu tomo cerveja, bebo todo dia, e quando

eu tô depressiva, eles se afastam, porque a maneira como eu me expesso muitas vezes agride as pessoas, tenho consciência disso, porque quando eu tô depressiva, como chamam a fase baixa, eu tenho muita raiva, sinto muita raiva, e uma necessidade muito grande de ver, agredir as pessoas, e elas tendem a se afastar. sou aposentada por causa disso, aí eu paro e penso que, tem muita coisa que eu quero fazer, eu passei em dois vestibulares para Direito esse ano e não posso cursar nenhum, por vários motivos... financeiro, social, tipo: tu é aposentada, por quê"? por que dizem que bipolar se aposenta porque não tem cura... as pessoas não aceitam, meu marido não aceita, ele convive, só que muitos dos meus sentimentos eu guardo pra mim, então, muitas vezes, olho pra ele e dou um sorriso e ele acha que tá tudo bem, mas lá dentro tem um vulcão prontinho pra esperar ele dizer 'ai' pra explodir, é por isso que eu digo, é ele. É preciso mais esclarecimento, porque é muito fácil o médico chegar e dizer: tu tens bipolaridade. só que ele não explica da onde vem, por que vem, como tem que tratar. eles não entendem do esclarecimento mais adequado para família, porque meu marido e minha mãe não sabem o que é. têm uns panfletinhos assim (mostrando com as mãos) que entregam pra eles ler, agora se leu leu, se não leu... nenhum médico diz, vem cá senta aí que eu vou explicar. tua esposa, tua filha é assim, ela é isso, isso e isso, vem daqui, vem dali, é tratável... porque eu mesma não sei o que é bipolaridade, eu só sei que é minha troca de humor, a minha inconstância, mas o que é, da onde vem, ninguém me explicou, só me explicaram assim nesses panfletinhos que eu to te falando: se tu tiver uma crise disso e uma crise disso é bipolar, só. "ele chegou à conclusão, em dois anos de tratamento, que não sabia dizer o que eu tinha. Daí... transtorno de personalidade, depressão grave, tudo! o que eu quero num dia, no outro não faz mais sentido... isso é horrível, sabe eu amo hoje com uma intensidade incontrolável e eu consigo odiar amanhã com a mesma intensidade a mesma pessoa. a mãe, a mãe continua dizendo que é por causa do meu signo, que é o meu gênio, que eu tenho dupla personalidade e ela diz que não consegue aceitar que um dia eu entro na casa dela rindo e brincando, fazendo todo mundo rir, dando força pra ela [...] e no outro dia eu chego lá sento e choro que nem condenada e ela pergunta o que houve, eu digo: - não sei, eu não sei, eu não sei qual das duas M. é a verdadeira, se é a



depressiva que não enxerga nada no futuro, nada na vida, só enxerga o que não presta e quando eu tô depressiva como eu tô agora, nada tem sentido, nada, a vida, a relação, a família, é como se eu não tivesse porque tá vivendo, é essa sensação que eu tenho... e quando eu não tô assim, eu vejo esperança, eu vejo um motivo qualquer pra lutar, pra viver, pra ser feliz, eu acredito que exista felicidade”(KEHRWALDI; ROHDE, 2009 ).

Alexandre Fiuza, 48, aposentado, internado com a convicção que era o “Rambo”.

Tinha problemas com depressão desde adolescente. Também vivia fases de euforia, mas achava que era normal. Você não vai ao médico quando está bem, certo? Demorei a ir a um psiquiatra. Nas crises, ia ao psicólogo. Não queria ser rotulado como doente mental. Com 38 anos tive uma crise profunda. Melancólico, sem força, tentei suicídio. Então fui ao médico. Tive apenas o diagnóstico de depressão e fui internado. Saí 15 dias depois, medicado, sem desejo de morte e com a sensação que se abria nova oportunidade em minha vida. Estava dominado pelo falso bem-estar proporcionado pelos antidepressivos. Esse efeito seria temporário: o outro lado iria surgir sob forma de alienígena. Quando você é bipolar e toma antidepressivo pode ter um episódio de euforia. Foi o que aconteceu. Fiquei muito pior. Ousado, irresponsável. Chutei o balde, acabei deixando a família e o emprego. Passei a gastar demais. Fui internado de novo. No hospital, onde fiquei 30 dias, tive a convicção de que era o Rambo. Minha mente girava em uma frequência totalmente anormal, o que me dava prazer. Cheguei a fazer 2.000 abdominais em menos de uma hora, corri à exaustão, tentei pular o muro do hospital. Eu acreditava mesmo que era feito de aço. Depois de ter mais crises de mania e ir a seis psiquiatras, chegaram à conclusão de que eu tinha bipolaridade. Quando soube, pensei ‘ah que bom, não é falha de caráter’. Foi um grande alívio. Só fiquei estável depois de três meses de tratamento. Isso já faz uns oito anos.(FIUZA, 2012)