

TRANSTORNO BIPOLAR DE HUMOR: UMA BREVE REVISÃO

Walter Ciccarini¹,

Flávia Dutra²,

Aparecida Diogo³,

Enock Luiz³,

Jonathan Cerqueira³,

Kênio Araújo³,

Maria Cristina Martins³,

Maria Socorro de Fátima³,

Regina Cell³,

Surama Craveiro³

RESUMO

Os dois principais transtornos de humor são os depressivos e o bipolar. Estes dois transtornos, muitas vezes, são chamados de transtornos afetivos, entretanto, a patologia crítica nos dois transtornos é o humor, ou seja, o estado emocional interno mais constante de uma pessoa, e não do afeto, a expressão externa do conteúdo emocional. Mesmo porque podemos ter transtornos de humor devido uma condição médica geral, transtorno de humor devido à ingestão de psicotrópicos, por estar passando por períodos de stress, por tensão pré-menstrual, etc. O objetivo deste trabalho é discutir especificamente o transtorno bipolar, seu diagnóstico, comorbidades e tratamento farmacológico.

Palavras-chave: Transtorno Bipolar. Diagnóstico. Comorbidades. Tratamento.

¹ Mestre em ensino de Biologia (PUCMINAS). Graduado em Farmácia (UFOP).

² Mestre em ensino de Biologia (PUCMINAS). Graduada em Ciências Biológicas (PUCMINAS).

³ Graduandos em Psicologia (UNIVERSO).

ABSTRACT

The two major mood disorders are depression and bipolar. These two disorders are often called affective disorders, however, the critical pathology in both disorders is humor, that is, the most constant inner emotional state of a person, and not the affection, the outward expression of emotional content. Even as we may have mood disorders because a general medical condition, mood disorder due to ingestion of psychotropic drugs, for going through periods of stress, for premenstrual tension, etc. This study is specifically discussing bipolar disorder, its diagnosis, comorbidities and pharmacological treatment.

Keywords: Bipolar Disorder. Diagnosis. Comorbidities. Treatment.

1. INTRODUÇÃO

Como lembra Valentim Gentil Filho (2014) o transtorno bipolar era conhecido, no passado, pelo nome de psicose maníaco-depressiva que se caracterizava por alternância de períodos de depressão e de hiperexcitabilidade ou mania. Para Kaplan, Sadock e Grebb (2002) Emil Krapelin foi quem descreveu e cunhou o termo em lide pela primeira vez em 1899.

Mais tarde, a mudança do termo ocorreu para diminuir o estigma e para estabelecer maior distinção entre depressão e transtorno bipolar. Atualmente, muitos fazem diferenciação entre transtorno bipolar I e II, sendo que, no primeiro caso, a fase maníaca ou eufórica predomina (distímia). No segundo, ao contrário, a fase depressiva é mais longa (hipomania) e nunca apresenta episódios maníacos completos e, por fim, no caso misto, os episódios de mania e depressão apresentam suas características simultaneamente.

Ao empreendermos este trabalho, estamos cientes que o tema não é estanque, mas nosso objetivo é produzir esclarecimento e acima de tudo outros questionamentos, através da prática reflexiva sobre o assunto, a fim de que possamos trilhar novos caminhos em busca de conhecimento.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. EPIDEMIOLOGIA

O transtorno bipolar de humor (TBH) acarreta grave sofrimento para os portadores e suas famílias. Dados da Associação Brasileira de Transtorno Bipolar (ABTB), indicam que, na década de 90, o TBH se tornou a sexta maior causa de incapacitação no mundo. Ainda no que tange à fonte em lide um paciente com o TBH pode perder de 9 anos de vida a 14 anos de produtividade profissional. Outro dado importante é que a mortalidade em portadores do transtorno é elevada e o suicídio é a causa mais frequente, estimando-se que até 50% dos portadores tentem suicídio ao menos uma vez e 15% efetivamente o cometem.

Para Kaplan, Sadock e Grebb (2002), o distúrbio é de prevalência igual para homens e mulheres, muito embora, é diagnosticado mais em mulheres porque são as que mais procuram ajuda. Quanto à idade, esta varia entre 5 a 50 anos, sendo cada vez mais descrito o aparecimento dos sintomas na infância e adolescência, o que tem consequências devastadoras, pois os sintomas podem ocorrer em 25% dos adolescentes portadores de TBH.

Quanto à raça e ao estado civil, nada se tem de concreto a respeito, muito embora alguns dos autores pesquisados detectaram um alto índice de divórcios para portadores dos distúrbios. Outra coisa que pode interferir muito no diagnóstico é as considerações de fatores socioeconômicos e culturais.

2.2. ETIOLOGIA

Os fatores causais podem ser divididos artificialmente em biológicos, genéticos e psicossociais.

a. Fatores Biológicos

Kaplan, Sadock e Grebb (2002) apontam que tanto os sintomas de transtorno de humor quanto os achados da pesquisa biológica confirmam a hipótese de que o TBH envolve uma patologia do sistema límbico, gânglios basais e hipotálamo.

b. Fatores Genéticos

A maioria dos autores acreditam que o TBH em cerca de 30% a 50% são fatores genéticos. Uma família com casos entre parentes de 1º e 2º grau podem desenvolver esta doença, sendo provavelmente ligada ao cromossoma X.

c. Fatores psicossociais

Quanto a tais fatores, corroborado por Ribeiro, Laranjeira e Cividanes (2005), afirmam que o transtorno bipolar é a patologia do eixo I mais associada ao uso indevido de substâncias psicoativas. Os índices de comorbidades com uso indevido de álcool atinge 60% a 85 % desta população ao longo da vida. Enquanto o consumo de outras substâncias psicoativas (excluindo o tabaco), de 20% a 45%.

Outro aspecto importante a se observar é o que sugere Gamma e Endras (2003), lembrado por Miasso, Carmo e Tirapelle (2012), em seu artigo *Transtorno Afetivo Bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento*, que estressores ambientais, transtornos somáticos e de personalidade são fatores de risco em potencial para transtornos psiquiátricos. História positiva de transtorno bipolar na família, situação socioeconômica desestruturada e famílias com alta expressão emocional são fatores preditores de TBH.

Outro aspecto a ressaltar, segundo Ribeiro, Laranjeira e Cividanes (2005), é o de que o transtorno bipolar pode estar associado a outras patologias, como transtorno de déficit de atenção e transtorno de personalidade *borderline*.

2.3. DIAGNÓSTICO

Obviamente, como em qualquer patologia, quando mais cedo descoberto o TBH, mais qualidade de vida tem o paciente. Não obstante, tal diagnóstico é essencialmente clínico, o que tem dificultado face à similaridade entre este tipo de transtorno com outros quadros clínicos como a depressão, por exemplo, cujo tratamento é totalmente diferenciado. Vários fatores estão envolvidos no diagnóstico do TBH. Desde verificar o histórico familiar, perguntar aos parentes mais próximos sobre oscilações de humor recentes e há quanto tempo apresenta esse tipo de reação, como a realização de exames completos para identificar doenças que podem estar causando os sintomas. Ainda, é necessário solicitar exames

laboratoriais para verificar a ocorrência de distúrbios na tireoide ou níveis toxicológicos altos. Seria de grande contribuição também acrescentarmos ao nosso estudo o que diz Kaplan, Sadock e Grebb (2002), que especificamos de forma resumida na tabela 1 a seguir.

Tabela 1 – Critérios Diagnósticos para Transtorno Bipolar I e II

TRANSTORNO BIPOLAR I	TRANSTORNO BIPOLAR II
A. Um período distinto do humor persistente elevado, expansivo ou irritável, durando todo o tempo ao longo de pelo menos 4 dias, claramente diferente do humor habitual não deprimido.	A. Presença ou (história) de um ou mais episódios depressivos maiores.
B. Durante o período de perturbação no humor, três (ou mais) sintomas abaixo persistem: (1) Autoestima inflada ou grandiosidade; (2) Necessidade diminuída por sono; (3) Mais falante que o habitual; (4) Fuga de ideias ou experiência subjetivo de que os pensamentos estão correndo; (5) Distração facilitada; (6) Aumento da atividade dirigida ao objetivo ou agitação psicomotora; (7) Envolvimento excessivo em atividades agradáveis com alto potencial para consequências dolorosas (ex. surtos desenfreados de compras).	B. Presença ou (história) de pelo menos, um episódio hipomaniaco.
C. O episódio está associado com uma mudança inequívoca no funcionamento, que não se caracteriza da pessoa, quando não está sintomática.	C. Os sintomas de humor nos critérios A e B não são melhor explicados por transtornos esquizoafetivos nem estão sobrepostos a esquizofrenia, transtorno esquizofreinoide, transtorno delirante ou transtorno psicótico, sem outra explicação.
D. A perturbação no humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outros.	D. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

2.4. COMORBIDADES

A presença de comorbidades em pacientes bipolares e o seu diagnóstico correto podem influenciar na escolha do tratamento, bem como na resposta do

paciente. Segundo Barbosa (2011), entre as comorbidades clínicas e psiquiátricas mais comuns estão: Transtorno de Pânico, Transtorno Obsessivo, Transtorno de Ansiedade, Uso de Drogas, Tabaco e Álcool, Hipotireoidismo, Dislipidemia, diabetes e Déficit de Atenção e Hiperatividade, Depressão constante que evolua para momentos de mania, Transtorno de Personalidade *Borderline*, dentre outras ainda em estudo.

2.5. TRATAMENTO

O tratamento do TBH é importantíssimo para o bem-estar do indivíduo e de sua família. Este tratamento requer acompanhamento de uma equipe multidisciplinar. Em geral, são necessários a prescrição de medicamentos, a psicoterapia individual que traz consigo mudanças no estilo de vida e maior engajamento do paciente e ainda a terapia familiar que orienta, informa e ajuda.

O tratamento do transtorno bipolar é dividido em três fases: aguda, continuação e manutenção. Os objetivos do tratamento da fase aguda são: tratar mania sem causar depressão e/ou consistentemente melhorar a depressão sem causar mania. A fase de continuação tem como meta: estabilizar os benefícios, reduzir os efeitos colaterais, tratar até a remissão, reduzir a possibilidade de recaída e aumentar o funcionamento global. Finalmente, os objetivos do tratamento de manutenção são: prevenir mania e/ou depressão e maximizar recuperação funcional, ou seja, que o paciente continue em remissão. (SOUZA, 2005).

a. Tratamento farmacológico

Hoje em dia, há vários remédios que podem controlar o transtorno bipolar do humor. Conforme Bowden (1997) citado por Souza (2005), o uso de estabilizadores de humor visa controlar o processo de ciclagem de um episódio ao outro, reduzindo as quantidades de depressões e hipomanias, bem como a gravidade delas.

Os critérios para definir um estabilizador de humor são: ser eficaz na mania e em estados mistos, tratar depressão aguda bipolar, reduzir a frequência e/ou gravidades de recorrências maníacas e/ou depressivas, não piorar a

mania ou depressão ou induzir mudança ou ciclagem rápida. (SOUZA, 2005).

Para Ribeiro, Laranjeira e Cividanés (2005), o uso do lítio mesmo considerado a melhor opção terapêutica é menos eficaz entre bipolares em caso de uso de substâncias tóxicas.

Segundo Souza (2005) os principais medicamentos usados no tratamento do Transtorno Bipolar I e II são:

Lítio - Usado no tratamento, manutenção e prevenção de possíveis recaídas. Nas manias. Reduz o risco de suicídio, sendo mais indicado para pacientes com doença hepática, no estágio final de gravidez e jovem adolescente.

Valproato - Indicado no tratamento e manutenção. Revelou ter efeito profilático melhor do que o lítio em medidas secundárias. Tal efeito profilático parece ser maior contra os episódios maníacos do que contra os episódios depressivos. Indicado para pacientes com doenças cardíacas, renais, TCE, idosos com demência e dependência química.

Carbamazepina/Oxicarbamazepina - Indicado no tratamento inicial da doença. E também em alterações do humor.

Lamotrigina - Indicado no tratamento e manutenção para pacientes com transtorno bipolar tipo II.

Dentre outros tais como: Topiramato, Gabapentina, Metilfenidato, Ômega-3, Pramipeloxe, Tiabagina, bloqueadores de canais de cálcio (Veranil, Nimodipina, Diltiazem).

Valentim Gentil Filho (2014) afirma que antipsicóticos atípicos são utilizados para ajudar os esquizofrênicos a vencerem os delírios e podem fazer o mesmo pelos bipolares (Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Ziprasidona e Aripiprazol).

Os anticonvulsivantes inicialmente usados no tratamento da epilepsia ajudam a controlar a fase de mania.

Os antidepressivos apresentam o risco de aumentar os ciclos do transtorno bipolar, mas seu uso pode ser necessário como parte da associação de medicamentos.

Souza (2005) afirma que pacientes bipolares no tratamento para se manterem eutímicos, normalmente, usam mais de uma droga devido a comorbidades, sendo assim a monoterapia é uma exceção.

A eletroconvulsoterapia (ECT) pode ser usada, em pacientes que apresentam risco de suicídio e administrada em hospitais sendo muito eficaz na fase aguda. Os problemas de memória contraindicam como primeira opção em tratamento e manutenção.

3. CONCLUSÃO

Por ser o transtorno bipolar de humor uma psicopatologia incapacitante e de alto índice de suicídio, se faz necessário manter um acompanhamento rigoroso dos pacientes. Uma das grandes dificuldades apresentadas concerne à adesão ao tratamento pelos pacientes. Muitos deles desistem de continuar o tratamento principalmente nos períodos de mania ou na remissão. Outro fator complicador é uso de substâncias tóxicas, tabaco e álcool em conjunto com a ingestão de medicamentos. É importante considerar que os resultados das pesquisas apontam na direção de um acompanhamento multidisciplinar, ajustando-se à intervenção medicamentosa, às terapias individuais e familiares. A partir destas considerações, permanece o desafio para os profissionais da área da saúde no sentido de buscarem um acolhimento melhor, personalizando o atendimento, permitindo aos pacientes viverem com mais autonomia.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Transtorno Bipolar. O que é transtorno bipolar? Disponível em <<http://www.abtb.org.br/idex.php>>. Acesso em: 07 de setembro 2014.

BARBOSA, I. G. Comorbidades clínicas e psiquiátricas em pacientes com transtorno bipolar tipo I. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro. V. 60, N. 4, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 05 de setembro de 2014.

FILHO, Valentin, G. Transtorno bipolar. São Paulo. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/letras/t/transtorno-bipolar/>>. Acesso em: 05 de setembro de 2014.

KAPLAN, Harold. I., SADOCK, Benjamin. J., GREBB, Jack
A. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7. ed. São Paulo: Editora Artmed, 2002. 1169 p.

KNAPP, Paulo & ISOLAN, Luciano. Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 32, p. 98 – 104.

MIASSO, Adriana, I., CARMO, Bruna, P., TIRAPELLI, Carlos, R. Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacológico e adesão ao medicamento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 3, p. 01 – 12, 2012.

PEDROSO, Vinícius S. P., SALGADO, João V., TEIXEIRA, Antônio L. Sinais neurológicos sutis: uma revisão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro. v. 59, n. 3, 2010. ISSN 0047-2085.

RIBEIRO, Marcelo, LARANJEIRA, Ronaldo, CIVIDANES, Giuliana. Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. *Revista de psiquiatria clínica*, n. 32, p. 78 – 88, 2005.

SOUZA, Fábio. G. M. Tratamento do transtorno bipolar eutímia. *Revista de psiquiatria clínica*, v. 32, p. 01 – 11, 2005.