

Curso de Capacitação
Saúde Mental



Módulo 3:
Clínica da Atenção Psicossocial

Unidade 3:
**TRANSTORNOS
DO HUMOR**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – *Natalino Salgado Filho*

Vice-Reitor – *Antonio José Silva Oliveira*

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – *Fernando de Carvalho Silva*

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – *Nair Portela Silva Coutinho*

COMITÊ GESTOR - UNASUS / UFMA

COORDENADORA GERAL

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

COORDENADOR ADJUNTO

Eurides Florindo Castro Jr.

COORDENADORA DO CURSO

Christiana Leal Salgado

COORDENADOR DE COMUNICAÇÃO

João Carlos Raposo Moreira

COORDENADOR DE DESIGN

Hudson Francisco de A. C. Santos

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins

COORDENADORA PEDAGÓGICA

Patrícia Maria Abreu Machado

COORDENADORA TUTORIA

Maiara Marques Leite

COORDENADORA EXECUTIVA

Fátima Gatinho

PRODUÇÃO

REVISÃO ORTOGRÁFICA

João Carlos Raposo Moreira

REVISÃO TÉCNICA

Christiana Leal Salgado

Patricia Maria Abreu Machado

DESIGN INSTRUCIONAL

Christiana Leal Salgado

Patricia Maria Abreu Machado

Luan Passos Cardoso

DESIGN GRÁFICO

Douglas Brandão França Junior

ORGANIZADORES

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

Christiana Leal Salgado

Hermano Tavares

Patricia Maria Abreu Machado

Rodrigo da Silva Dias



Saúde Mental

FREDERICO NAVAS DEMÉTRIO
TAÍS MICHELE MINATOGAWA-CHANG

Copyright @ UFMA/UNASUS, 2013

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.

Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Praça Gonçalves Dias No 21, 1º andar, Prédio de Medicina (ILA)
da Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Site: www.unasus.ufma.br

Adaptação:

Janete Valois Ferreira Serra

Normalização:

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva. CRB 13ª Região Nº Registro – 453.

Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA

Curso de capacitação em saúde mental: módulo III: Transtornos do humor/Frederico Navas Demetrio; Tais Michelle Minatogawa-Chang. - São Luís, 2013.

18f.

1. Psiquiatria. 2. Transtornos do humor. 3. Distúrbio emocional. I. Oliveira, Ana Emilia Figueiredo de. II. Salgado, Christiana Leal. III. Tavares, Hermano. IV. Machado, Patricia Maria Abreu. V. Dias, Rodrigo da Silva. VI. Título.

CDU 616.89

Autores

Frederico Navas Demétrio

Médico Psiquiatra. Doutor em Medicina Saúde Mental pela Universidade de São Paulo. Médico Assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Psiquiatria.

Taís Michele Minatogawa-Chang

Médica Psiquiatra. Supervisora do ambulatório de Interconsultas do IPq – HC- FMUSP. Coordenadora da Equipe de Interconsulta Psiquiátrica do Hospital do Coração.

Apresentação

A Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) é um programa desenvolvido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS), que cria condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas e serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do Sistema Único de Saúde. A concepção e implantação do programa é interfederativa.

Este livro faz parte do Curso de Capacitação em Saúde Mental, destinado aos profissionais de saúde que atuam no CAPS, PSF, NASF e nos demais Dispositivos da Rede de Assistência a Saúde Mental do SUS. É uma iniciativa pioneira na área da Saúde Mental, que utiliza as tecnologias educacionais para disponibilizar um programa de qualificação profissional, gerando, no exercício de sua prática, novas competências e posturas adequadas ao modelo de atenção.

A Universidade Federal do Maranhão - UFMA, por meio da UNA-SUS, e em parceria com o Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-FMUSP), estão associando as tecnologias educacionais interativas e os recursos humanos necessários para disponibilizar a este curso materiais educacionais de alta qualidade, que facilitem e enriqueçam a dinâmica do ensino- aprendizagem.

A rede colaborativa, proposta pela UNA-SUS, funciona por meio do intercâmbio de experiências, compartilhamento de material instrucional e cooperação para o desenvolvimento e a implementação de novas tecnologias educacionais em saúde. É uma rede compartilhada de apoio presencial ao processo de aprendizagem em serviço e intercâmbio de informações acadêmicas dos alunos para a certificação educacional compartilhada. Dessa forma é possível levar a cada trabalhador de saúde oportunidades de aprendizado, como material para auto-instrução, cursos livres e de atualização, cursos de aperfeiçoamento, especialização e até mesmo mestrados profissionais. O uso de técnicas de educação a distância minimiza a necessidade de deslocamento da cidade ou da região do trabalhador.

Esperamos que o leitor aprecie este material instrucional, tanto quanto a equipe UNA-SUS apreciou a sua elaboração e produção.

Abrace esse desafio e seja bem-vindo a este curso!!!!

Ana Emília Figueiredo de Oliveira, Ph.D.

Coordenadora Geral UNA-SUS/UFMA

Christiana Leal Salgado, MSc

Coordenadora dos Cursos- Saúde Mental UNA-SUS/UFMA

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	CAUSAS DOS TRANSTORNOS DO HUMOR.....	8
2.1	Os Transtornos do Humor segundo o DSM IV.....	9
3	TIPOS DE TRANSTORNOS DO HUMOR.....	10
3.1	Transtornos depressivos.....	10
3.1.1	Transtorno Depressivo Maior ou Depressão Grave.....	10
3.2	Depressão em populações específicas.....	11
3.2.1	Depressão na infância e na juventude.....	11
3.2.2	Transtorno depressivo na gestação e puerpério.....	12
3.2.3	Depressão em mulheres.....	12
3.3	Tipos de tratamentos.....	13
3.4	Episódio de mania.....	14
3.5	Transtorno Bipolar.....	14
	REFERÊNCIAS.....	16

1 INTRODUÇÃO

Os Transtornos do Humor ou Afetivos são aqueles cujo sintoma principal é a alteração do humor ou do afeto, da energia (ânimo) e do jeito de sentir, pensar e se comportar. Acontecem com crises únicas ou se repetem, oscilando ao longo da vida. Podem ser episódios de depressão ou de mania (difere da “mania de fazer as coisas” ou “tique” – nome dado à fase de euforia do transtorno bipolar).

Quando a alteração de humor é causada por outra doença ou por medicamentos, não é considerado como transtorno do humor e sim um sintoma secundário da doença estabelecida ou consequência do uso da medicação.

2 CAUSAS DOS TRANSTORNOS DO HUMOR

Dimensões biológicas

As pesquisas demonstram que os achados relacionados a alterações em sistemas de neurotransmissão tornam-se pouco representativos se avaliados de forma isolada, entretanto, modelos genéticos, neuroanatômicos, neuroquímicos e de neuroimagem têm apresentado importantes referenciais teóricos e conceituais que permitem maior compreensão acerca do funcionamento de determinados mecanismos biológicos quanto a apresentação clínica, o curso e a resposta farmacológica.

Dimensões psicológicas

Os acontecimentos estressantes da vida, entre eles, o estresse e o trauma contribuem grandemente para o desencadeamento do transtorno de humor. É importante identificar os aspectos psicossociais que antecederam o quadro clínico como: o contexto, o sentido e o significado que o paciente atribui ao momento. Isso é importante, pois as situações estressantes, como a perda do emprego, não é aspecto suficiente para provocar sintomas depressivos. Barlow (2009) afirma que as pessoas ficam ansiosas e deprimidas quando decidem ou são

obrigadas a fazer algo em que elas não têm controle.

A depressão pode resultar da tendência de interpretar os acontecimentos cotidianos de forma negativa ou a generalização excessiva (por ex.: ficar reprovado por que tirou uma nota baixa, mesmo que as outras notas sejam boas ou ainda há tempo de recuperar as notas). Desta forma, a depressão pode estar associada a explicações e pensamentos negativos dos fatos da vida (MÁXIMO, 2010).

Dimensões socioculturais

Relações matrimoniais insatisfatórias ou rompimentos de laços afetivos podem frequentemente contribuir para o surgimento da depressão. As mulheres divorciadas apresentam quadro de depressão grave três vezes maior que as mulheres casadas.

Por outro lado, a depressão pode contribuir para a separação matrimonial, pois a tendência é buscarmos ficar longe de alguém negativo, pessimista ou doente, pois as emoções são contagiosas e o parceiro começa a sentir-se mal, precipitando discussões e por fim, a separação (BARLOW, 2009).

Em todo o mundo, o Transtorno Bipolar é dividido igualmente entre homens e mulheres, entretanto a Depressão Maior é 70% mais frequente em mulheres devido estarem mais expostas a pobreza, discriminação, assédio sexual e moral, dupla jornada de trabalho e salários menores. Por outro lado, mulheres que trabalham fora, tem independência financeira, exercem papel de autoridade no trabalho e no lar apresentam os mesmos índices de depressão que os homens (BARLOW, 2009).

Basear-se em explicações isoladas a cerca dos Transtornos do Humor não justifica o surgimento da doença. É necessário perceber como se integram as dimensões biológicas, físicas e socioculturais para a compreensão das causas e o desencadeamento do transtorno de humor.

Diagnóstico

Os Transtornos do Humor, entretanto, violam o critério de normalidade, no que diz respeito à intensidade, a duração e a qualidade do estado emocional que nem sempre coincide com a situação vivenciada. (HOCKENBURY, 2003)

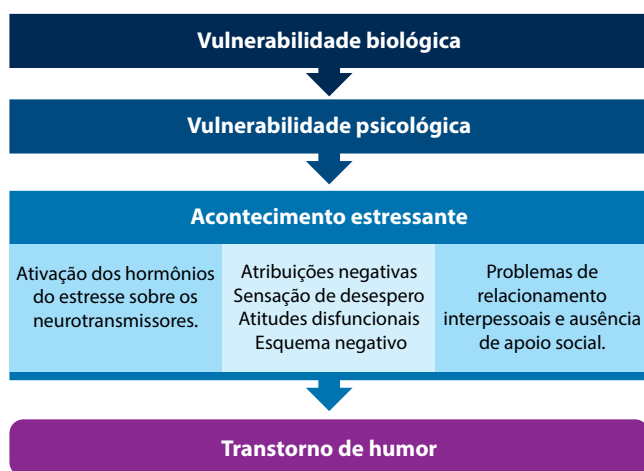
O transtorno de humor segundo o DSM IV constitui-se do agrupamento daquilo que é chamado de transtornos depressivos, transtornos afetivos ou neuroses depressivas.

2.1 Os Transtornos do Humor segundo o DSM IV dividem-se em:

Os transtornos severos podem ou não ser acompanhados de delírios, de alucinações e de alterações da consciência do eu. Além dessa característica semiológica, os Transtornos do Humor têm uma característica evolutiva importante: evoluem por fases, em cujos intervalos o paciente recupera toda a integridade psíquica anterior ao seu adoecimento.

Os indivíduos que apresentam depressão ou mania sofrem de Transtornos do Humor unipolar, pois a alteração de humor fica apenas em um polo. É raro acontecer casos de mania unipolar e frequente os casos de depressão unipolar. Há aqueles que o humor varia entre a depressão e a mania, nesse caso são chamados de transtorno bipolar. E há ainda aqueles que mesmo com sintomas maníacos pode sentir-se deprimido ao mesmo tempo, a esses casos são chamados de disforia ou episódio misto. (SOLOMON, 2003)

A depressão e a mania variam de pessoa para pessoa no que se refere a gravidade e frequência que os episódios se repetem e até nos sintomas manifestados. Desta forma os sintomas característicos apresentados no DSM IV e no CID 10 servem como marcadores que nos auxiliam no diagnóstico, mas tomados isoladamente pode conduzir a equívocos



VOCÊ SABIA?

Segundo o CID 10 (Código Internacional de Doenças – 10ª versão) o Transtorno de Humor é dividido em: Episódio maníaco (F30), Transtorno Afetivo Bipolar (F31), Episódio Depressivo (F32), Transtorno Depressivo Recorrente (F33), Transtorno Resistente de Humor (F34), Outros Transtornos do Humor (F38) e Transtorno de Humor Não Especificado (F39).

3 TIPOS DE TRANSTORNOS DO HUMOR

3.1 Transtornos Depressivos

O risco para depressão resulta da influência de múltiplos genes, agindo junto com fatores ambientais e outros não genéticos, tais como:

[...] história familiar de depressão ou suicídio, experiências traumáticas na infância, fraco suporte social, baixo nível socioeconômico, abuso de drogas (lícitas ou ilícitas), puerpério, residir em área urbana, ser portador de condição clínica grave/crônica (câncer, diabetes, cardiopatia, Alzheimer, HIV), e eventos de vida estressores (perda de um ente querido, desemprego). (CHIAVERINI, 2011).

O diagnóstico da depressão é clínico e baseado na história do paciente e nos sintomas apresentados. Os pacientes relatam redução das atividades, perda de iniciativa, tristeza, alterações do sono e apetite, alterações sexuais, falta de prazer, rebaixamento da atenção e concentração, pensamento pode estar com curso lentificado, sem alteração da forma e com conteúdo depressivo de menos valia, de culpa e até de suicídio.

A aparência pode ser descuidada, barba por fazer, cabelos em desalinho ou penteados parcialmente, pouco contato visual, cabeça baixa e lentidão psicomotora. Os subtipos podem apresentar predominância e gravidade variáveis de sintomas.

3.1.1 Transtorno Depressivo Maior ou Depressão Grave

É um quadro que devemos ter muito cuidado em caracterizar, pois o atual modismo do diagnóstico de “depressão” leva muitas vezes a equívocos. Trata-se de diferenciar os quadros graves de depressão dos quadros moderados e leves.

A diferença não é apenas a intensidade da depressão. O episódio depressivo grave pode ou não ser acompanhado de sintomas como delírios e, mais raramente, alucinações e alterações da consciência do eu. Quando o delírio está presente, costuma ter um conteúdo de autoacusação: o paciente sente desprezo por si mesmo, acusa-se de erros, pecados, ou mesmo crimes que teria cometido, acredita que será punido seja pela ruína financeira, pela morte, pela doença, pela condenação eterna, ou qualquer outro castigo terrível. (BARLOW, 2009).

Sintomas comuns na Depressão Grave

Sintomas emocionais

- Sentimento de tristeza, desânimo, inutilidade, culpa, vazio ou insignificância;
- Sentir-se emocionalmente distanciado dos outros;
- Afastar-se das pessoas.

Sintomas Comportamentais

- Expressão facial de desalento;
- Faz menos contato visual, olha para baixo;
- Sorri com menos frequência;
- Movimentos, fala e gestos lentos.
- Choroso ou episódios espontâneos de choro;
- Perda de interesse ou prazer em atividades usuais, incluindo sexo;
- Auto exclusão de atividades sociais.

Sintomas Cognitivos

- Dificuldade para pensar, concentrar-se e lembrar-se;
- Negativismo e pessimismo global;
- Pensamentos suicidas ou preocupação com a morte.

Sintomas Físicos

- Mudanças no apetite resultando em significativa perda ou ganho de peso;
- Insônia, acordar muito cedo ou dormir demais;
- Dores vagas, mas crônicas;
- Diminuição do interesse sexual;
- Perda de energia física ou mental;
- Sentimentos gerais de ansiedade;
- Inquietação e desassossego;

O suicídio é um risco nos casos de depressão grave à medida que os pensamentos tornam-se totalmente pessimista em relação a si mesmo, ao mundo e ao futuro.

O transtorno depressivo maior pode ser de episódio único ou recorrente, sendo este último caracterizado por dois ou mais episódios depressivos que se repetiram e foram separados por período de pelo menos 02 meses. As pessoas com esta doença geralmente tem familiares com histórico de depressão.

Tipos de Depressão

Melancólica: É caracterizada por uma lentificação geral e perda da capacidade de prazer ou de sentir emoções. Há um predomínio de insônia, perda de apetite com eventual

perda de peso, pensamento de culpa, ruína e pessimismo. A reversão do quadro pode levar semanas e o apoio psicoterápico é fundamental.

Atípica: Sua principal característica é a hiperatividade emocional, excesso de sono e de apetite.

Psicótica: Possui sintomas psicóticos como agravantes, quando há predomínio de delírios (com conteúdos coerente ou incoerente em relação ao humor). Mesmo com tratamento farmacológico a resposta é demorada e difícil.

Sazonal: padrão de repetição de episódios depressivos, sempre na mesma época do ano, em especial em períodos frios ou chuvosos. Boa resposta terapêutica com fototerapia.

Distímia: Se caracteriza por um humor persistentemente deprimido que dura cerca de 2 anos. Diferencia-se da depressão grave devido a menor intensidade dos sintomas. É uma depressão crônica de grau baixo (HOCKENBURY, 2003). Pode até não haver grande prejuízo na vida funcional, mas pode continuar por vários anos desencadeando episódios de depressão maior

3.2 Depressão em Populações Específicas

3.2.1 Depressão na Infância e Juventude

É bastante complexo definir o quadro clínico da depressão entre as crianças e os adolescentes, devido às mudanças físicas e cognitivas que ocorrem nessa fase da vida. Entretanto crianças com depressão têm, com frequência, muitos problemas, como fracasso escolar, funcionamento psicossocial comprometido e transtornos psiquiátricos comórbidos, tais como transtornos de conduta, estados de ansiedade, problemas de aprendizagem, hiperatividade, anorexia nervosa e recusa a frequentar a escola (BAHLS, 2002; HARRINGTON, 2005; CALDERARO & CARVALHO, 2005)

Por não ter, muitas vezes, consciência do perigo, a criança com depressão pode exibir comportamentos de risco como forma de chamar a atenção das pessoas para o seu sofrimento, por ter dificuldade de expressar o que sente.

É bastante comum que a criança depressiva se envolva em situações que tragam perigo à sua integridade física, inclusive tentativas de suicídio, no entanto, os meios escolhidos são menos eficazes e muitas vezes o gesto é identificado como sendo “coisa de criança”. Daí é necessário que os pais e profissionais da área da saúde estejam atentos que crianças também apresentam conflitos existenciais e que uma tentativa de suicídio não é “brincadeira de criança sadia.” (CALDERARO & CARVALHO, 2005)

Nos adolescentes o quadro da depressão é bastante preocupante e é mais frequente naqueles vindo de famílias com altas taxas de psicopatologia, podendo ter experimentado eventos vitais adversos. Normalmente, o primeiro episódio acontece entre 12 e 19 anos. Do ponto de vista clínico, os sintomas apresentados são muito similares aos dos adultos. (CALDERARO & CARVALHO, 2005)

A baixa autoestima, a piora no desempenho escolar, a ideação e tentativa de suicídio (com altas taxas de letalidade – podendo chegar a 10% nos casos de depressão grave), bem como problemas graves de comportamento, uso abusivo de álcool e drogas tornam a depressão nessa fase da vida particularmente preocupante (BAHLS, 2007).

Uma estrutura familiar adequada, uma relação materno-infantil saudável, num contexto social menos empobrecido, bem como o tratamento dos familiares com depressão é essencial para

se prevenir o aparecimento do transtorno depressivo entre crianças e adolescentes (CALDERARO & CARVALHO, 2005).

3.2.2 Transtorno Depressivo na Gestação e Puerpério

No que se refere à gestação, pode-se dizer que, mesmo quando desejada, ela é sempre fonte de stress. São considerados fatores de risco na etiologia da depressão na gravidez e no puerpério: pertencer a estratos econômico-educacionais mais baixos, desemprego, ser mãe solteira e jovem, histórias familiar e pessoal de transtornos do humor, eventos de vida negativos, conflitos conjugais, falta de apoio social e ambivalência sobre a gestação.

A depressão durante a gravidez estaria ainda associada ao tabagismo e ao abuso de drogas, sem relação de causa e efeito bem estabelecida (CHIAVERINI 2011).

Também se correlacionou pouco sono na gravidez com o desenvolvimento de quadro depressivo no período pós-parto. Portanto, investigar se a paciente está dormindo pouco e orientá-la no sentido de modificar tal situação, convocando a ajuda da família, se necessário, pode ser importante na prevenção de episódios depressivos. (CHIAVERINI 2011).

3.2.3 Depressão em Mulheres

Vários estudos têm sido conduzidos com o intuito de se aferir os fatores explicativos para as diferenças observadas entre os sexos na depressão. Holmes (2001) apresenta algumas razões que explicariam a maior prevalência da depressão no sexo feminino.

I. como resultado dos seus papéis sociais, elas costumam se sentir mais livres para expressar seus sentimentos em geral, e, em particular, aqueles sentimentos negativos associados à depressão, o que facilita o diagnóstico;

II. são frequentemente mais expostas aos tipos de situações que desencadeiam um processo depressivo: baixos níveis de escolaridade, baixa renda, doença atual e doença recente (depressão reativa);

III. existem diferenças fisiológicas e hormonais entre os sexos que as predispõe à depressão.

O matrimônio parece também explicar algumas diferenças observadas entre homens e mulheres na depressão. Almeida-Filho (2004) mostrou que entre as mulheres solteiras a taxa de prevalência da depressão era menor, se comparada à taxa das mulheres casadas, divorciadas ou viúvas.

Outro subtipo de depressão associado às mulheres é o Transtorno Disfórico Pré-menstrual, que envolve a depressão que precede a menstruação.

Sintomas como humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, interesse reduzido, entre outros, devem estar presentes por alguns meses para que a mulher seja diagnosticada com esse transtorno. Estima-se que 3% a 5% da população feminina sejam acometidas por esse tipo de depressão (MÁXIMO, 2011).

Não se deve confundir o **Transtorno Disfórico Pré-menstrual** com a **Síndrome Pré-menstrual**. A Síndrome Disfórica Pré-Menstrual é um padrão de sintomas muito mais extremo e sério, que demanda tratamento e cuidados médicos, sendo, portanto, um transtorno que traz prejuízos consideráveis à vida das mulheres (HOLMES, 2001; YONKERS & STEINER, 2001).

VOCÊ SABIA?

A depressão entre as mulheres tem íntima relação com as questões hormonais tipicamente femininas, em todas as idades. Os fatores sociais e econômicos adversos podem agravar e/ou explicar o aparecimento da depressão em algumas mulheres, já que, como se argumentou, elas são vítimas preferenciais da pobreza, estando, portanto, mais vulneráveis aos agentes etiológicos causadores da depressão. (MÁXIMO, 2011)

3.3 Tipos de Tratamentos

O tratamento da depressão pode se dar através de psicoterapia e/ou do uso de medicamentos antidepressivos. Existem vários tipos de psicoterapias que podem ser aplicadas para o tratamento da depressão (terapia cognitivo-comportamental, psicanálise, psicoterapia breve, etc.).

O tratamento medicamentoso da depressão, por sua vez, visa proporcionar, na maioria dos casos (especialmente nos leves a moderados), uma recuperação inicial do indivíduo permitindo que

ele perceba a necessidade de continuar o tratamento para a manutenção do seu bem-estar e/ou para prevenir futuras recaídas (Nardi, 2006).

Cerca de dois terços dos pacientes melhoram com o auxílio de antidepressivos. Num prazo de duas semanas, normalmente, a medicação começa a surtir algum efeito, mas a duração mínima de um tratamento é de seis meses. O uso de antidepressivos resulta em uma melhora de 60% a 70% dos sintomas no prazo de um mês, ao passo que a taxa de placebo gira em torno de 30% (VIERIA, 2008).

3.4 Episódio de mania

Constata-se uma exaltação vital bastante característica. A pessoa fala sem parar, mal escutando o que lhe dizem, muda rapidamente de um assunto para o outro. A pessoa encontra extremo prazer em cada atividade sendo caracterizada por aspectos de grandiosidade e expansividade, com diminuição da necessidade de sono, que podem culminar em exaustão. Age como se fosse todo-poderoso – por exemplo, adquirindo bens muito acima de suas posses. Toda sua vida psíquica encontra-se acelerada, o que se revela nos gestos, na mímica, na fala. A sexualidade e o apetite costumam achar-se tão exacerbados quanto

estão inibidos na melancolia.

Assim como a depressão, a mania pode ou não ser acompanhada de delírios, e, mais raramente, de alucinações. Os delírios, quando presentes, estão em sintonia com a elevação do humor, com temas de grandeza e poder.

De modo geral dura uma semana, se tratado. Nos casos graves podem necessitar de internação (envolver-se em situações auto ou hetero destrutivas). A irritabilidade também pode se fazer presente, em especial no período final. Quando não tratados podem durar até seis meses. (SELLARO, 2000).

ESTÁGIOS DA MANIA			
	ESTÁGIO I	ESTÁGIO II	ESTÁGIO III
HUMOR	Lábil, eufórico, irritável se contrariado.	Disforia e depressão, hostil e irado.	Claramente disfórico, em pânico, desesperado.
PENSAMENTO E COGNIÇÃO	Expansivo, grandioso; Hiperconfiante; Pensamento acelerado, corrente ou tangencial; Preocupações religiosas e sexuais.	Fuga de ideias, desorganização, ideias deliróides.	Inocente, associações frouxas, bizarro, idiossincrásico, alucinações, desorientação ideias de referência ideias deliróides.
COMPORTAMENTO	Aceleração psicomotora, maior iniciativa de discurso, gastos, tabagismo e telefonemas excessivos.	Hiperatividade, maior pressão do discurso, agressões físicas.	Atividade frenética e bizarra.
SINONÍMIA	Hipomania	Mania franca	Mania delirante (Psicose indiferenciada)

Hipomania

A hipomania caracteriza-se como um estado semelhante à mania, porém mais leve; em geral, é breve. Há mudança no humor habitual do paciente para euforia ou irritabilidade, reconhecida por outros, 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.

3.5 Transtorno Bipolar

O Transtorno bipolar é caracterizado pela oscilação extrema do humor entre uma fase maníaca caracterizada por sintomas de hiperatividade física e mental ou fase hipomaníaca constituída por sintomas como depressão, inibição, lentidão para conceber e realizar ideias, ansiedade ou tristeza.

Quando atendemos um paciente em mania ou depressão, é importante pesquisar se já apresentou antes o quadro oposto.

Na maioria dos casos, o transtorno bipolar é

um transtorno recorrente e comumente ocorre a cada 2 anos, quando há a suspensão da medicação. (HOCKENBURY, 2003)

Somente de 10% a 13% dos casos de transtorno bipolar I progridem para o tipo II. O suicídio é uma consequência comum no transtorno bipolar e quase sempre na fase depressiva. As estimativas de tentativas de suicídio são de 17% para o tipo I e 24% para o tipo II. (Barlow, 2008).

Os critérios para o **Transtorno Bipolar tipo I** apresentam os mesmos citados no episódio de mania. Mas a diferença está no fato que os indivíduos com transtorno bipolar I vivem episódios de mania completo. A idade média para o surgimento deste tipo de transtorno é a idade média de 18 anos.

No **Transtorno Bipolar tipo II** os episódios

depressivos se alternam com episódios hipomaníacos, em vez de episódios maníacos completos, sendo que normalmente começam por volta dos 22 anos.

Transtorno Ciclotímico

Caracteriza-se por ser uma versão mais leve do transtorno bipolar. É uma alteração crônica da elevação de humor e da depressão que não atinge a gravidade dos episódios maníacos ou depressivos maiores. Eles alternam entre um sintoma depressivo leve e episódio hipomaníaco. Em grande parte do tempo são consideradas mal-humoradas. Apesar de ser crônico e mais leve deve ser tratado a fim de evitar a evolução para um transtorno bipolar I ou II. (BARLOW, 2009)

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, N. et al. Desigualdade social e transtornos depressivos em Bahia, Brasil: interações de gênero, etnia e classe social. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 59, n. 7, p. 1339-1353, out. 2004.
- BAHLS, S-C.; BOTEGA, N. J. Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- BARLOW, David H. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. São Paulo: Cengage learning, 2009.
- BÓS, A. M. G.; BÓS, A. J. G. Fatores determinantes e consequências econômicas da depressão entre os idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**; Passo Fundo, v. 2, n. 2, p. 36-46, jul./dez. 2005.
- CALDERARO, R. S. S.; CARVALHO, C. V. Depressão na infância: um estudo exploratório. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.10, n. 2, p. 181-189, maio./jun. 2005.
- CHIAVERINI, Dulce Helena et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
- HARRINGTON, R. Transtornos depressivos em crianças e adolescentes: uma revisão. In: MAJ, M.; SARTORIUS, N. **Transtornos depressivos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. cap. 4. p. 192-214.
- HOCKENBURY, Sandra E.; HOCKENBURY, Don H. Distúrbios psicológicos. In: ____; _____. **Descobrimo a Psicologia**. São Paulo: Editora Manole, 2003.
- HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- KOHN, R.; MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F. O ônus e a carência do atendimento da saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- MÁXIMO, Geovane da Conceição. **Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil**. 2010. 181f. Tese (Doutorado em Demografia) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/AMSA-8BCKKK/geovane_maximo_versao_out_2010.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 fev. 2015.
- MORENO, D. H.; DIAS, R. S.; MORENO, R. A. Transtornos do humor. In: LOUZÃ NETO, M.R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- NARDI, A. E. **Questões atuais sobre depressão**. 3. ed. rev. ampl. São Paulo: Lemos, 2006.
- ROSENBAUM, J. F.; HYLAN, T. R. O custo dos transtornos depressivos: uma revisão. In: MAJ, M.; SARTORIUS, N. **Transtornos depressivos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. cap. 6. p. 322-360.
- SOLOMON, A. **O demônio do meio-dia**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.
- VIEIRA, K. F. L. **Depressão e suicídio: uma abordagem psicossomática no contexto acadêmico**. 2008. 159 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Centro de Ciências Humanas, Artes e Letras, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.
- TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.