



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPOS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMACIA**

**FABRICIO QUEROZ DINIZ**

**TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: UMA REVISÃO COM UMA ABORDAGEM  
EM HIPOMANIA**

**CAMPINA GRAND - PB  
2016**

**FABRICIO QUEROZ DINIZ**

**TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: UMA REVISÃO COM UMA ABORDAGEM  
EM HIPOMANIA**

Trabalho de Conclusão de Curso Graduação  
em Farmácia da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito à obtenção do título de  
Farmacêutico.

Orientador: Profa. Dra. Lindomar de Farias  
Belém.

**CAMPINA GRANDE - PB  
2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

D585t Diniz, Fabricio Queroz  
Transtorno afetivo bipolar: uma revisão com uma abordagem em hipomania [manuscrito] / Fabricio Queroz Diniz. - 2016.  
28 p. : il.

Digitado.  
Monografia (Graduação em FARMÁCIA) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.  
"Orientação: Profa. Drª Lindomar de Farias Belém, Departamento de Farmácia".

1. Transtorno bipolar. 2. Tratamento. 3. Hipomania. I.  
Título.

21. ed. CDD 616.89

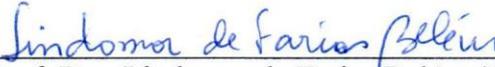
FABRICIO QUEROZ DINIZ

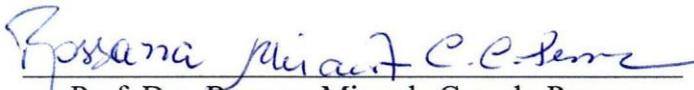
**TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: UMA REVISÃO COM UMA ABORDAGEM  
EM HIPOMANIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Farmacêutico Generalista.

Aprovada em: 10/05/2016.

BANCA EXAMINADORA

  
Prof. Dra. Lindomar de Farias Belém (Orientador)  
DF/CCBS/UEPB

  
Prof. Dra. Rossana Miranda Camelo Pessoa  
DF/CCBS/UEPB

  
Prof. Dra. Ivana Maria Fechine  
DF/CCBS/UEPB

DEDICO e agradeço a meus pais que fizeram de tudo por mim, como se eu fosse um Faraó e eles Súditos, uma prova de amor por mim. Mesmo diante das dificuldade eles sempre perseveraram e essa foi a força motriz que fez tanto eu como meus pais evoluirmos, apesar das lemitações, tendo sempre em mente que existe um ser maior, o Criador do Universo.

## **AGRADECIMENTOS**

À professora Lindomar de Farias Belém, pela vontade de querer nos fazer pessoas melhores, persistindo em direcionarmos em um sentido próprio de ser um cidadão de bem e por compartilhar com todos seus alunos dedicação, empenho, respeito e compreensão.

Aos professores e ao Departamento de Farmácia, em especial, Rosemary S. C. Lima, Nissia Stelita Soares, que contribuíram ao longo destes 5 anos, por meio de apoio nos momentos que mais precisei.

Aos vários funcionários da Biblioteca e CCBS da UEPB, pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

Aos colegas de classe pelos momentos de amizade, apoio, incentivo, diversão e entendimentos de uns para com outros, em especial: Camila de Oliveira Melo, Hervesson Pereira da Silva, Jocimar Santos Silva, Keylla Malba da Costa e Silva, Lívia de Oliveira Arruda, Pedro Gomes da Silveira Neto, Suênia Soares Fernandes, Vanessa Nascimento Pereira.

# TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: UMA REVISÃO DA FISIOPATOLOGIA AO TRATAMENTO

DINIZ, Fabrício Queroz<sup>1</sup>  
BELÉM, Lindomar de Farias<sup>2</sup>

## RESUMO

O Transtorno Bipolar (TB) é uma patologia psiquiátrica grave, crônica, recorrente, que se caracteriza por oscilações de humor e envolve aspectos neuroquímicos, cognitivos, psicológicos, funcionais, familiares e sócio-econômicos. O seu entendimento ainda é incerto, mas a fisiopatologia aponta para as aminas biogênicas. O transtorno bipolar é potencialmente devastador e é a sexta causa mais comum de incapacidade entre adultos e jovens. Tanto seu diagnóstico como seu tratamentos são difíceis e por ser uma condição médica complexa, até o momento não há um tratamento único comprovadamente eficaz no controle de todos os aspectos da doença. Este estudo teve como objetivo fornecer uma visão geral sobre o quadro clínico da hipomania. O trabalho foi realizado através de uma revisão bibliográfica sobre TB através de busca nas bases de dados Scielo, LILACS, BIREME, livros. Concluiu-se que para um correto diagnóstico e tratamento são necessários alguns requisitos, os quais sejam: confirmação do diagnóstico e o acompanhamento de fármacos mais novos e o curso da doença.

**Palavras-Chave:** Transtorno bipolar. Tratamento. Hipomania.

## ASBTRACT

Bipolar disorder (BD) is a serious psychiatric illness, chronic, recurrent, which is characterized by mood swings and involves neurochemical, cognitive, psychological, functional, family and socio-economic aspects. Your understanding is still uncertain, but the pathophysiology points to biogenic amines. Bipolar disorder is potentially devastating and is the sixth most common cause of disability among adults and young people. Both its diagnosis and its treatments are difficult and complex to be a medical condition, yet there is no one treatment proven effective in controlling all disease aspects. This study aimed to provide an overview of the hypomania clinical picture. The study was conducted through a literature TB review through search in the Scielo databases, LILACS, BIREME books. We conclude that for a correct diagnosis and treatments are necessary some requirements, which are: diagnosis confirmation and monitoring of newer drugs and the disease course.

**Keywords:** Bipolar disorder. Treatment. Hypomania.

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1	Hipomania	18
Quadro 2	Avaliações e cuidados gerais do paciente em mania aguda .....	24
Quadro 3	Níveis de evidência e recomendações terapêuticas do Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT ) da Sociedade Internacional de Transtorno Bipolar (SITB) .....	26
Quadro 4	Recomendações terapêuticas do Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT ) e da Sociedade Internacional de Transtorno Bipolar (SITB) .....	26

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APATs	Antipsicóticos Típicos
OXC	Oxcarbazepina
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
SIABI	Sistema Integrado de Automação de Bibliotecas.
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
DSM-IV	Manual Estatístico para Diagnóstico
DSM-V	Manual Estatístico para Diagnóstico
CID-11	Classificação Internacional das Doenças
CID-10	Classificação Internacional das Doenças
DC	Estudos Duplo-Cegos
ECR	Estudos Controlados Randomizados
PKC	Proteína C-Quinase
CBZ	Carbamazepina
CANMAT	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments
SITB	Sociedade Internacional de Transtorno Bipolar
IM	Intramuscular
Li	Lítio
EV	Endovenoso
DVP	divalproato de sódio
HAS	hipertensão arterial sistêmica
DST	doenças sexualmente transmissíveis
anti-TPO	anticorpos anti-peroxidase
TSH	hormônio tireo-estimulante
APATs	ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS
5-HTTR	o gene do transportador de serotonina
COMT	catechol-o-methyltransferase
MAOA	monoamine oxidase A
BDNF	gene do fator neurotrófico derivado do cérebro
SEP	Sintomas Extra-Piramidais

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2-OBJETIVOS.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 Transtorno Afetivo Bipolar .....	14
2.2 Fisiopatologia do Transtorno Bipolar .....	14
2.2.1 A genética.....	15
2.2.2 Vias Neuro-hormonais:.....	15
2.2.2.1 Sistemas Serotoninérgico: .....	15
2.2.2.2 Sistema Dopaminérgico .....	15
2.2.2.3 Sistema Noradrenérgico .....	16
2.2.2.4 Sistema Gabaérgico.....	16
2.2.2.5 Sistema Glutamatérgico .....	16
2.4 Descrição do Quadro Clínico.....	17
2.4.1 Hipomania (Transtorno Bipolar tipo II) .....	17
2.3 Diagnóstico do Transtorno Bipolar.....	19
3.1 Diagnóstico diferencial .....	20
2.5 Tratamento .....	21
2.5.1 Tratamento Do Transtorno Bipolar .....	21
2.5.2 Tratamento da Mania leve a moderada (Hipomania) .....	23
4 METODOLOGIA.....	25
5 CONCLUSÃO.....	26
6 REFERÊNCIAS .....	27

## 1 INTRODUÇÃO

O transtorno bipolar não é uma novidade, já que tem relatos de desde a civilização grego-romana e são descritos personagens bíblicos como o rei Saú e mitológicos como na *Ilíada* de Homero. Hipócrates tentou entender, mas foi Arataeus da Capadócia que uniu melancolia e mania em uma mesma doença. Séculos mais tarde fizeram farras descrições sobre essa doença, mas em 1899 Kraepelin que sintetizou todas as descrições em doença maníaco-depressivo. Depois passou por mudanças e hoje é chamado transtorno afetivo bipolar (Alcantara, et al., 2003).

Desde a primeira descrição da insanidade maníaco-depressiva o conceito de transtorno bipolar mudou consideravelmente ao longo dos últimos séculos e mudará novamente nas próximas edições do Manual Estatístico para Diagnóstico (DSM-5) e da Classificação Internacional das Doenças (CID-11). O transtorno bipolar é comum, tem apresentações clínicas complexas, causa prejuízo funcional no paciente e sua família e cursa com elevada morbidade e mortalidade. Para o psiquiatra clínico padrão e/ou profissional da área da saúde em psiquiatria que proveem tratamento para pacientes com transtorno bipolar, torna-se uma tarefa complicada acompanhar toda a literatura e entender o significado clínico dos achados e mais ainda, sua aplicabilidade na prática do dia, ou seja, no chamado “mundo real, por isso eles vão a congressos nacionais e internacionais, onde aumentam suas experiências clínicas SILVA; BUENO; MORENO, 2011).

A prevalência do Transtorno Bipolar (TB) varia de acordo com o tipo, um estudo recente mostra que de acordo com (CLEMENTE, et al., 2015) a prevalência acumulada do transtorno bipolar tipo I foi de 1,06% e do transtorno bipolar tipo II foi de 1,57.

Esta doença mental é uma doença crônica que afeta cerca de 1,6% da população (BLAZER, 2000 apud Kapczinski; Frey; ZANNATTO, 2004) sendo a sexta maior causa de incapacidade médica mundial entre as pessoas 15 a 44 anos de idade, já que essa doença está associada com altas taxas de desemprego, dificuldades relacionadas com o trabalho, e stress interpessoal (SAJATOVIC, 2015). Nos últimos 10 anos, tem se observado que o TB é um transtorno heterogêneo com ampla variação na sua sintomatologia. (ACKENHEIL, 2001 apud KAPCZINSKI; FREY; ZANNATTO, 2004).

Caracteriza-se por episódios de alteração do humor de difícil controle – depressão ou mania (bipolar I) ou depressão e hipomania (bipolar II). Os sintomas podem aparecer em

qualquer idade, sendo mais comum o surgimento entre o início da segunda e meio da terceira década de vida. (ALDA, 1999).

## **2-OBJETIVOS**

Neste contexto, o estudo teve como objetivo estudar os aspectos do transtorno bipolar tipo II, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Transtorno Afetivo Bipolar**

O transtorno bipolar, antes chamado de psicose maníaco depressiva, perdeu essa qualificação, porque este transtorno não apresenta necessariamente sintomas psicóticos; às vezes nem aparecem. Dessa forma o transtorno bipolar deixou de ser considerado uma perturbação psicótica para ser considerado uma perturbação afetiva (ALKIMIN, 2006).

O TB é uma doença com importante fator genético, cuja herança se caracteriza por mecanismos complexos de transmissão envolvendo múltiplos genes que estão sob influência de inúmeros fatores ambientais (MICHELON & VALLADA, 2005).

### **2.2 Fisiopatologia do Transtorno Bipolar**

Inicialmente, os estudos sobre a causa da bipolaridade estavam voltados para as aminas biogênicas, em razão dos efeitos dos agentes psicofarmacológicos. No entanto, evidências recentes mostram que disfunções nos sistemas de sinalização intracelular e de expressão gênica podem estar associadas ao distúrbio bipolar. Essas alterações podem estar envolvidas com interrupções nos circuitos reguladores do humor, como, por exemplo, no sistema límbico, estriado e córtex pre-frontal (Kapczinski; Frey; ZANNATTO, 2004). Outros estudos demonstram que a desordem bipolar também pode estar associada à disfunção das mitocôndrias presentes no hipocampo, e anormalidades na atividade de complexos respiratórios e obtenção de energia, podendo levar à degeneração celular (FREY et al., 2006 apud RESIN, QUEVEDO e STRECK, 2007).

Outra questão envolvida com o distúrbio bipolar é o sistema de neurotransmissão, pois estudos mostram que nessa patologia ocorrem alterações em substâncias intracelulares, as aminas biogênicas, que estão envolvidas com a regulação dos neurotransmissores (KAPCZINSKI; FREY; ZANNATTO, 2004).

Como já exposto a exata fisiopatologia do TB é indeterminada, mas percebe-se que as bases biológicas incluem pelos menos 6 mecanismos diferentes: à genética, às vias neuro-hormonais, entre outros (KAPCZINSKI; QUEVEDO, 2009).

### **2.2.1 A genética**

Segundo (Lima; Sougey; Vallada, 2004) estudos de famílias, gêmeos mostraram forte evidência de um componente genético para a etiologia do TB.

Comparando o grupo de familiares de indivíduos da população geral com o grupo de parentes em primeiro grau de portadores de TB, verifica-se para esta doença um risco aumentado de sete vezes (Lima; Sougey; Vallada, 2004).

Segundo (Lima; Sougey; Vallada, 2004), estudos realizados por Bertelsen et al. (1977), McGuffin e Katz (1991), Kendler et al. (1993) mostram no mínimo 53% e no máximo 79%, com relação à TB, para gêmeos monozigóticos.

Percebe-se que não existe um gene específico, mas meta-análises sugerem que alguns genes funcionais apresentam uma maior suscetibilidade para TB. São eles: o gene do transportador de serotonina (5-HTTR), o gene da enzima catechol-o-methyltransferase (COMT), o gene da enzima que degrada as monoaminas, monoamine oxidase A (MAOA), e o gene do fator neurotrófico derivado do cérebro (BDMF). Tudo indica que múltiplos fatores genéticos e ambientais parecem interagir na suscetibilidade para o desenvolvimento de transtornos do humor. (KAPCZINSKI; QUEVEDO, 2009).

### **2.2.2 Vias Neuro-hormonais:**

#### **2.2.2.1 Sistemas Serotoninérgico:**

A serotonina modula atividades neuronais, regulando a fisiologia e os processos funcionais, como o controle de impulsos, a agressividade e a tendência suicida. Logo, esse neurotransmissor tem participação na fisiologia da desordem bipolar, pois uma deficiência na sua neurotransmissão pode levar a estados tanto maníacos quanto depressivos, uma vez que a diminuição na liberação e atividade da serotonina pode levar à ideação suicida, bem como à tentativa e, muitas vezes, ao próprio suicídio (Kapczinski; Frey; Zannatto, 2004).

#### **2.2.2.2 Sistema Dopaminérgico**

A dopamina, outro neurotransmissor, também está envolvida com a neurobiologia da desordem bipolar, pois uma maior atividade dopaminérgica pode estar associada ao desenvolvimento de sintomas maníacos, enquanto a diminuição da atividade dopaminérgica estaria associada à depressão (Kapczinski; Frey; Zannatto, 2004).

### **2.2.2.3 Sistema Noradrenérgico**

No sistema noradrenérgico Estudos descrevem uma subfunção desse sistema nos estados depressivos e sugere-se que uma função serotoninérgica central diminuída, associada a uma função noradrenérgica aumentada, poderia estar envolvida na gênese da mania (Kapczinski; Frey; Zannatto, 2004).

### **2.2.2.4 Sistema Gabaérgico**

No sistema gabaérgico, a disfunção desse neurotransmissor pode levar a estados maníacos e depressivos, visto que, em pacientes bipolares, os níveis plasmáticos de GABA estão diminuídos (Kapczinski; Frey; Zannatto, 2004).

### **2.2.2.5 Sistema Glutamatérgico**

O sistema glutamatérgico apresenta-se associado com o transtorno bipolar, uma vez que estudos demonstram a ação de estabilizadores de humor diminuem sua concentração estabilizando e isso mostra que essa função aumentada seja a gênese do transtorno (Kapczinski; Frey; Zannatto, 2004).

## 2.4 Descrição do Quadro Clínico

### 2.4.1 Hipomania (Transtorno Bipolar tipo II)

Segundo (DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005) o estudo da hipomania foi enfatizada por Dunner (Dunner et al., 1976), o qual criou a expressão “transtorno bipolar tipo II”, hoje consagrada nas classificações oficiais (como a DSM-IV e DSM-V).

A hipomania, sua forma mais leve da mania que ocorre no transtorno bipolar tipo II, era praticamente desconhecida pela maioria dos clínicos, sendo confundida com a normalidade ou transtornos de personalidade. A hipomania é um estado semelhante à mania, porém mais leve. Em geral, é breve, durando menos de uma semana. Há mudança no humor habitual do paciente para euforia ou irritabilidade, além de hiperatividade, tagarelice, diminuição da necessidade de sono, aumento da sociabilidade, atividade física, iniciativa, atividades prazerosas, libido e sexo, e impaciência. O prejuízo ao paciente não é tão intenso quanto o da mania. A hipomania não se apresenta com sintomas psicóticos, nem requer hospitalização, veja a tabela 1 da hipomania. (MORENO MORENO& RATZKE, 2005).

Quadro 1: Hipomania

Humor	Lábil, eufórico, irritável se contrariado
Pensamento e cognição	Expansivo, grandioso; hiperconfiante; pensamento acelerado, coerente ou tangencial; preocupações religiosas e sexuais
Comportamento	Aceleração psicomotora, maior iniciativa de discurso, gastos, tabagismo e telefonemas excessivos
Sinonímia	Hipomania

Fonte: (MORENO MORENO& RATZKE, 2005).

No DSM-IV e ainda no O DSM V a duração mínima de quatro dias é necessária para a confirmação do diagnóstico. Os sintomas são os mesmos da mania e também inclui como hipomania aquela induzida por antidepressivos. A CID-10 cita apenas “vários dias” como necessários para preencher o critério de hipomania (MORENO MORENO& RATZKE, 2005).

Segundo (MORENO, MORENO& RATZKE, 2005) existem fatores relatados por (Akiskal et al., 2000) que dificultam o reconhecimento da mania, hipomania, tais como (: não investigar hipomania; confundir sintomas psicóticos com esquizofrenia ou sintomas hipomaniacos com comportamentos normais; e não consultar o informante ou usar outras fontes de dados. Pacientes e familiares podem considerar a hipomania como normal, não procurar tratamento ou esquecer de relatar episódios anteriores. Por outro lado, pacientes podem apresentar ausência de crítica do estado mórbido motivada por ignorância, preconceito ou medo, ou mesmo pela presença de sintomas psicóticos.

O DSM V detalha os sintomas do episódio Hipomaniaco do Transtorno Bipolar Tipo II

#### “Episódio Hipomaniaco

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração de pelo menos quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.

B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia e atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) persistem, representam uma mudança notável em relação ao comportamento habitual e estão presentes em grau significativo:

1. Autoestima inflada ou grandiosidade.
2. Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono).
3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
5. Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.
6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora.
7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).

C. O episódio está associado a uma mudança clara no funcionamento que não é característica do indivíduo quando assintomático.

D. A perturbação no humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas.

E. O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização. Existindo características psicóticas, por definição, o episódio é maníaco.

F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento) (DSM V, 2014, p. 132 ).

### 2.3 Diagnóstico do Transtorno Bipolar

Segundo (LIMA, et. al., 2005) em pesquisas epidemiológicas, nos últimos anos, possibilitaram compreender o curso dos transtornos mentais e suas consequências. E procuraram determinar a magnitude do TAB avaliando sua ocorrência na população geral. Na época da publicação deste autor já se falava que conceito de TB tem sofrido modificações ao longo dos últimos anos, refletidas nas classificações diagnósticas como DSM-IV e CID e hoje já tem o DSM-V com novas modificações em relação à definição do diagnóstico do TB.

Os critérios para Transtorno Bipolar tipo I representam o entendimento moderno do transtorno maníaco-depressivo clássico, ou psicose afetiva, descrito no século XIX. Exeto o fato de não haver exigência de psicose ou de experiência na vida de um episódio depressivo maior. No entanto, a quase totalidade de indivíduos cujos sintomas atendem aos critérios para um episódio maníaco também tem episódios depressivos maiores durante o curso de suas vidas. Já para o transtorno bipolar tipo II, conceituado como um ou mais episódios de depressão e um de hipomania durante a existência da vida, não é mais considerado uma condição “mais leve” que o transtorno bipolar tipo I, pelo fato de o indivíduo viver com depressão por um período muito extenso na vida e também pelo fato de vivenciar instabilidade do humor. Muitas substâncias de abuso, alguns medicamentos prescritos e várias condições médicas podem estar associados a um fenômeno semelhante ao episódio maníaco. Esse fato é reconhecido nos diagnósticos de transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento e transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica. O reconhecimento de que muitos indivíduos, especialmente crianças e, em menor grau, adolescentes, vivenciam fenômenos semelhantes ao transtorno bipolar que não atendem aos critérios para transtorno bipolar tipo I, transtorno bipolar tipo II ou transtorno ciclotímico reflete-se na disponibilidade da categoria outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado (DSM V, 2014).

Transtornos bipolares e afins são separados como um capítulo distinto no DSM-5 e incluem:

1. Transtorno bipolar I
2. transtorno Bipolar II
3. Transtorno Ciclotímico
4. Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/  
Medicamento
5. Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Devido a Outra Condição

Médica

6. Outro Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Especificado

7. Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Não Especificado

Na época da virgência do DSM IV existiam 4 tipos de bipolares, no entanto, atualmente existem 7 tipos de transtornos. Nesse estudo será relatado o tipo II.

### **3.1 Diagnóstico diferencial**

A hipomania pode ser confundida com estados de humor normais, como a alegria e a irritabilidade que costumam ter fatores desencadeantes positivos ou negativos, que não necessariamente são percebidos pelos outros como diferentes do padrão habitual de humor da pessoa, não causam prejuízos, nem acarretam envolvimento com atividades de risco ou diminuição na necessidade de sono. A hipomania pode ou não ter fatores desencadeantes, podendo estes ser positivos ou negativos, como o falecimento do cônjuge. Regularmente, a hipomania e o transtorno bipolar tipo II podem ser confundidos com transtornos de personalidade, como o anti-social, o narcisista, o histriônico e o borderline. O DSM-IV resolve o problema deste diagnóstico diferencial permitindo a comorbidade destes quadros. Os transtornos de personalidade costumam ser mais crônicos, com início na infância ou na adolescência e ter pior resposta ao tratamento medicamentoso. A história familiar de transtorno do humor também auxilia no diagnóstico diferencial (MORENO, MORENO & RATZKE, 2005).

## 2.5 Tratamento

### 2.5.1 Tratamento Do Transtorno Bipolar

O tratamento do TB é complexo por se tratar de doença episódica, de evolução crônica e cujo tratamento agudo depende da fase em que o paciente se encontra: mania, hipomania, depressão ou estado misto. Para tratar a fase aguda da mania ou hipomania a meta é a recuperação, mas para isso tem que aderir ao tratamento. Existe uma série de avaliações e cuidados a serem adotados no início e nas primeiras semanas em mania (tab 2.). Informações sobre a gravidade, a presença de sintomas psicóticos, consequências ao longo da vida, número de episódios, história familiar, tratamentos pregressos e resposta clínica a medicamentos – auxiliam na escolha da medicação. Este trabalho requer do próprio médico conhecimentos detalhados sobre a sintomatologia maníaca em que se encontra e quanto mais incisivo e precoce o tratamento, maiores as chances de recuperação, mais responde aos medicamentos e tem menos danos cognitivos. Atualmente existem 4 tipos de alternativas psicofarmacológicas, que podem ser combinadas entre si: o lítio, determinados anticonvulsivantes (carbamazepina, oxcarbazepina, divalproato de sódio), alguns antipsicóticos típicos (haloperidol, clorpromazina) e atípicos (aripiprazol, clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona, asenapina), e a eletroconvulsoterapia (ECT) (MORENO; MORENO, 211).

Até recentemente os antipsicóticos típicos (APTs) eram o tratamento de escolha na mania, particularmente na Europa. Entretanto os APTs apresentam sérias desvantagens no TB: primeiro porque pode induzir ou agravar sintomas depressivos e em segundo lugar pode causar sintomas extrapiramidais (Tamayo ET al., 2010).

O tratamento do TB pode em si agravar o curso da doença, por exemplo, através do uso de antidepressivos, que devem ser suspensos quando o paciente entra em episódios de mania/mistos, pois podem levar o paciente a mania. A melhor forma é usar os estabilizadores do humor utilizados na fase aguda deverão ser continuados no tratamento de manutenção, portanto deve-se usar compostos que evitem induzirem episódio de depressão e nem a mania (MORENO; MORENO, 211).

Tabela 1– Avaliações e cuidados gerais do paciente em mania aguda

Historia psiquiatrica	Características clínicas da mania Antecedentes familiares	Gravidade, sintomas psicóticos; agitação psicomotora
Comorbidades médicas gerais	Idade de início Número e tipo de recorrências Hábitos: tabagismo, uso de álcool, cafeína Endocrinopatias, obesidade, HAS, doenças cardio-vasculares, DST/AIDS, doenças neurológicas. Saúde da mulher: gravidez, pós-parto, síndrome do ovário policístico	Informações importantes para o prognóstico
Exames complementares	Hemograma completo, eletrólitos, creatinina, colesterol total e frações, triglicérides, glicemia de jejum, T4livre, TSH, anticorpos anti-TPO, urinálise	Se necessário: dosagem de prolactina, teste de gravidez, DST/AIDS, enzimas hepáticas
Avaliar	riscos: agressão, desinibição social (reputação), gastos/dividas, suicídio	necessidade de internação suporte e apoio familiar
Instituir	Redução de estímulos Rotina Normalização do ciclo sono-vigília	Contato e colaboração da família Psicoeducação do cuidador Retardar decisões e reavaliação

Fonte: MORENO; MORENO, 211

Nota: HAS = hipertensão arterial sistêmica;  
DST = doenças sexualmente transmissíveis;  
AIDS = síndrome da imunodeficiência adquirida;  
anti-TPO = anticorpos anti-peroxidase;  
TSH = hormônio tireo-estimulante

Apesar de terem em conta que o lítio é uma medicação de primeira linha no tratamento do TB, em nosso meio os cuidados exigidos para o uso e a monitoração frequentemente impedem muitos clínicos de oferecer o tratamento apropriado em toda extensão do território nacional (MORENO; MORENO, 211).

### **2.5.2 Tratamento da Mania leve a moderada (Hipomania)**

Uma meta-análise que também incluiu estudos clínicos randomizados, duplo-cegos e controlados por placebo sobre o tratamento farmacológico do transtorno bipolar com um total de 21 artigos referente a 24 estudos clínicos, observou-se superioridade do lítio sobre o placebo em cinco estudos, publicados em quatro artigos, da carbamazepina em dois estudos, do divalproato em dois estudos, da olanzapina em cinco estudos, do aripiprazol em quatro estudos, da ziprasidona em dois estudos, da risperidona em dois estudos, da quetiapina em dois estudos, da asenapina em dois estudos e do haloperidol em dois estudos (CHENIAUX, 2010).

Outra meta-análise recente que incluiu todos os compostos submetidos a estudos DC randomizados, controlados com placebo confirmou a eficácia antimaniaca dos seguintes compostos: aripiprazol, asenapina, carbamazepina, cariprazina, haloperidol, lítio (Li), olanzapina, paliperidona, quetiapina, risperidona, tamoxifeno, valproato (DVP) e ziprasidona (YILDIZ et al., 2011).

Os antipsicóticos atípicos foram melhores que os estabilizantes de humor e antipsicóticos típicos em relação à eficácia antimaniaca, exceto o haloperidol que teve eficácia semelhante (YILDIZ ET al., 2011).

Segundo as diretriz internacional do Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) e da Sociedade Internacional de Transtorno Bipolar (SITB), os tratamentos foram considerados de 1ª, 2ª ou 3ª linha, ou não recomendados, com base em evidências científicas e consenso de especialistas, que levaram em conta a segurança e a experiência com a droga (tabs. 2-3). Por exemplo, a oxcarbazepina (OXC) passou a ser tratamento de 3ª linha em função de estudo negativo em bipolares jovens juntamente com o haloperidol que, apesar de ser eficaz na mania, causa mais sintomas extra-piramidais (SEP), risco de discinesia tardia e indução de depressão. (MORENO; MORENO, 211).

Tantas opções de medicamentos disponíveis requerem uma escolha criteriosa. Além da eficácia, o tratamento deve seguir às características do paciente, do quadro clínico e de comorbidades psiquiátricas, bem como à farmacocinética e ao perfil de efeitos colaterais e interações medicamentosas de cada agente antimaniaco (MORENO; MORENO, 211).

Tabela 2 – Níveis de evidência e recomendações terapêuticas do Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT ) da Sociedade Internacional de Transtorno Bipolar (SITB)

Nível de evidencia	Crítérios
1	Meta-analise ou replicação de estudo DC, ECR que inclua placebo
2	Pelo menos 1 ECR-DC com placebo ou comparador ativo
3	Estudos prospectivos não controlados, com pelo menos 10 pacientes
4	Relatos de caso ou opinião de especialistas/consenso
Recomendações de tratamento	
1a linha	Níveis 1 ou 2 de evidencia + suporte clinico de eficácia e segurança
2a linha	Nível 3 ou maior de evidencia + suporte clinico de eficácia e segurança
3a linha	Nível 4 ou maior de evidencia + suporte clinico de eficácia e segurança
Não recomendado	Níveis 1 ou 2 de evidencia de falta de eficácia e segurança

Fonte: Yatham ET al., 2009

Nota: Estudo duplo-cego = DC;

Estudo randomizado e controlado = ECR;

Tabela 3 – Recomendações terapêuticas do Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT ) e da Sociedade Internacional de Transtorno Bipolar (SITB )

Nível	Tratamentos
1a linha	lítio, divalproato, olanzapina, risperidona, quetiapina, quetiapina XRO, aripiprazol, ziprasidona, Li / DVP + risperidona, Li / DVP + quetiapina, Li / DVP + olanzapina, Li / DVP + aripiprazol
2a linha	ECT, Li + DVP, asenapina, Li ou DVP + asenapina, monoterapia da paliperidona
3a linha	Haloperidol, clorpromazina, Li / DVP + haloperidol, Li + CBZ, clozapina, oxcarbazepina, tamoxifeno
Não recomendadas	Monoterapia com gabapentina, topiramato, lamotrigina, verapamil, tiagabina, risperidona + CBZ, olanzapina + CBZ

Fonte: Yatham ET al., 2009

Nota: CBZ= Carbamazepina; Li=lítio; divalproato=DVP

#### **4 METODOLOGIA**

Toda literatura foi analisada e apresentada de forma descritiva exploratória.

Levantamento bibliográfico entre no período de 1991 a 2015 sobre o Transtorno Afetivo Bipolar e seu tratamento.

Para execução deste trabalho foi realizado um levantamento nas seguintes bases de dados: LIVROS, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Internacional em Ciência da Saúde (MEDLINE), sendo utilizada a língua portuguesa, inglesa. Os termos usados para a pesquisa foram: Transtorno Bipolar, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento, livros. Análise dos dados

## 5 CONCLUSÃO

Avaliar e acompanhar os sujeitos portadores de THB na população é fundamental, devido aos enormes prejuízos causados. Pois a hipomania e a mania são freqüentes. Falhas e erros diagnósticos são comuns, apesar de o fenômeno ser conhecido desde antes da Grécia Antiga a dificuldade em defini-lo se apresenta cada vez mais atual, portanto os profissionais da saúde mental, além de clínicos gerais, devem conhecer estas síndromes para evitar demora no diagnóstico e a instituição do tratamento ou sua inadequação.

O início precoce do tratamento farmacológico e psicoterápico apropriados, nos pacientes com TBH, permite que haja prevenção secundária do avanço da doença bipolar para níveis de gravidade maior, em que os medicamentos de primeira linha não respondem mais ,por exemplo, promovendo saúde e melhorando a qualidade de vida desses pacientes. Nessas abordagens, deve-se controlar a adesão ao tratamento medicamentoso, estimular o desenvolvimento cognitivo, social e vocacional do paciente, através de técnicas psicoterápicas, assim como proporcionar a prática de cuidados de saúde aos familiares desses pacientes, reduzindo o estresse familiar e contribuindo para melhor recuperação do paciente.

Neste contexto, este trabalho cumpre seus objetivos elucidados sobre como estudar, diagnosticar e tratar o TAB.

## 6 REFERÊNCIAS

- ALCANTARA, Igor et al. **Avanços no diagnóstico do transtorno bipolar**. Rev. Psiquiatria. Rio Gd. Sul. 2003, vol, 25, suppl.1, pp.22-32. ISSN 0101-8108.
- ALDA, M. **Bipolar disorder: from families to genes**. Can J Psychiatry, 1999;42:378-87.
- ALKIMIM, Wellerson D. **O que é transtorno bipolar?** Disponível em: <<http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/textos/numero3/3.%20O%20que%20%C3%A9%20o%20Transtorno%20Bipolar%20-%20Wellerson%20D.%20Alkimim.pdf>> . Acesso em: 21 dez. 2015.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM V**. 5. ed.– Porto Alegre : Artmed, 2014.
- Cheniaux, Elie. O tratamento farmacológico do transtorno bipolar: uma revisão sistemática e crítica dos aspectos metodológicos dos estudos clínicos modernos. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, Mar 2011, vol.33, no.1, p.72-80. ISSN 1516-4446
- CLEMENTE, Adauto S. et al. **Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature**. Revista Brasileira de Psiquiatria. Sao Paulo. Vol. 37 no. 2. maio, 2015.
- Del-Porto, José Alberto and Del-Porto, Kátia Oddone **História da caracterização nosológica do transtorno bipolar**. Rev. psiquiatr. clín., 2005, vol.32, suppl.1, p.7-14. ISSN 0101-6083
- KAPCZINSKI, Flávio. QUEVEDO, João (org.). **Transtorno bipolar: teoria e clínica**. Artmed, 2009.
- KAPCZINSKI, FLÁVIO; FREY, BENÍCIO NORONHA E ZANNATTO, VANESSA. **Fisiopatologia do transtorno afetivo bipolar: o que mudou nos últimos 10 anos?**. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2004, vol.26, no., p.17-21. ISSN 1516-4446.
- LIMA, M. S., et al. **Epidemiologia do transtorno bipolar**. Rev Psiq Clín. v. 32, n. 1, p. 15-20. 2005
- Lima IVM, Sougey EB, Vallada Filho HP. **Genética dos transtornos afetivos**. Revista de Psiquiatria Clínica 2004, 31(1): 34-39.
- MICHELON, L; VALLADA, H. **Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar**. Revista Psiquiatria Clínica, São Paulo, jan. 2005. Seção 32. p. 21-27.
- MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; RATZKE, R. **Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar**. Revista de Psiquiatria Clínica. v. 32. n. 1, p. 39-48, 2005.

MORENO, D. H. ; MORENO, Ricardo Alberto . **Tratamento de episódios maníacos e mistos**. Revista Debates em Psiquiatria , v. 1, p. 6-17, 2011.

Rezin GT, Quevedo J, Streck EL. **Fisiopatologia do transtorno bipolar**. Rev Pesq Ext Saúde. 2008; 3(1).

Sajatovic M. **Bipolar disorder: disease burden**. AM J Manag Care, 2005; 11(suppl 3): 85-90.

SILVA, A. G; BUENO, J. R.; MORENO, R. A. **Especial Transtorno Bipolar**. [Editorial]. Revista Debates em Psiquiatria , v. 1, p. 5, 2011.

Tamayo JM, Zarate CA Jr, Vieta E, Vázquez G, Tohen M. **Level of response and safety of pharmacological monotherapy in the treatment of acute bipolar I disorder phases: a systematic review and meta-analysis**. Int J Neuropsychopharmacol. 2010 Jul;13(6):813-32

Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, et al. **Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009**. Bipolar Disord 2009; 11: 225-255.

Yildiz A, Vieta E, Leucht S, Baldessarini RJ. **Efficacy of antimanic treatments: meta-analysis of randomized, controlled trials**. Neuropsychopharmacology. 2011 Jan;36(2):375-89.