

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ELIZE PIOVEZAN

**TRANSTORNO BIPOLAR E SEU COMPLEXO MECANISMO DE
TRANSMISSÃO**

PARANAVAI

2014

ELIZE PIOVEZAN

**TRANSTORNO BIPOLAR E SEU COMPLEXO MECANISMO DE
TRANSMISSÃO**

Monografia apresentada como requisito parcial à conclusão do Curso de Especialização em Genética para Professores do Ensino Médio, na modalidade de Ensino a Distância, da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Profa. Dra. Vanessa Kava-Cordeiro

PARANAVAI

2014

RESUMO

O Transtorno Bipolar (TB), caracteriza-se pela alternância de episódios depressivos e eufóricos (também denominados de maníacos), além do humor, afeta várias outras áreas como o sono, apetite, atividade motora, atenção e concentração. Entre as causas da doença estão os fatores genéticos e biológicos, mas o tipo de personalidade e os estresses que a pessoa enfrenta desempenham também um papel relevante no desencadeamento das crises. Por se desenvolver a partir de interações de certos genes com certos fatores ambientais e pessoais torna-se importante compreender o complexo mecanismo de transmissão do TB a fim de proporcionar melhor qualidade de vida ao bipolar. Através de uma pesquisa bibliográfica denominada de “Estado da Arte”, foram consultados livros, sites e artigos sobre o tema proposto com o objetivo de definir o Transtorno Bipolar, suas causas, sintomas, variações, tratamento e o apoio ao bipolar. A maior dificuldade encontrada foi a semelhança entre os artigos e o fato das publicações mais recentes serem escritas em inglês. Com o desenvolvimento do trabalho foi possível concluir que apesar de todo o impacto, social e financeiro, causado pelo transtorno bipolar pouco se comenta sobre suas causas, seus sintomas e seu tratamento.

Palavras chaves: Transtorno Bipolar, fatores genéticos, fatores ambientais.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Localização do cromossomo dos cinco genes mais comumente associados com TB e seus polimorfismos.....	21
Figura 2: Variações do humor no transtorno bipolar tipo I.....	30
Figura 3: Variações do humor no transtorno bipolar tipo II.....	32
Figura 4: Variações do humor no transtorno bipolar tipo III.....	33
Figura 5: Variações do humor no transtorno bipolar tipo IV.....	34
Figura 6: Variações do humor na ciclotimia.	35
Figura 7: Variações do humor na depressão unipolar.....	36
Quadro 1: Desencadeadores comuns dos sintomas bipolares.....	24
Quadro 2: Sinais de alerta comuns para mania e hipomania.....	28
Quadro 3: Sinais de alerta comuns para a depressão.....	29
Quadro 4: Fatos importantes relativos à medicação para o Transtorno Bipolar.....	37
Quadro 5: Exemplos de diferentes tipos de apoio.....	41
Quadro 6: Apoio a pessoa maníaca ou hipomaníaca.....	41
Quadro 7: Apoio a pessoa depressiva.....	42
Tabela 1: Graduação dos níveis de humor e suas repercussões em alguns tipos de comportamentos.....	12
Tabela 2: Polimorfismos genéticos associados com TB, publicados entre 2005 e 2011	18
Tabela 3: Genes candidatos ao TB mais citados na literatura entre 2005 e 2011.....	19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrata – Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos.

ABTB – Associação Brasileira de Transtorno Bipolar.

ADEB – Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares.

TAB - Transtorno Afetivo Bipolar

TB – Transtorno Bipolar.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
1.2 METODOLOGIA.....	8
2. REVISÃO BIBLIOGRAFICA.....	10
2.1. HUMOR E TRANSTORNO DE HUMOR	10
2.2. TRANSTORNO BIPOLAR.....	15
2.2.1. EPISÓDIOS BIPOLARES.....	26
2.2.1.1. Episódio bipolar maníaco.....	26
2.2.1.2. Episódio hipomaníaco.....	27
2.2.1.3. Episódio depressivo.....	27
2.2.1.4. Episódio misto.....	27
2.2.2. TIPOS DE TRANSTORNO BIPOLAR.....	30
2.2.2.1. Transtorno bipolar tipo I.....	30
2.2.2.2. Transtorno bipolar tipo II.....	31
2.2.2.3. Transtorno bipolar tipo III.....	33
2.2.2.4. Transtorno bipolar tipo IV.....	34
2.2.2.5. Ciclotimia.....	35
2.2.2.6. Depressão unipolar.....	36
2.2.3. TRATAMENTO.....	37
2.2.4. APOIO AO BIPOLAR.....	40
3. CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS.....	46

1. INTRODUÇÃO

A bipolaridade refere-se a um transtorno onde o humor comporta-se de forma inadequada em relação a acontecimentos do cotidiano. Apesar de não ser recente e nem discreto, pois alterna episódios caracterizados por euforia, agitação, agressividade, impulsividade, aumento de riscos e gastos (mania ou hipomania), com episódios marcados por apatia, desânimo, tristeza, ansiedade (depressão), pouco se comenta sobre as causas, os sintomas e o tratamento do Transtorno Bipolar (TB) (LARA, 2004).

O TB está relacionado com o surgimento de diversas alterações bioquímicas e moleculares em sistemas de neurotransmissão e vias de segundos-mensageiros geradores de sinais intracelulares. Essas modificações em neurônios e glia parecem estar associadas com o surgimento de sintomas maníacos e depressivos. Nos últimos anos, avanços nas técnicas de neuroimagem, genéticos e de biologia moleculares têm gerado novos conhecimentos acerca das bases biológicas da bipolaridade (MACHADO-VIEIRA, *et al*, 2005).

Em virtude do grande número de bipolares, compreender a etiologia e fisiopatologia do TB, em todas as suas formas de apresentação, torna-se extremamente importante para definir condutas de tratamento e prevenção. Para tanto, estratégias de investigação nos campos genético, epidemiológico e psicossocial permitem obter essa compreensão (MICHELON, VALLADA, 2005).

Para tanto o presente trabalho tem por objetivo informar sobre as causas, sintomas e tratamento do Transtorno Bipolar, apontando os fatores causadores do transtorno e a destacando importância dos avanços genéticos na melhora no tratamento e condição de vida dos bipolares.

1.2. METODOLOGIA

O presente trabalho desenvolveu-se através de uma pesquisa bibliográfica. Estas pesquisas denominam-se “Estado da Arte”. Os artigos de revisão são definidos como de caráter bibliográfico e segundo Ferreira (2002):

... elas parecem trazer em comum o desafio de mapear e de discutir uma certa produção acadêmica em diferentes campos do conhecimento, tentando responder que aspectos e dimensões vêm sendo destacados e privilegiados em diferentes épocas e lugares, de que formas e em que condições têm sido produzidas certas dissertações de mestrado, teses de doutorado, publicações em periódicos e comunicações em anais de congressos e de seminários. Também são reconhecidas por realizarem uma metodologia de caráter inventariante e descritivo da produção acadêmica e científica sobre o tema que busca investigar, à luz de categorias e facetas que se caracterizam enquanto tais em cada trabalho e no conjunto deles, sob os quais o fenômeno passa a ser analisado.

Para a realização da pesquisa, foram consultados os livros TEMPERAMENTO FORTE E BIPOLARIDADE: dominando os altos e baixos do humor de Diogo Lara e Guia para cuidadores de pessoas com transtorno bipolar de Lesley Berk, os sites Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (Abrata), Associação Brasileira de Transtorno Bipolar (ABTB), Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares – ADEB, Bipolaridade e Dr. Drauzio Varella e os artigos Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar de Leandro Michelon, Homero Vallada, As bases neurobiológicas do transtorno bipolar de Rodrigo Machado-Vieira, Rodrigo A. Bressan, Benício Frey, Jair C. Soares, Genes relacionados ao metabolismo dos fosfolípidos como fatores de risco para o transtorno afetivo bipolar de Ivanor V Meira-Lima e Homero Vallada, Genética do transtorno bipolar de Leandro Michelon e Homero Vallada e Associação entre polimorfismos genéticos e transtorno bipolar de Verônica de Medeiros Alves, Aline Cristine Pereira e Silva, Valfrido Leão de Melo Neto, Tiago Gomes de Andrade, Antonio Egidio Nardi.

A primeira etapa do trabalho consiste em entender o humor, definindo os componentes que o forma, como os tipos de temperamentos, o caráter e a personalidade, a fim de compreender o que são os transtornos de humor. O foco principal foi definir o Transtorno Bipolar, suas causas (fatores genéticos e

ambientais), identificando também seus sintomas, suas variações, seu tratamento e o apoio ao bipolar. A maior dificuldade foi encontrar fonte de referência sobre o humor e os transtornos de humor, já em relação ao Transtorno Bipolar, as bibliografias em português são semelhantes e as pesquisas recentes sobre o assunto são publicadas em inglês.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. HUMOR E TRANSTORNO DE HUMOR

O humor, segundo o site Bipolaridade, é a energia básica da mente e por ser maleável, modifica-se de acordo com os acontecimentos vivenciados servindo de termômetro do ambiente. Assim, o estado de humor influencia dramaticamente o modo como as situações são encaradas, determinando o quanto devemos arriscar e investir. Portanto, o estado de humor define em grande parte o comportamento humano.

Para compreender melhor o que é o humor é necessário primeiramente definir alguns dos componentes que o forma como o temperamento, o caráter e a personalidade.

O temperamento conhecido como “gênio”, é o tempero de cada pessoa e está ligado às sensações e motivações básicas e espontâneas da emoção. Cada ser humano nasce com seu temperamento pré-determinado geneticamente, que será observado logo nos primeiros anos de vida, sendo regulado biologicamente. Enquanto o temperamento relaciona-se com o plano emocional, o caráter decorre das experiências vivenciadas e dos padrões observados que formam nossas memórias, não significando, nesse contexto, somente boa índole ou valores morais sólidos (LARA, 2004).

“O temperamento define o que mais naturalmente se salienta no mundo para cada um e influencia os tipos de experiências em que nos envolvemos e como reagimos instintivamente a elas. A interpretação destas experiências gera um significado que por sua vez lapida a expressão do temperamento, que é o caráter. Assim, é claro que o temperamento e o caráter se influenciam e interagem e nem sempre é fácil diferenciar o que provém do caráter e o que provém do temperamento. A combinação deste temperamento com o caráter que se forma pela experiência é o que definimos como personalidade” (LARA, 2004, p.14).

O modo como as situações do cotidiano são encaradas é influenciado pelo humor. O humor varia de acordo com os acontecimentos, bons ou ruins, voltando ao normal em algumas horas ou em poucos dias. Assim, o humor sadio é previsível quanto ao tipo de variação e o tempo que leva para voltar ao estado normal. Quando

o humor reage de modo incompatível ou exagerado à situação, seja de forma eufórica, depressiva ou agitada, podemos entender essa desregulação como um transtorno de humor (Site Bipolaridade. Disponível em <www.bipolaridade.com.br>).

“É importante frisar que nosso tipo de temperamento é o alicerce do nosso humor e, por consequência, os possíveis transtornos de humor que sofreremos também são compatíveis com nosso temperamento” (LARA, 2004, p.14).

Akiskal, segundo Lara (2004, p. 18 e 19), classifica que os temperamentos também podem ser entendidos como padrões predominantes de humor, sendo classificados em:

- **Hipertímicos:** manifestam o dinamismo e a busca por estímulos e sensações prazerosas, tendem a ser exploradores, impulsivos, otimistas, inquisidores, entusiasmados, extravagantes, curiosos, desorganizados, têm reações afetivas rápidas e intensas e podem ficar entediados facilmente. Têm como vantagens o potencial para a criação, a inovação, a liderança, o carisma, as descobertas e o progresso. Adaptam-se pouco a sistemas regrados, rotineiros e previsíveis, podendo ficar inquietos, irritados ou por vezes desanimados.
- **Depressivos:** são preocupados, pessimistas, passivos, cautelosos, quietos, tímidos e indecisos. A vantagem está principalmente na capacidade de manter a cautela e traçar um planejamento cuidadoso para momentos em que há de fato alguma ameaça ou perigo. Em excesso, gera ansiedade e inibição desproporcionais ao risco real. Em geral, são pessoas reservadas, reflexivas, resignadas, que toleram bem situações monótonas, preservam e gostam da ordem.
- **Ciclotímicos:** a característica principal é a *alternância* entre períodos de autoconfiança alta e baixa, estados apáticos e energéticos, pensamentos confusos e rápidos/aguçados, humor tristonho e brincalhão/irônico, momentos introvertidos/calados e expansivos/falantes, sonolência e pouca necessidade de sono.
- **Irritáveis:** apesar de menos definido e comum, este grupo inclui pessoas que manifestam a irritabilidade como uma característica marcante e constante. Podem ser ameaçadores, desconfiados, combativos e destrutivos.

Além do estado normal de humor chamada de eutimia, momentos deprimidos e de alegria são naturais e comuns de acordo com as ocasiões vivenciadas.

“O que define se o humor está sadio é o quanto ele está adequado à situação real. Tristezas, alegrias, ansiedades ou irritações sem motivo aparente pode configurar um transtorno de humor. Existem situações em que a euforia pode chegar a extremos tão inadequados e prejudiciais quanto a melancolia grave. Entre o humor eutímico (normal) e o extremo da euforia, há graduações, como a hipertimia, que não chega a atrapalhar, e a hipomania (pequena mania), que pode atrapalhar razoavelmente, até a mania, que certamente carrega consequências e prejuízos maiores em diversos níveis” (LARA, 2004, p.21).

Neste contexto “mania” caracteriza o estado de humor eufórico, acelerado ou irritado.

Na tabela 1 estão apresentados níveis de humor e suas repercussões em alguns tipos de comportamentos.

Tabela 1 - Graduação dos níveis de humor e suas repercussões em alguns tipos de comportamentos.

	Eutimia	Hipertimia	Hipomania	Mania
Humor transmitido (afeto)	Normal	Magnético e com brilho, um tanto expansivo, confiante, enfático, com bom pique	Exibicionista, exagerado, dramático, evidentemente expansivo, arrogante, com muita energia e pouco sono	Escandaloso, bem arrogante, centro das atenções, agressivo, elétrico, dormi muito pouco
Gastos	Moderados	Um pouco menos controlados, sem consequências maiores	Age com desproporção, impulsivo, embora contornável, dívidas acumulam-se lentamente	Fora de controle, dívidas grandes em curto espaço de tempo, vendas e doações descabidas

Riscos	Evita os desnecessários	Experimenta alguns riscos desnecessários, mas sem consequências	Arrisca-se desnecessariamente, mas as consequências são, em geral, passageiras ou contornáveis	Busca ativamente e enfrenta novos e grandes riscos, que podem ter consequências sérias
Contato e convívio social	Escolhe a maneira mais adequada de cumprimentar e se relacionar, convive harmonicamente	Mais efusivo, toma a iniciativa de cumprimentos um pouco mais íntimos, espera para ser apresentado, cativante, fala mais ao telefone	Distribui abraços e beijos exagerados, apresenta-se espontaneamente, causa alguma surpresa ou rechaço, briga por motivos pequenos	Indiscreto, cumprimenta de modo invasivo e espalhafatoso, provoca ou envolve-se em desentendimentos e brigas
Comunicação verbal	Fala e ouve, ritmo e volume normal	Influencia bastante a conversa, mas interage, tem opiniões firmes, discute civilizadamente, aumenta um pouco o volume e o ritmo da fala	Domina a conversa, não aceita posições contrárias, interage pouco, fala rápido, bastante e com volume mais alto, usa palavrões facilmente, pode ser intimidador	Faz discurso, grita, fala muito rápido, mistura assuntos, ameaça ou ofende quem discorda ou interrompe, profere palavrões em excesso, age como dono da verdade, cria palavras, pode falar em rimas
Pensamento	Fluxo e conteúdo normal	Vivaz, criativo, espirituoso, irônico, otimista, com vários planos	Acelerado, contestador, algo grandioso e polêmico, às vezes se perde, com mil planos	Muito acelerado, muito grandioso e polêmico, fora da realidade, dispersivo, ideias se perdem facilmente
Relações afetivas	Estáveis	Estáveis, bom apetite sexual,	Vários relacionamentos	Relacionamentos curtos, turbulentos,

		mas sem indiscrições, “puladas de cerca” eventuais	“tapas e beijos”, casos extraconjugais, grande apetite sexual, variações	indiscrições sexuais, orgias, grandes noitadas
Visual	Não chama a atenção	Chama a atenção positivamente, vaidoso, vistoso, usa roupas coloridas	Chama a atenção em alguns aspectos, usa roupas ousadas ou diferentes, cores vibrantes, exuberante, visual alternativo	Chama a atenção em um ou mais aspectos, pode chegar a exageros, gosto escandaloso, radical
Estilo de dirigir	Cauteloso e regrado	Um pouco mais rápido, costura um pouco, buzina, obedece os sinais	Queima alguns sinais, não tolera ser ultrapassado, anda rápido, arranca sempre na frente, buzina bastante	Trafega em alta velocidade, não respeita sinais, canta pneu, faz roleta-russa nos cruzamentos

Fonte: TEMPERAMENTO FORTE E BIPOLARIDADE Dominando os altos e baixos do humor, 2004, p. 22 e 23.

O quanto cada área pode se alterar depende de cada caso e cada momento. Da mesma forma, dependendo dos modelos e valores morais, o caráter pode inibir a expressão em algumas áreas, como o visual a as relações afetivas. No entanto, quando o temperamento é muito forte ou o humor está elevado, *o impulso corrompe o caráter*. Se o caráter é bom, depois dos atos impulsivos costuma vir à culpa (LARA, 2004).

Sendo assim o transtorno de humor é uma doença onde o humor reage de forma incompatível ou exagerada a situação.

Segundo a Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (Abrata), os transtornos do humor podem ter frequência, gravidade e duração variáveis. Podendo se manifestar em depressão, distímia e bipolaridade.

Dessa forma, entender os diferentes tipos de temperamentos é importante para entender os diferentes tipos de transtorno de humor, por exemplo, pessoas que apresentam temperamento hipertímico, quando desenvolve um transtorno de humor, “tende a ter mais episódios maníacos ou hipomaníacos, com humor eufórico ou irritável, mas pode ter episódios depressivos e mistos também” (Lara, 2004, p. 54). Já o transtorno de humor resultante do temperamento depressivo, “é logicamente a depressão unipolar, ou seja, não manifesta períodos de mania ou hipomania e o tratamento com antidepressivos é adequado” (Lara, 2004, p. 54). A tendência do transtorno de humor em pessoas que apresentam temperamento ciclotímico, “é se expressar na direção da mania ou da depressão, dependendo do caso e do momento. Com o tempo, tende a gerar estados mistos, de humor instável, ansioso e turbulento” (Lara, 2004, p. 54). Quando se desenvolve um transtorno de humor em uma pessoa com temperamento irritável, “a irritabilidade chega a extremos de agressividade, com grande mal-estar e desconfiança, até o extremo da paranoia. O pavio que já era curto, quase desaparece” (Lara, 2004, p. 54).

2.2 TRANSTORNO BIPOLAR

De acordo com a Associação Brasileira de Transtorno Bipolar (ABTB), “O Transtorno Bipolar (TB) é caracterizado por alterações de humor que se manifestam como episódios depressivos alternando-se com episódios de euforia (também denominados de mania), em diversos graus de intensidade”. Além do humor, várias outras áreas são afetadas, “[...] como o sono, apetite, atividade motora, atenção e concentração, mas a essência está no estado geral do humor, ou seja, no modo como a pessoa se sente” (LARA, 2004, p. 26).

Entre as causas da doença estão os fatores genéticos e biológicos, mas o tipo de personalidade e os estresses que a pessoa enfrenta desempenham também um papel relevante no desencadeamento das crises (ASSOCIAÇÃO DE APOIO AOS DOENTES DEPRESSIVOS E BIPOLARES – ADEB).

Diferentes mecanismos genéticos podem estar envolvidos nas causas do TB, tais como a heterogeneidade de alelos e de genes (*loci*), epistasia, mutação dinâmica levando ao fenômeno de antecipação, “*imprinting*” e mutação de genes mitocondriais (MICHELON, VALLADA, 2004).

A partir de observações de co-segregação de alterações cromossômica foram identificadas algumas regiões genômicas potencialmente associadas ao TB. Relatos de anormalidades cromossômicas presentes em famílias de afetados sugerem alguns sítios potencialmente associados ao TB: 1q42.1, 8p21, 9p24, 11q14.3, 11q21-25, 11q23.1, 15q11-13, 15q22-24, 18q23, 18p11.3, 18q21.1, cromossomo 21 e Xq28 (MICHELON, VALLADA, 2005).

Segundo McGuffin & Katz (1959, apud Meira-Lima e Vallada, 2003, p. 51): "Uma revisão de 12 estudos familiares encontrou um risco médio sete vezes maior para TAB entre os parentes de primeiro grau de probandos bipolares, comparado ao risco observado na população geral." De acordo com Mendlewicz e Rainer (1977, apud Meira-Lima e Vallada, 2003, p. 51,52): "Estudos realizados com adotados portadores de TAB demonstram uma prevalência pelo menos duas vezes maior de TAB nos pais biológicos se comparada a dos pais adotivos." Por fim, estudos comparando a co-ocorrência do TAB entre gêmeos monozigóticos (MZ) e dizigóticos (DZ) evidenciam uma concordância, em média, três vezes maior entre os gêmeos geneticamente idênticos (MZ) do que entre os DZ, que compartilham apenas parte de sua herança genética. (Bertelsen et al. 1977 apud Meira-Lima e Vallada, 2003, p. 52).

"Ao considerar os aspectos genéticos envolvidos, uma explicação para a discordância entre gêmeos monozigóticos, que compartilham a quase totalidade do genoma, caberia aos fatores ambientais. Para avaliar melhor o impacto desses fatores como desencadeantes do TB, estudos envolvendo gêmeos criados por famílias diferentes, portanto sob influências distintas, reforçam a grande contribuição genética para essa doença.

Entretanto, a distribuição familiar dos casos não segue leis mendelianas de herança genética. A avaliação conjunta dos dados fornecidos pelos estudos epidemiológicos com gêmeos e baseados em grandes famílias com múltiplos afetados sugere um modo complexo de transmissão genética para os transtornos mentais de modo geral." (MICHELON, VALLADA, 2005)

Os estudos com gêmeos permitem estimar um elevado coeficiente de herdabilidade (h^2) no TAB, ou seja, a magnitude do efeito genético na determinação do fenótipo bipolar estaria em torno de 75% a 86% (McGuffin & Katz, 1959, Craddock e Jones 1999, apud Meira-Lima e Vallada, 2003, p. 51). "Se o transtorno bipolar fosse 100% genético, era de se esperar que se um gêmeo sofresse dessa

doença, o outro também a desenvolveria. Embora exista um risco aumentado de o outro gêmeo desenvolver a doença, isso nem sempre se verifica” (BERK, 2011, p. 9). "Portanto, os dados oriundos de estudos com famílias, gêmeos e adotados fornecem consistente evidência de que o componente genético tem um papel preponderante no risco para o TAB." (MEIRA-LIMA, VALLADA, 2003)

Os Transtornos Bipolares relacionam-se diretamente com disfunções em diferentes mecanismos adaptativos a estresse em células neurais, gerando perda na capacidade celular de induzir neuroplasticidade e neurotrofismo. Os sintomas maníacos e depressivos parecem associar-se com modificações em neurônios e glia, dessa forma o TB relaciona-se com o surgimento de diversas alterações bioquímicas e moleculares em sistemas de neurotransmissão e vias de segundos-mensageiros geradores de sinais intracelulares (MACHADO-VIEIRA, *et al*, 2005).

“Entre as regiões até o momento identificadas, mostram-se promissoras as dos cromossomos 4, 12, 13, 18, 20, 21 e 22 (Mathews e Réus, 2003), os quais apresentam os maiores LOD scores. [...] Metanálise dos estudos de varredura do genoma não revelou nenhuma região significativamente ligada ao TB, embora as associações mais importantes tenham sido obtidas com as regiões 9p22.3-21.1, 10q11.21-22.1 e 14q24.1-32.12 (Segurado et al., 2003). Resultados mais recentes apontam para as regiões 6q22 e 11p11, com alta significância, e regiões dos cromossomos 2, 4, 16 e 20 com menor significância (Middleton et al., 2004)” (MICHELON, VALLADA, 2005).

A maioria dos estudos genéticos do TB tem se concentrado em genes candidatos relacionados com a síntese, transporte, receptores e catabolização dos neurotransmissores catecolaminérgicos e serotoninérgicos. Alguns desses potenciais candidatos relacionam-se certamente ao metabolismo dos fosfolípidos, pois representam mais da metade do peso seco do cérebro e constituem o principal componente das membranas neuronais, determinando suas propriedades físico-químicas, influenciando os receptores nela assentados e modulando os processos de transdução de sinais que, em última instância, fazem a ligação entre o receptor ocupado pelo neurotransmissor e a resposta neuronal (MEIRA-LIMA, VALLADA, 2003).

“Uma das estratégias para localizar um gene de grande efeito na susceptibilidade a um distúrbio baseia-se no conceito de ligação genética. Esse conceito refere-se ao fato de que dois loci gênicos situados muito

próximos num mesmo cromossomo tendem a ser herdados juntos (ligados). Desse modo, se um determinado marcador genético, cuja localização já é conhecida, for sempre herdado junto com a doença pelos membros afetados de uma mesma família, muito provavelmente o gene da doença terá sua localização nas vizinhanças desse marcador” (MICHELON, VALLADA, 2004).

Apesar de numerosos estudos, grande parte da variação genética que pode ser a base da patologia da doença ainda é desconhecida (Emily et al, 2009, apud Alves et al, 2012, p. 35).

"A identificação de polimorfismos genéticos pode fornecer provas para a causa do TB e também identificar os genes que são fortes candidatos para um estudo mais aprofundado" (ALVES ET AL., 2012).

Medeiros Alves em seu artigo Associação entre polimorfismos genéticos e transtorno bipolar selecionou 129 artigos publicados no banco de dados PubMed/Medline selecionados por meio das seguintes associações: “transtorno bipolar e SNP” e “transtorno bipolar e polimorfismo”, dos artigos selecionados foram identificados 92 genes polimórficos.

Dos 92 genes analisados, 79 (85,87%) mostraram associação com o TB (Tabela 2).

Tabela 2 - Polimorfismos genéticos associados com TB, publicados entre 2005 e 2011.

GENES	GENES	GENES	GENES	GENES	GENES
ANK3*	G72/G30 DAOA*,a	GABRB2*	ADCY8*	hNP*	NCAM1*,a
Bcl-2*	NR1D1*	EGR3*	ST3GAL1*	QDPR ^a	PREP ^a
CACNA1C*	GPR50*,a	GRIA2*	PDLIM5*,a	CLOCK*	CHRNA2 ^a
P2RX7*,a	GRM3*	GRIA1*,a	DGKH*	BHLHB2*	CHRNA5 ^a
GSK3β*	LACE1*	AKT1*	PPARD*	CSNK1E*	CHRNA1 ^a
AANAT*	CHRNA7*,a	SP4*	PALB2*	BDNF*,a	CHRNA4 ^a
DOK5*	ITIH1*	PI4K2B ^a	COMT*	SIAT4A*	TBX1 ^a
CRY2*	RORB*,a	DFNB31*	TPH2*,a	TACR1*	IMPA2*
NR4A3*,a	PPARGC1B*	SORCS2*	PCDH ^a *	DISC1*	SST*
GRIN2B*,a	TEF*	SCL39A3*,a	PCNT*	TSNAX*	ARNTL*

HSP-70*	DHHC ^a	IGF1*	ATP1A3*	ATP1A1*	NOS1*
OTX2 ^{*,a}	SLC6A3*	NAPG*	HTR2A*	ATP1A2*	KIAA0564*
SCN8A*	YWHAH*	ERG3 ^a	DTNBP1 ^{*,a}	PACAP/ADCYAP1*	NRG1*
5-HT1A ^{*,a}	TSPAN8*	NPAS2 ^{*,a}	TRPM2*	VAPA ^{*,a}	CHMP1.5 ^a
5-HT6 ^a	DARPP-32 ^a	NDUFV2*	RGS4*	MPPE1 ^{*,a}	BRCA2*
VMAT1 (Thr136Ser)*	Per3*	MAOA ^a			

* Genes associados com TB; ^a Genes não associados com TB.

Fonte: Alves VM, et al. / Rev Psiquiatr. 2012, p. 35.

Dentre as 196 funções desses 92 genes polimórficos, de acordo com a ontologia genética, os mais comuns foram os seguintes: a ligação às proteínas, aparecendo em 32,61% (30) dos genes, ligação ao íon metal (19,56% – 18), ligação ao ATP (18,48% – 17), atividade de receptor (17,39% – 16) e ligação de nucleotídeos (16,3% – 15) (Tabela 2).

Dentre os cinco polimorfismos genéticos mais citados na literatura, foi possível identificar três genes: ANK3, CACNA1C e DISC1, com funções de ligação às proteínas. TPH2 tem atividade de ligação a íons metálicos. O gene DAOA não foi associado com qualquer função no banco de dados da ontologia gênica do Pub-Med. Nenhum desses genes tem uma ontologia gênica em comum. CACNA1C e DISC1 foram encontrados como componentes do citoplasma, e os genes ANK3 e DISC1 codificam componentes do citoesqueleto (ALVES ET AL, 2012).

Tabela 3 - Genes candidatos ao TB mais citados na literatura entre 2005 e 2011

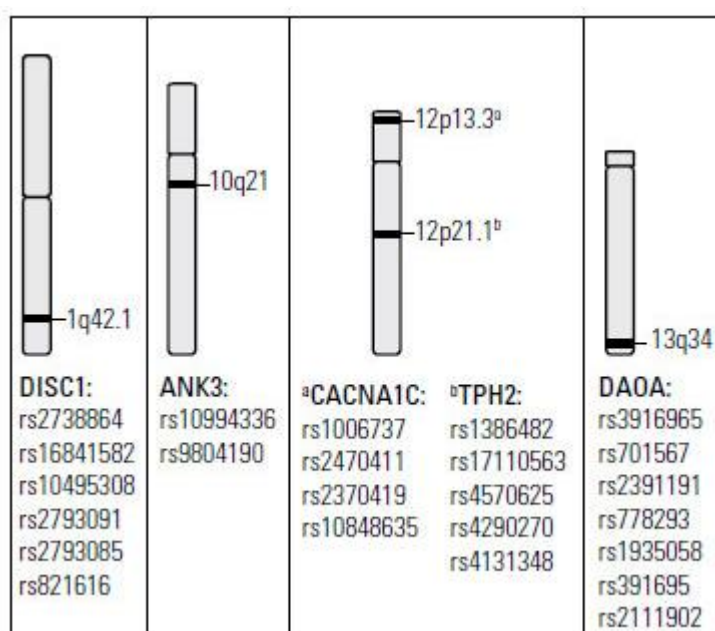
Genes	Designação	Função	Caso/controle	Autores	Polimorfismo
CACNA1C	Subunidade a-1C do canal de cálcio tipo-L voltagem-dependente	Ligação à calmodulina, ligação à proteína, cálcio voltagem-dependente, atividade do canal voltagem-dependente da atividade de canais iônicos	90 cDNA	Quinn et al., 2010	rs1006737
			585	Franke et al., 2010	rs1006737
			1.868/2.938	Green et al., 2010	rs1006737
			282/440	Bigos et al., 2010	rs1006737
			110	Erk et al., 2010	rs1006737
			2.021/1.840	Dao et al., 2010	rs2370419 rs2470411
			1.213	Cassamassina et al., 2010	rs10848635 rs1006737
			1.098/1.267	Ferreira et al., 2009	rs1006737

			77	Kempton et al., 2009	rs1006737
DAOA	D-aminoácido oxidase	Não descrito	191/188	Dalvie et al., 2010	rs701567
			198/180	Grigoriu-Serbanescu et al., 2010	rs3916965 rs1935057 rs3916967 rs2391191
			248/188	Gawlik et al., 2010	rs2391191 rs1935062 rs3916966
			475/588	Zhang et al., 2009	rs778293
			555/564	Maheshwari et al., 2009	rs1935058
			706/1416	Soronen et al., 2008	rs2391191 rs3916966
			723	Williams et al., 2006	rs391695 rs1341402 rs1935058 rs2391191 rs778294 rs954581 rs1421292
			213/197	Prata et al., 2008	rs2111902 rs3918346 rs746187 rs3916972
TPH2	Triptofano hidroxilase 2	Função de ligação ao íon ferro, ligação ao íon metal, atividade triptofano 5-mono-oxigenase	151	Roche e Mckeeon, 2009	rs1386482 rs1386486 rs4290270
			883/1.300	Cichon et al., 2008	rs17110563 rs11178997 rs11178998 rs7954758
			198/180	Grigoriu-Serbanescu et al., 2008	rs17110563
			105/106	Lin et al., 2007	rs4570625 rs11178997 rs11178998 rs11179003 rs171110747
			225/221	Harvey et al., 2007	rs4290270
			182/364	Bogaert et al., 2006	rs4131348
ANK3	Anquirina G	Ligação à proteína	47/67	Ruberto et al., 2011	rs10994336
			90 cDNA	Quinn et al., 2010	rs10994336
			1.098/1.267	Ferreira et al., 2009	rs10994336

			923/774	Schulze et al., 2009	rs10994336 rs9804190
DISC1	Transtorno da esquizofrenia 1	Ligação à proteína	506/507	Xiao et al., 2011	rs2738864 rs16841582
			379	Perlis et al., 2008	rs10495308 rs2793091 rs2793085
			723 membros de 179 famílias com TB	Palo et al., 2007	rs821616
			373/717	Hashimoto et al., 2006	rs821616

Fonte: Alves VM, et al. / Rev Psiq Clín. 2012, p. 36.

Figura 1 - Localização do cromossomo dos cinco genes mais comumente associados com TB e seus polimorfismos.



Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000100007

A diminuição na expressão CACNA1C pode proteger contra o desenvolvimento do transtorno do humor (Dao et al, 2010, apud Alves et al, 2012, p. 37). Dois polimorfismos no gene CACNA1C (rs10848635, rs1006737) tiveram um efeito protetor sobre episódios de TB. O polimorfismo rs1006737 também foi correlacionado com a gravidade reduzida de depressão e insônia. No entanto, ambos os alelos estavam associados com um risco aumentado de suicídio durante o

tratamento para depressão (Casamassima et al, 2010, apud Alves et al, 2012, p. 37). Essa é uma demonstração clara de que há uma sobreposição entre os genes na base biológica da suscetibilidade à doença mental em todo o espectro clínico (Green et al, 2010, apud Alves et al, 2012, p. 37). Variação genética em CACNA1C está associada com o volume do tronco encefálico que modula o controle central sobre o motor, afetivo, cognitivo e excitação, proporcionando um fator de risco psiquiátrico (Franke et al, 2010, apud Alves et al, 2012, p. 37, 38).

Vários artigos altamente citados sobre o gene DAOA confirmam a sua associação com TB. Um estudo inicial por Dalvie et al. mostra evidências preliminares de que alelos do gene ancestral DAOA (rs701567) têm um efeito protetor, diminuindo as chances de ter TB grave (psicose e hospitalizações repetidas) (Dalvie et al, 2010, apud Alves et al, 2012, p. 38). Haplótipos de DAOA/G30 estão associados com psicoses afetivas, mas não contribuem para a patogênese da desordem afetiva (Gawlik et al, 2010, apud Alves et al, 2012, p. 38). Diferentes polimorfismos que potencialmente indicam a associação do haplótipo DAOA/G30 foram encontrados e correlacionados com episódios psicóticos e alterações do humor com delírios em pacientes romenos com TB (Grigoriu-Serbanescu et al, 2010, apud Alves et al, 2012, p. 38). Evidência adicional apoia a participação de DAOA/G30 e DAO na etiologia do TB, mas nenhuma indicou qualquer interação entre esses genes (Prata et al, 2008 apud Alves et al, 2012, p. 38). Portanto, DAOA pode desempenhar um papel importante na predisposição dos indivíduos com um fenótipo misto de psicose e mania e levar a alterações nas características expressas dessa doença psicológica (Soronen et al, 2008, apud Alves et al, 2012, p. 38).

Uma análise dos artigos relacionados ao TPH2 mostra que esse gene pode influenciar o risco de TB (Lin Yi-Mei et al, 2007, apud Alves et al, 2012, p. 38). Um exame dos efeitos funcionais do TPH2 fornece evidência para a menor estabilidade térmica e solubilidade da enzima mutante, sugerindo que a produção reduzida de 5-HT no cérebro pode servir como um mecanismo fisiopatológico do TB (Roche et al, 2009, apud Alves et al, 2012, p. 38). O polimorfismo rs17110563, que fica na região de codificação da proteína TPH2, foi detectado em uma paciente romena, mas não em indivíduos controle, apoiando a hipótese de que ela representa um fator de risco para uma forma rara de TB. O locus de suscetibilidade para TB em TPH2 mostra uma associação estatisticamente significativa com TB em ambos locus específicos

do polimorfismo e no marcador do haplótipo do polimorfismo (Harvey et al, 2007, apud Alves et al, 2012, p. 38).

A proteína ANK3 é encontrada no segmento inicial do axônio e governa a localização dos canais de sódio voltagem-dependentes. Os níveis de expressão de mRNA, ANK3 e CACNA1C são afetados por variação genética local (Quinn et al, 2010, apud Alves et al, 2012, p. 38). O gene ANK3 tem um efeito seletivo sobre a sensibilidade aos sinais que afetam a atenção sustentada de um indivíduo e, portanto, pode, eventualmente, contribuir para o risco de TB (Ruberto et al, 2011, apud Alves et al, 2012, p. 38).

Regiões próximas ao polimorfismo rs9804190 e rs10994336 serão pontos de partida para futuros estudos que visam definir variantes funcionais que são responsáveis pela suscetibilidade a TB (Schulze et al, 2009, apud Alves et al, 2012, p. 38).

Polimorfismos em DISC1 contribuem para variações nos aspectos psicóticos do espectro do TB. DISC1 pode representar um novo alvo para os tratamentos de desenvolvimento e ferramentas de diagnóstico para TB (Perlis et al, 2008, apud Alves et al, 2012, p. 38). DISC1 está associado com baixa atividade biológica do ERK (regulação da quinase extracelular), volume reduzido de matéria cinzenta no cérebro e aumento do risco para depressão maior (Xiao et al, 2011, apud Alves et al, 2012, p. 38). Um haplótipo [rs2738864 (C)-rs16841582 (C)] foi associado com TB. Essa descoberta fornece dados sobre o papel da DISC1 em TB (Xiao et al, 2011 apud Alves et al, 2012, p. 38).

Trabalhos em epidemiologia genética molecular têm mostrado a influência de fatores hereditários em transtornos mentais e começaram a caracterizar suas interações genéticas com fatores ambientais (Cichon et al. 2008, apud Alves, 2012, p.34). A caracterização genética do TB permitirá a identificação dos pais que são especialmente predispostos a ter descendentes com TB, a detecção precoce de pessoas que são propensas a desenvolver TB, a identificação de pacientes bipolares que são suscetíveis de ser não responsivos à terapia de lítio e a identificação dos pacientes que são propensos a sofrer episódios graves. (ALVES, 2012)

Dessa forma, o transtorno bipolar desenvolve-se a partir de interações de certos genes com certos fatores ambientais e pessoais denominados “triggers” ou

desencadeadores (Quadro 1). No entanto, por vezes se iniciam episódios sem nenhum fator desencadeador (BERK, 2011).

Quadro 1 - Desencadeadores comuns dos sintomas bipolares.

Desencadeadores comuns incluem:

- Acontecimentos de vida positivos ou negativos de grande tensão: (por exemplo, o nascimento de um bebê, uma promoção, a perda do emprego, o fim de um relacionamento ou o mudar-se de casa).
- Ruptura de padrões do sono: (por exemplo, em razão de fadigas causadas por viagem ou de eventos sociais). Reduções no tempo de sono podem contribuir para desenvolver sintomas maníacos ou hipomaníacos, e aumentos no tempo de sono ou de descanso podem, por vezes, levar a sintomas depressivos.
- Ruptura da rotina: Um plano estruturado (por exemplo, horas certas para deitar-se e acordar, atividades regulares e contatos sociais) pode ajudar a manter tanto os padrões de sono quanto os níveis habituais de energia.
- Estimulação excessiva do exterior: (por exemplo, desorganização, trânsito, barulho, luz, multidões, prazos no trabalho ou atividades sociais).
- Estimulação excessiva pela própria pessoa: (por exemplo, estimulação de muitas atividades e excitação quando a pessoa tenta alcançar objetivos desafiantes ou tomar substâncias excitantes como a cafeína, no café ou na Coca-Cola, ou nicotina, em cigarros ou adesivos de nicotina).
- Abuso de álcool ou de drogas/substâncias entorpecentes.
- Interações pessoais conflituosas e estressantes.
- Doença que não é tratada ou gerida.

Fonte: Guia para cuidadores de pessoas com transtorno bipolar, 2011, p. 18.

No perfil bipolar estão incluídas desde pessoas com temperamentos hipertímicos ou ciclotímicos, sem transtorno de humor evidente, até bipolares do Tipo I. Entre esses extremos, estão os bipolares leves (tipo II, III e IV), todos fazendo parte de um mesmo perfil ou espectro, com características de temperamento semelhantes quando estão bem, denominados de espectro bipolar (LARA, 2004). Se considerarmos o “espectro bipolar”, a prevalência do transtorno pode chegar a até

8% da população, sendo 1% bipolares tipo I. Dessa forma estima-se que cerca de 1,8 a 15 milhões de brasileiros sejam portadores do Transtorno Bipolar, nas suas diferentes formas de apresentação (ABTB). Sendo o Transtorno Bipolar responsável por acarretar incapacitação e grande sofrimento ao bipolar e sua família, por esse motivo, é provável que seja o transtorno psiquiátrico de maior impacto social e econômico da humanidade.

“Dados da Organização Mundial de Saúde, ainda na década de 1990, evidenciaram que o TB foi a sexta maior causa de incapacitação no mundo. Estimativas indicam que um portador que desenvolve os sintomas da doença aos 20 anos de idade, por exemplo, pode perder 9 anos de vida e 14 anos de produtividade profissional, se não tratado adequadamente.

A mortalidade dos portadores de TB é elevada, e o suicídio é a causa mais freqüente de morte, principalmente entre os jovens. Estima-se que até 50% dos portadores tentem o suicídio ao menos uma vez em suas vidas e 15% efetivamente o cometem. Também doenças clínicas como obesidade, diabetes, e problemas cardiovasculares são mais freqüentes entre portadores de Transtorno Bipolar do que na população geral. A associação com a dependência de álcool e drogas não apenas é comum (41% de dependência de álcool e 12% de dependência de alguma droga ilícita), como agrava o curso e o prognóstico do TB, piora a adesão ao tratamento e aumenta em duas vezes o risco de suicídio” (ABTB).

Devido sua complexidade é comum erros no diagnóstico do Transtorno Bipolar, ocorrendo muitas vezes há de média 10 anos e 3 médicos para que haja o diagnóstico e tratamento corretos. Equívocos comuns no diagnóstico da bipolaridade são:

- Depressão unipolar (ao invés de depressão bipolar);
- Ansiedade (ao invés de humor misto ou turbulento);
- Déficit de atenção e hiperatividade (bipolares também são dispersivos e energéticos);
- Transtornos de personalidade (borderline, histriônica, narcista, paranoide e antissocial);
- Drogadição (pela busca de sensações);
- Transtorno obsessivo-compulsivo (por serem pessoas de extremos e muito auto-exigentes);

- Fobias (por serem pessoas de extremos e reagirem intensamente).

A confusão com a depressão unipolar deve-se ao fato de que muitos bipolares desenvolvem mais sintomas depressivos do que eufóricos. Na dúvida do diagnóstico deve-se primeiro tratar com estabilizadores de humor, que não pioram os outros transtornos, como depressão e déficit de atenção, do que fazer uso de antidepressivos e psicoestimulantes que podem agravar a bipolaridade (Site Bipolaridade. Disponível em <www.bipolaridade.com.br>).

2.2.1 EPISÓDIOS BIPOLARES

Pessoas com transtorno bipolar podem experimentar estados de mania, hipomania, estados mistos e até certo nível de depressão.

2.2.1.1 Episódio Bipolar Maníaco

Um episódio de mania ocorre quando a pessoa está em fase maníaca há pelo menos uma semana ou necessita de hospitalização (BERK, 2011). A mania envolve humor excessivamente feliz, exaltado ou irritado, tendo como sintomas:

- Confiança excessiva ou sentimento de importância aumentada (grandiosidade);
- Pouca necessidade de dormir, ou dormir muito menos que o habitual;
- Fala-se mais que o habitual, com mudanças frequentes de assunto;
- Distrai-se facilmente (perda de concentração);
- Desassossego e agitação;
- Fazem-se várias atividades estimulantes, mas com elevado risco de consequências negativas (como excesso de compras, de apostas ou desinibição sexual);
- Fuga de ideias;
- Alterações emocionais súbitas e imprevisíveis;
- Incapacidade em reconhecer a doença, tendência a recusar o tratamento e a culpar os outros pelo que corre mal;
- Abuso de álcool e de substâncias ilícitas;
- Perda da noção da realidade, ideias estranhas (delírios) e vozes;

- A pessoa torna-se exigente e zanga-se quando os outros não acatam os seus desejos e vontades;

2.2.1.2 Episódio Hipomaniaco

Um episódio de hipomania ocorre quando:

- A pessoa tem sintomas semelhantes aos de mania, mas estes são mais leves e não condicionam tanto suas atividades cotidianas;
- Não existem sintomas psicóticos e a pessoa não necessita ser hospitalizada;
- Os sintomas duram há pelo menos quatro dias;

2.2.1.3 Episódio Depressivo

Um episódio depressivo ocorre quando, há pelo menos duas semanas, a pessoa está com humor deprimido (tristeza e sensação de vazio) ou tem perda de interesse ou prazer na maior parte do tempo (BERK, 2011, p. 5). Os sintomas são:

- Falta de energia ou cansaço;
- Alterações perceptíveis de apetite e de peso;
- Problemas de sono (por exemplo, dormir demais ou não conseguir adormecer);
- Pensamentos recorrentes de suicídio ou morte.
- Sentimentos de inutilidade, desespero e culpa excessiva;
- Pensamento lento, esquecimentos, dificuldade de concentração e em tomar decisões;
- Perda de interesse pelo trabalho, pelos hobbies e pelas pessoas, incluindo os familiares e amigos;
- Diminuição do desejo sexual;
- Uso excessivo de bebidas alcoólicas ou de outras substâncias;

2.2.1.4 Episódio Misto

Um episódio misto ocorre quando a pessoa tem sintomas tanto de mania quanto de depressão, durante pelo menos uma semana. Por exemplo, podem-se vivenciar alterações de humor rápidas (feliz, triste e irritável), estar inquieto, irritado,

incapaz de dormir, além de ter sentimentos de culpa e vontade de suicidar-se (BERK, 2011).

Antes de desenvolver um episódio bipolar, o doente pode apresentar alguns sinais de alerta. Esses sinais são alterações no comportamento, como a forma de pensar e de sentir. Perceber esses sinais pode permitir a prevenção da ocorrência de um episódio.

Sinais de alerta que podem prevenir um episódio maníaco ou hipomaníacos, estão no quadro a seguir:

Quadro 2 - Sinais de alerta comuns para mania e hipomania.

Os sinais de alerta mais comuns para a mania são quando a pessoa:

- Tem diminuição do sono
- Está mais ativa ou tem mais objetivos (está cheia de energia)
- Está mais sociável
- Está mais irritável
- Fala mais do que o habitual
- Não consegue concentrar-se bem ou distrai-se facilmente
- Tem muita autoconfiança, é presunçosa ou demasiado otimista
- Tem humor elevado
- Tem fuga de ideias

Os sinais de alerta mais comuns de hipomania são quando a pessoa:

- Tem humor elevado
- Está agitada ou inquieta
- Fala muito rapidamente
- Pensa mais rapidamente que o usual
- Dorme menos que o habitual
- Está irritável e impaciente

Outros sinais de alerta para hipomania ou mania registrados são quando a pessoa:

- Tem muito mais ideias e planos
- Começa a participar de atividades de maior risco
- Tem um aumento no apetite sexual

- Bebe muito álcool
- Tem os sentidos mais apurados (por exemplo, tudo aparenta estar muito mais colorido, os cheiros estão mais intensos)

Sinais de alerta pessoais para hipomania e mania

Exemplos de outros sinais de alerta pessoais são quando a pessoa muda a cor de cabelo com maior frequência, usa mais maquiagem ou veste roupas mais sedutoras. Esses sinais são mais raros e podem ajudar se for possível perceber que a pessoa se comporta de forma diferente e notória, antes de ficar hipomaniaco ou maníaco.

É importante notar que a pessoa nem sempre tem consciência para perceber que essas alterações são sinais de alerta da doença. Alguns cuidadores e pessoas com transtorno bipolar trabalham em conjunto para reconhecerem esses sinais.

Fonte: Guia para cuidadores de pessoas com Transtorno Bipolar, 2011, p. 19 e 20.

Já os sinais de alerta para prevenir um episódio depressivo são:

Quadro 3 - Sinais de alerta comuns para a depressão.

Os sinais de alerta de depressão mais comuns são quando a pessoa:

- Tem menor interesse em fazer coisas que normalmente lhe dão prazer
- Tem menor interesse em estar junto de amigos chegados
- Está ansiosa ou muito preocupada
- Tem perturbações do sono
- Está chorosa e triste

Outros sinais de alerta da depressão são quando a pessoa:

- Está muito cansada
- Negligencia determinadas tarefas e faz menos coisas
- Tem dores físicas
- Está mais esquecida
- Retira-se ou esquiva-se de interações sociais

Mais sinais de alerta pessoais de depressão são quando a pessoa:

- Não quer fazer telefonemas
- Perde o seu sentido de gosto

Esses sinais são muito individuais e pessoais. Pode ser útil notar se a pessoa se comporta de forma diferente antes de ficar deprimida.

Por vezes, a pessoa pode ter mais dificuldades em certas áreas do funcionamento que precisam ser diferenciadas dos sinais ou sintomas de depressão. Essas dificuldades de funcionamento não descritas podem também dificultar a capacidade de a pessoa realizar certas tarefas ou afetar sua qualidade de vida.

Fonte: Guia para cuidadores de pessoas com Transtorno Bipolar, 2011, p. 20.

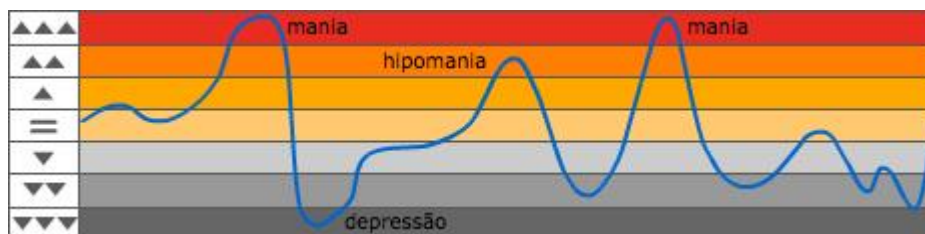
2.2.2 TIPOS DE TRANSTORNO BIPOLAR

A bipolaridade pode se manifestar em diversos graus e padrões, que são representados em uma classificação de I a IV, além da ciclotimia, quanto maior o número, mais leve é o transtorno.

2.2.2.1 Transtorno Bipolar Tipo I

Apresenta toda a intensidade de variação do humor, indo do pico mais alto da mania até graves depressões. Em geral, inicia-se entre 15 e 30 anos, mas há casos de início mais tardio. É comum apresentar sintomas psicóticos, como delírios ou alucinações (LARA, 2004).

Figura 2 - Variações do humor no transtorno bipolar tipo I.



Fonte: Site Bipolaridade (Disponível em <www.bipolaridade.com.br>).

Relato de Caso:

Leandro sempre foi ativo e social, mas com 22 anos começou a ter fases em que ficava mais hostil e arrogante. Chegou a ter alguns problemas em festas e

aumentou o consumo de álcool. Começou a ficar mais agitado durante uma semana, falando muito, com muitas ideias e poucas horas de sono por noite.

Na semana seguinte ficou claramente eufórico, acelerado, não parava de falar, trocava de assunto toda hora, tomava a liberdade de abraçar e beijar mesmo quem não conhecia, querendo lhes passar sua "energia contagiante", pois se sentia iluminado e poderoso (quadro de mania).

Sua namorada reclamou da busca excessiva de sexo e da indiscrição de Leandro ao cantar suas amigas na frente dela. Seus pais percebiam que algo de muito anormal estava acontecendo e, por causa da sua indiscrição social, da grandiosidade desmedida e dos gastos desmedidos de Leandro em festas e em acessórios para o carro, foi feita uma internação.

Leandro melhorou bastante com o tratamento com lítio e uma dose baixa de um antipsicótico, tendo alta três semanas mais tarde. No entanto, se negou a continuar o tratamento, o que o levou a ter uma nova crise maníaca seis meses mais tarde, dessa vez ficando internado por um mês.

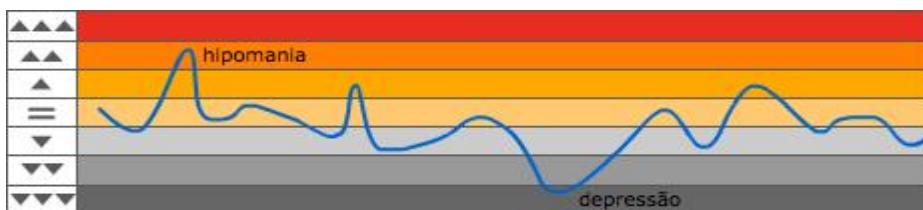
Permaneceu em tratamento por um ano sem crises e por conta própria foi reduzindo a medicação e se afastando do seu psiquiatra. Quatro meses mais tarde teve um período de uma semana com sintomas de euforia e aceleração, que logo evoluíram para uma fase depressiva com muita apatia e sono.

Ficou internado por 5 semanas, voltou a tomar estabilizadores de humor com boa recuperação e desde então está bem engajado no tratamento, sem crises há 3 anos. Fonte: Site Bipolaridade (Disponível em <www.bipolaridade.com.br>).

2.2.2.2 Transtorno Bipolar Tipo II

Os sintomas maníacos se apresentam de forma mais branda e curta, denominada de hipomania. Os sintomas são semelhantes, mas não prejudicam a pessoa de modo tão expressivo. As depressões, por outro lado, podem ser profundas. O transtorno Bipolar tipo II também pode iniciar na adolescência, com oscilação de humor, porém, parte dos pacientes só expressa a fase depressiva ao redor dos 40 anos. Esse tipo do Transtorno é marcado por características mistas, turbulentas e com muita ansiedade (LARA, 2004).

Figura 3 - Variações do humor no transtorno bipolar tipo II.



Fonte: Site Bipolaridade (Disponível em <www.bipolaridade.com.br>).

Relato de Caso:

Joana era conhecida pelo seu temperamento forte e seu estilo extravagante. Na escola, era líder da turma e algumas vezes enfrentou os professores. Em sua profissão teve um destaque precoce pela ousadia, originalidade e dedicação extra aos projetos que criava, aos quais se entregava de corpo e alma. Nesses momentos, ficava pilhada, só falava nos seus projetos, dormia pouco, gastava demais em produtos de beleza e às vezes ficava irritada e intransigente com os outros, que não seguiam o seu ritmo (hipomania).

Aos 24 anos passou a ter momentos de muita ansiedade e irritabilidade, comia exageradamente, se desorganizou nas contas e seu padrão de sono ficou instável (humor misto). Passou então a sentir-se triste, emotiva, sem ânimo para trabalhar, algumas noites tinha insônia porque o pensamento não parava e em outras fases dormia até 12 horas seguidas. Esse período instável durou cerca de 3 meses e melhorou espontaneamente na primavera.

Alguns meses mais tarde os sintomas voltaram e ela os relatou para o seu ginecologista, que lhe prescreveu um antidepressivo. Joana sentiu que piorou da ansiedade e ficou ainda mais agressiva. Parou o tratamento em uma semana e o ginecologista a encaminhou para um psiquiatra, que sugeriu outro antidepressivo. Dessa vez a medicação teve um efeito rápido, sendo que estava bem melhor em uma semana (o que é rápido demais para um efeito antidepressivo genuíno), mas depois de 6 meses voltaram os sintomas de maneira mais leve.

O aumento da dose do antidepressivo a deixou mais agitada, sem melhora, com oscilações de humor frequentes. Resolveu trocar de psiquiatra, que revisou o caso junto com a família e dessa vez identificou os sintomas prévios de hipomania e a história de bipolaridade e alcoolismo na família materna. Associou então um estabilizador de humor e aos poucos foi retirando o antidepressivo.

Joana hoje se sente bem, sem os excessos de antigamente, sem sintomas depressivos e sem efeitos colaterais da medicação. Pode reorganizar sua rotina,

passou a fazer exercícios físicos e a dormir mais, o que possibilitou uma pequena redução da dose do estabilizador de humor. Fonte: Site Bipolaridade (Disponível em <www.bipolaridade.com.br>).

2.2.2.3 Transtorno Bipolar Tipo III

É uma classificação usada quando a fase maníaca ou hipomaníaca é induzida por um antidepressivo ou psicoestimulante, ou seja, os pacientes fazem parte do espectro bipolar, mas o polo positivo só é descoberto pelo uso destas drogas, sem o antidepressivo, em geral manifestam características do temperamento hipertímico ou ciclotímico. Como regra, devem ser tratados como bipolares, mesmo que saiam do quadro maníaco com a retirada do antidepressivo, porque tendem a voltar a apresentar hipomania (LARA, 2004).

Figura 4 - Variações do humor no transtorno bipolar tipo III.



Fonte: Site Bipolaridade (Disponível em <www.bipolaridade.com.br>).

Relato de Caso:

Adriana era uma arquiteta casada que teve um filho aos 28 anos. Alguns dias após o parto ficou chorosa e desanimada, com dificuldades de cuidar do filho, mas se recuperou um mês mais tarde sem tratamento. Aos trinta anos voltou a sentir tristeza e desânimo, o sono aumentou para 11 horas por dia, não conseguia se levantar de manhã e passou a ter dificuldades de concentração no trabalho.

Como não melhorava, procurou uma psicóloga, que identificou sua fase depressiva, iniciou uma psicoterapia de apoio e a encaminhou para o psiquiatra para medicá-la. O psiquiatra prescreveu um antidepressivo e um calmante.

Adriana passou a se sentir muito bem em duas semanas, largou a terapia, começou a sair com as amigas solteiras para festas e a comprar roupas caras. Seu marido começou a perder a paciência e disse a Adriana que ela estava muito saliente e gastando sem necessidade (hipomania). Adriana disse que a vida era

para ser vivida intensamente e que se ele não estivesse satisfeito, que fosse embora.

Seu marido ligou para o psiquiatra, que percebeu a virada do humor para a hipomania e orientou que suspendessem o antidepressivo e o procurassem no dia seguinte. Adriana foi a contragosto, mas o psiquiatra explicou que o antidepressivo fez com que ficasse eufórica, imprudente e com excesso de energia, e por isso, sua medicação tinha que ser trocada.

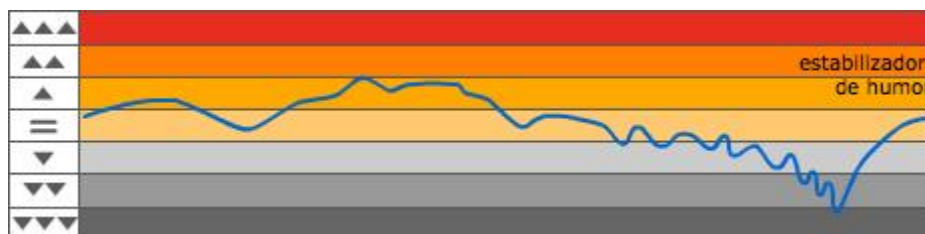
Adriana aceitou a mudança para um estabilizador de humor por entender que isso estava prejudicando suas relações. A retirada do antidepressivo causou algum desconforto, como tonturas e ansiedade, mas em uma semana seu marido informou que ela estava de novo reagindo como costumava.

Semanas mais tarde, Adriana reclamou de que estava se sentindo sem graça, vendo a vida em preto e branco. O psiquiatra aos poucos substituiu seu remédio por outro estabilizador de humor mais eficaz para fases depressivas e Adriana ficou muito bem, mas sem excessos, riscos ou euforia. Fonte: Site Bipolaridade (Disponível em <www.bipolaridade.com.br>).

2.2.2.4 Transtorno Bipolar Tipo IV

Nunca desenvolveram o quadro de mania ou hipomania, mas têm uma história de humor um pouco mais vibrante, na faixa hipertímica, que frequentemente gera vantagens. A fase depressiva pode só ocorrer em torno ou depois dos 50 anos às vezes é de característica mista e oscilatória (LARA, 2004).

Figura 5 - Variações do humor no transtorno bipolar tipo IV.



Fonte: Site Bipolaridade (Disponível em <www.bipolaridade.com.br>).

Relato de Caso:

César era um empresário que tinha se destacado na carreira pela ousadia e criatividade, fazendo com que seu pequeno negócio virasse uma empresa de referência na área.

Aos 53 anos, procurou o psiquiatra por perceber que não tinha mais prazer no seu trabalho, tinha enjoado dos amigos, achava que todos à sua volta queriam "puxar o saco" para tirar vantagem, e passou a ficar mais tempo em casa na cama, pensando inclusive em se matar.

Seu pai havia sido um homem arrojado e festeiro, tinha ganhado e perdido muito dinheiro na vida, e acabou cometendo o suicídio aos 56 anos de idade em uma fase turbulenta.

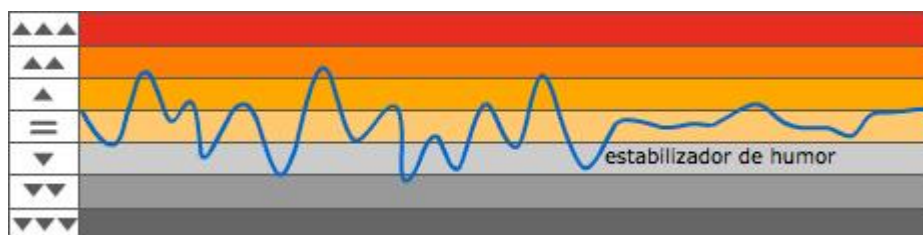
O psiquiatra identificou as manifestações de humor elevado e instável, assim como o temperamento forte de César e seu pai. Por isso, prescreveu um estabilizador de humor eficaz nas fases depressivas e propôs uma terapia breve.

César ficou bem melhor em poucas semanas e também mudou seu estilo de vida, passando a valorizar o contato com a família e os amigos, voltou a fazer trabalhos em madeira como hobby e a jogar tênis. Há 4 anos não tem alterações de humor e se diz muito satisfeito com sua vida. Fonte: Site Bipolaridade (Disponível em <www.bipolaridade.com.br>).

2.2.2.5 Ciclotimia

“O padrão oscilatório do humor é marcante, mas não chega aos extremos de mania ou depressão, podendo se manifestar mais tarde de forma mista e ansiosa.” (LARA, 2004, p. 29).

Figura 6 - Variações do humor na ciclotimia.



Fonte: Site Bipolaridade (Disponível em <www.bipolaridade.com.br>).

Relato de Caso:

Fernanda é uma pessoa conhecida pelo seu temperamento forte, pelo seu estilo 8 ou 80 e pela franqueza. É muito influente no seu grupo de amigas e no escritório de advocacia em que trabalha. No entanto, seus relacionamentos íntimos eram muito conturbados pela instabilidade do seu humor, que esteve melhor enquanto fazia exercícios físicos 4 vezes por semana.

Nos últimos 2 anos, no entanto, percebe que as fases de irritabilidade e apatia ficaram mais fortes e frequentes. Fica indignada por não conseguir aproveitar o que tem, como se sempre estivesse faltando alguma coisa.

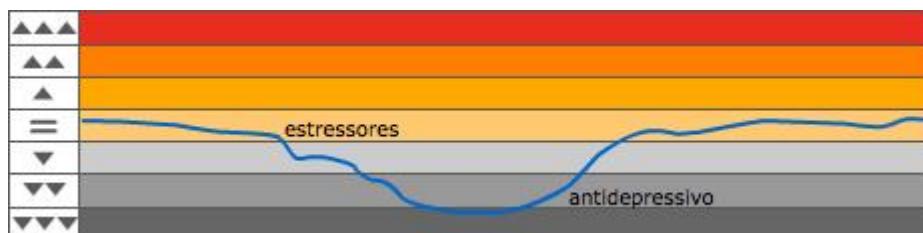
Quando foi à psiquiatra, disse ter puxado ao seu pai, que tinha frequentes ataques de explosividade e humor carregado. Quando a psiquiatra perguntou se era uma pessoa de altos e baixos, Fernanda respondeu: "TOTAL!".

O primeiro estabilizador de humor foi substituído por causa de um efeito colateral, mas o segundo foi eficaz e bem tolerado. Voltou com seu ex-namorado, que brinca ao dizer que não voltou a namorar a mesma Fernanda, porque aquela Fernanda explosiva, irritada e ciumenta não tem nada a ver com a atual. Fonte: Site Bipolaridade (Disponível em <www.bipolaridade.com.br>).

2.2.2.6 Depressão unipolar

Os sintomas de depressão persistem por pelo menos algumas semanas, com prejuízos e sofrimento evidentes, sendo mais longos do que as fases depressivas das pessoas do espectro bipolar. O temperamento tende a ser mais brando, rotineiro e cauteloso. O tratamento com antidepressivos é indicado (LARA, 2004).

Figura 7 - Variações do humor na depressão unipolar.



Fonte: Site Bipolaridade (Disponível em <www.bipolaridade.com.br>).

Relato de Caso:

Eunice estava com 55 anos e era principal cuidadora da sua mãe, que estava com a doença de Alzheimer. Sua mãe vinha causando vários problemas pelo comportamento imprevisível e agitado, deixando Eunice sempre em estado de alerta. Essa situação já vinha ocorrendo há mais de um ano, mas vinha se agravando.

Eunice passou a se sentir impotente, chorava sozinha, perdeu o prazer em outras coisas, seu apetite diminuiu e passou a ter insônia. Seu desânimo começou a

prejudicar seu rendimento e várias vezes queria fugir para bem longe de casa. Seu temperamento era cordial e sereno, e sua família não tinha história de bipolaridade.

O psiquiatra indicou o tratamento com um antidepressivo. Três a quatro semanas mais tarde, Eunice referiu estar se sentindo mais forte novamente e seus sintomas diminuíram bastante. Seu humor não ficou exaltado demais ou irritável.

Fonte: Site Bipolaridade (Disponível em <www.bipolaridade.com.br>).

2.2.3 TRATAMENTO

“Os transtornos de humor têm uma forte influência biológica e o tratamento farmacológico em geral tem bons resultados, mas a psicoterapia é uma aliada fundamental”. (LARA, 2004, p. 87)

O tratamento do transtorno bipolar pode envolver abordagens em vários níveis, como:

- Psicoeducação: “Na Psicoeducação, pretende-se ensinar e discutir sobre assuntos como o transtorno bipolar, seus tratamentos e formas positivas de como gerir a doença e de bem estar” (BERK, 2011, p. 16).
- Psicoterapia: “A Psicoterapia pode ser importante para avaliar até que ponto as atividades praticadas e o estilo de vida adotado estão adequados ao temperamento e para identificar o que pode ser melhorado” (LARA, 2004, p. 88).
- Farmacoterapia: Os medicamentos são aliados importantes no tratamento e na prevenção de episódios de depressão e mania. Como ainda não há uma medicação ideal, muitas vezes é importante combinar mais de um remédio no tratamento. Para tanto é necessário que se conheça algumas informações sobre a medicação para o transtorno bipolar.

Alguns fatos importantes relativos à medicação para o Transtorno Bipolar:

Quadro 4 - Fatos importantes relativos à medicação para o Transtorno Bipolar.

- Frequentemente, a medicação **demora algum tempo até começar a fazer efeito** e as pessoas se beneficiarem dela em sua totalidade. Pode ser útil saber aproximadamente quanto tempo a medicação levará a surtir efeito.

- Se a pessoa **parar de tomar a medicação que lhe faz bem**, os benefícios desaparecerão à medida que a medicação deixar de estar em seu sistema.
- Os medicamentos poderão ter alguns efeitos secundários, e alguns dos cuidadores e portadores do transtorno bipolar podem achar útil saber mais sobre os **efeitos secundários** mais comuns da medicação em causa. Alguns desses efeitos têm caráter temporário, ou podem ser ultrapassados por meio de um ajuste da dose ou da troca dos medicamentos, o que é determinado pelo médico. Por vezes, o doente pode decidir continuar a tomar uma medicação, pois os benefícios que esta traz para seu humor ultrapassam o desconforto dos efeitos secundários. Essas escolhas são pessoais.
- Para se interromper a prescrição de alguns medicamentos, tem de ser feita uma **suspensão gradual**.
- Se a pessoa apresenta **novos sintomas**, a medicação que ajudou a estabilizar seu humor bipolar pode necessitar de ajuste.
- Os **exames de sangue** são necessários para monitorizar os níveis de alguns medicamentos.
- A pessoa deve verificar com seu médico ou farmacêutico se a medicação que toma poderá ter alguma **interação negativa** com outro medicamento que ela também está tomando.
- Alguns medicamentos não são recomendados durante a **gravidez** e a **amamentação**.
- **Alterações na dieta** poderão ser necessárias enquanto se toma determinada medicação.

Fonte: Guia para cuidadores de pessoas com transtorno bipolar, 2011, p. 12.

“A principal classe de remédios usados é chamada de estabilizadores de humor. Eles também tratam sintomas de ansiedade, irritabilidade e impulsividade, ajudando no restabelecimento do bem-estar geral e da regularidade da vida do paciente” (LARA, 2004, p. 88). De acordo com a ADEB, os estabilizadores do humor são a base essencial para a prevenção das fases depressivas e eufóricas da Doença Bipolar. A sua descoberta e utilização revolucionou o tratamento da doença,

permitindo a muitas pessoas o controle da Perturbação Bipolar através de uma prevenção das crises.

“O uso continuado dos estabilizadores do humor parece ser fundamental não somente para manter o quadro de humor estável, mas também para evitar o surgimento de modificações bioquímicas relacionadas a certo grau de dano neural.” (MACHADO-VIEIRA, *et tal*, 2005).

“Pesquisadores têm investigado os efeitos de estabilizadores do humor na atividade de fatores de transcrição ligados ao DNA (por exemplo, AP-1) e à manutenção da vitalidade celular. O lítio, em concentrações terapêuticas, tem demonstrado aumentar a captação de AP-1. É sabido que os genes regulados pela AP-1 incluem vários neuropeptídeos, neurotrofinas, receptores, fatores de transcrição e que estão envolvidos na neuroplasticidade e neuroproteção. Porém, o significado clínico dessa constatação permanece desconhecido, podendo-se perguntar: será que os conhecidos estabilizadores de humor serão os neuroprotetores de amanhã? O exato efeito da alteração na expressão desses genes ainda não está claramente elucidado. O valproato e a olanzapina também parecem estar associados a modificações similares na expressão de marcadores relacionados à neuroplasticidade, incluindo-se o fator neurotrófico derivado do cérebro. Estudos recentes sugerem que o THB esteja relacionado a disfunções mitocondriais. Em estudo post-mortem avaliando genes nucleares em hipocampo de pacientes bipolares, foi encontrada diminuição na expressão de inúmeros genes diretamente à atividade mitocondrial (Konradi et al.,2004)” (MACHADO-VIEIRA, *et tal*, 2005).

“O uso de antidepressivos em monoterapia para tratar o transtorno bipolar não é recomendado, uma vez que poderá desencadear estados de hipomania, mania e estados mistos, ou então ciclos rápidos” (BERK, 2011, p. 12).

Reações comuns aos antidepressivos em pessoas com bipolaridade:

- Ficar bem demais, com euforia e comportamento inadequado (chamado de virada maníaca);
- Ficar bem muito rapidamente (em menos de 10 dias);
- Piorar dos sintomas depressivos e de ansiedade;
- Melhorar alguns sintomas e piorar outros, como ficar mais ativo e mais irritável;

- Melhorar nos primeiros meses, mas piorar ou ficar com humor mais oscilante ou turbulento meses mais tarde;
- Sentir-se diferente, descaracterizado nas reações normais a situações, como ficar passivo ou amortecido emocionalmente.

Por essas razões, o antidepressivo pode ser visto também como um desestabilizador de humor e deve ser reservado para momentos e casos restritos.

Felizmente, cada vez contamos com mais, melhores e mais bem tolerados estabilizadores de humor. Além da medicação e da terapia com profissionais da saúde mental, ações do cotidiano podem auxiliar no tratamento, estas ações são denominadas de estabilizadores de humor não farmacológicos. Alguns estabilizadores não farmacológicos são:

- Sono de 7 a 9 horas por dia;
- Exercício físico, principalmente aeróbico;
- Boas relações afetivas, ter um bom grupo social, ter um confidente;
- Artes, hobbies, esportes, meditação, animal de estimação...
- Alimentação saudável, particularmente peixe;
- Trabalhar com o que gosta de fazer;
- Primar pelo meio-termo e a ponderação nos momentos difíceis;
- Fé e espiritualidade.

Como regra, quem tem Transtorno Bipolar do Humor se beneficia enormemente da combinação das abordagens de tratamento, como a psicoeducação, psicoterapia, tratamento farmacológico com estabilizadores de humor e estabilizadores de humor não farmacológicos, lembrando que os antidepressivos devem ser reservados para casos restritos porque muitas vezes desestabilizam ainda mais o humor.

2.2.4 APOIO AO BIPOLAR

Enxergar os pontos positivos e divertidos do Espectro Bipolar facilita a aceitação do transtorno.

“O mundo dos pantínicos, ou do espectro bipolar, está recheado de elementos que podem ser positivos e divertidos: criatividade, energia, pique, ousadia, gozação, originalidade, assenso de humor, ironia, liderança,

diversão, sensualidade exacerbada, gargalhadas soltas, visual diferente, extravagante ou alternativo, sinceridade extrema, paixão, extroversão, entusiasmo, exageros, desafios, competitividade, conquista, autoconfiança, generosidade desprendida, busca de novidades e de prazer, afetividade, iniciativa, autenticidade, carisma, charme, espontaneidade, noites viradas, tagarelice, fala alta, gosto pelo que há de melhor” (LARA, 2004, p. 54).

Para ajudar o bipolar é necessário que se crie uma rede de apoio, onde familiares, amigos e profissionais envolvidos ajudem o doente a manter o tratamento farmacológico e levar uma vida saudável.

No quadro a seguir se encontram alguns exemplos de diferentes tipos de apoio:

Quadro 5 - Exemplos de diferentes tipos de apoio.

Alguns exemplos de diferentes tipos de apoio:

- Ajuda prática (por exemplo, se a pessoa precisar de carona para ir ao médico ou de ajuda para cuidar da casa caso esteja doente).
- Informações e sugestões (por exemplo, discutir com a pessoa sobre seus recursos ou sobre informações a respeito da doença).
- Companheirismo (por exemplo, conversar e fazer coisas que são interessantes e divertidas para a pessoa).
- Apoio emocional (por exemplo, dizer à pessoa que ela é importante e que acredita em sua capacidade de lidar com a doença e de ter uma boa vida).
- Apoio não verbal (por exemplo, estar disponível para ouvir, monitorizar sintomas ou fazer um gesto encorajador podem ser formas de dar apoio). Nem sempre é necessário falar para se dar apoio.

Fonte: Guia para cuidadores de pessoas com transtorno bipolar, 2011, p. 23.

Seguem-se algumas sugestões de como apoiar quem está maníaco ou hipomaníaco:

Quadro 6 - Apoio a pessoa maníaca ou hipomaníaca.

Se a pessoa está maníaca ou hipomaníaca, é possível, além de apoiá-la no tratamento:

Ajudar a criar um ambiente calmo

Reduzir os desencadeadores que podem piorar os sintomas pode ajudar (por exemplo, reduzir estímulos que pioram mania ou hipomania, como barulho, desorganização, cafeína, encontros sociais). Se o médico prescreveu medicação para ajudar a pessoa a relaxar, a descansar ou a dormir para reduzir a sua mania ou hipomania, pense sobre de que forma poderá ajudar a pessoa a efetivamente atingir isso.

Não acredite que tem de participar dos inúmeros projetos e objetivos da pessoa

Tenha cuidado para não ser arrastado pelo humor maníaco ou hipomaníaco da pessoa.

Formas de comunicação quando a pessoa está maníaca ou hipomaníaca

Responda honesta, ponderada e sucintamente e evite entrar em longas conversas ou discussões com a pessoa. Pessoas com humor elevado estão vulneráveis e sensíveis, apesar de sua confiança aparente, tendem a ofender-se facilmente. Se a pessoa começar a discutir, tente não se envolver.

Considere adiar a discussão (por exemplo, diga num tom amável, mas firme, algo como: “Sei que este tema é importante para você e temos de discuti-lo, mas agora estou chateado e cansado. Discutimos esse assunto amanhã de manhã quando eu estiver pensando melhor”). Também pode ajudar falar sobre temas neutros.

Estabeleça limites para determinados comportamentos

Se o comportamento da pessoa é muito arriscado ou abusivo, pode ser necessário estabelecer limites a seu comportamento.

Fonte: Guia para cuidadores de pessoas com transtorno bipolar, 2011, p. 27.

Seguem-se algumas sugestões de como apoiar quem está depressiva:

Quadro 7 - Apoio a pessoa depressiva.

Se a pessoa está deprimida, é possível, além de apoiá-la no tratamento:

Dizer-lhe que ela é importante e que se preocupa com ela

É bom expressar preocupação com a pessoa, mas não ao ponto de ela se sentir

oprimida e desamparada.

Não obrigue a pessoa a falar ou a “acordar para a vida”

Quando uma pessoa está deprimida, ela pode não ser capaz de dizer o que sente ou qual tipo de ajuda precisa. Evite dizer à pessoa que tem de se recompor ou “acordar para a vida”. Por vezes, simplesmente estar presente, sem dizer o que ela tem de fazer, pode ser reconfortante.

Considere o risco de suicídio

Embora nem todas as pessoas com transtorno bipolar sejam suicidas, a depressão é um momento de elevado risco de suicídio. Para mais informação sobre sinais de alerta para o suicídio.

Encoraje-a a alcançar pequenos objetivos

Não tente obrigar a pessoa a fazer algo que ela ache muito enervante ou que para ela seja excessivo. Considere encorajá-la a fazer algo mais fácil, especialmente se isso lhe proporcionar uma mínima sensação de concretização ou de prazer. Se necessário, divida a tarefa em passos ainda menores (por exemplo, se estiver mesmo muito doente, convide-a primeiro a tomar sol, antes de convidá-la a dar um passeio).

Não tente assumir o controle

Se verificar que a pessoa está fazendo as coisas de modo muito devagar, não se sobreponha em faça tudo por ela. Se a pessoa estiver tão deprimida a ponto de não ser capaz de concretizar certa tarefa, considere fazê-la temporariamente ou delegá-la a alguém.

Encoraje uma rotina diária sempre que possível

O humor bipolar pode quebrar a rotina ou os padrões de sono da pessoa, e essa quebra pode agravar o humor. Por exemplo, dormir durante o dia pode dificultar o adormecer à noite, e deitar e acordar em horas certas pode ajudar. Ter algo a fazer pela manhã pode ajudar a pessoa deprimida a levantar-se na hora certa.

Proporcione algum sentido de perspectiva

Ajudar a pessoa a perceber suas conquistas (independentemente de quão pequenas forem) pode ter um efeito positivo em seu humor. Considere ainda mencionar eventos e experiências positivas caso estes aconteçam (reconheça quaisquer boas notícias que a pessoa receba).

Tenha em mente que aquilo que conforta uma pessoa não é necessariamente o que conforta outra

Por exemplo, enquanto algumas pessoas com sintomas de depressão pensam que irão se sentir melhor com o tempo, para outras pessoas esse pensamento pode não significar nada.

Se a pessoa fica apreensiva excessivamente e está preocupada com um problema em particular, considere uma das seguintes opções:

- Diga-lhe que os problemas parecem ser maiores do que são na realidade por causa da doença e sugira adiar a solução até que a pessoa se sinta melhor;
- Convide a pessoa a fazer algo que a distraia de suas preocupações;
- Se a pessoa não estiver muito doente, converse com ela sobre as possíveis soluções para o problema e ajude-a a fazer algo simples no sentido de resolvê-lo.

Seja amável, paciente e atencioso com a pessoa, mesmo que seus atos não sejam recíprocos ou que aparentem não estar ajudando

É possível sentir-se frustrado se seu apoio não aparenta estar ajudando e é compreensível sentir-se assim. A depressão pode ser persistente. Não pare de dar apoio à pessoa apenas porque aparentemente ela não está melhorando, apreciando ou retribuindo seus esforços. Enquanto a pessoa estiver deprimida é difícil apreciar seja o que for. No entanto, ela poderá ainda necessitar de seu apoio.

É vital tomar conta de si próprio quando a pessoa que apoia está deprimida, uma vez que os cuidadores podem ficar exaustos e também deprimidos.

3. CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento do presente trabalho foi possível concluir que apesar de todo o impacto, social e financeiro, causado pelo transtorno bipolar pouco se comenta sobre suas causas, seus sintomas e seu tratamento. A demora e a dificuldade de um diagnóstico correto, devido à confusão com a depressão unipolar, transtornos de personalidade e fobias, acarreta sofrimento para o doente e sua família.

Apesar da base genética do transtorno, é importante que os pais não se sintam culpados por terem um filho bipolar, pois a doença não se associa apenas a fatores genéticos, mas também a fatores socioambientais.

Os avanços na farmacologia estão contribuindo com desenvolvimento de medicamentos cada vez mais apropriados para o tratamento desse transtorno, permitindo aos bipolares a estabilidade do humor, que associado a psicoeducação e ao apoio da família e amigos, tem proporcionado aos doentes a possibilidade de uma vida saudável.

REFERÊNCIAS

ALVES, Verônica de Medeiros. SILVA, Aline Cristine Pereira e. NETO, Valfrido Leão de Melo. ANDRADE, Tiago Gomes de. NARDI, Antonio Egidio. *Associação entre polimorfismos genéticos e transtorno bipolar*. Rev Psiqu Clín. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832012000100007>. Acessado em 29/06/2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FAMILIARES, AMIGOS E PORTADORES DE TRANSTORNOS AFETIVOS (Abrata). Transtorno de humor. Disponível em: <<http://www.abrata.org.br/new/oqueE/transtornoBipolar.aspx#3>>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSTORNO BIPOLAR (ABTB). O que é transtorno bipolar? Disponível em: <<http://www.abtb.org.br/>>

ASSOCIAÇÃO DE APOIO AOS DOENTES DEPRESSIVOS E BIPOLARES – ADEB. Doença bipolar. Disponível em: <http://www.adeb.pt/saude_mental/bipolar/bipolar.htm>

BERK, L. *Guia para cuidadores de pessoas com transtorno bipolar*. São Paulo: Segmento Farma, 2011. 100 p.

BIPOLARIDADE. Disponível em: <<http://www.bipolaridade.com.br/>>.

FERREIRA, Norma Sandra de Almeida. *As pesquisas denominadas “Estado da Arte”*. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-73302002000300013&script=sci_arttext>. Acessado em 22/12/2013.

FILHO, Valentim Gentil. Transtorno Bipolar. Dr. Drauzio. Entrevista concedida a Drauzio Varella.

LARA, D. *Temperamento Forte e bipolaridade: dominando os altos e baixos do humor*. 9ª edição, Porto Alegre: Revolução de ideias, 2004. 146 p.

MACHADO-VIEIRA, Rodrigo. A. BRESSAN, Rodrigo. FREY, Benício. SOARES, Jair C. *As bases neurobiológicas do transtorno bipolar*. Rev Psiquiatria Clínica. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24409.pdf>>. Acesso em 09/01/2014.

MEIRA-LIMA, Ivanor. VALLADA, Homero. *Genes relacionados ao metabolismo dos fosfolípidos como fatores de risco para o transtorno afetivo bipolar*. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462003000100010&script=sci_arttext>. Acessado em 09/01/2014.

MICHELON, Leandro. VALLADA, Homero. *Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar*. Rev Psiquiatria Clínica. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010160832005000700004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 08/01/2014.

MICHELON, Leandro. VALLADA, Homero. *Genética do transtorno bipolar*. Rev Bras Psiquiatria, 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000700004&script=sci_arttext. Acessado em 08/01/2014.