

Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados

O transtorno bipolar e transtornos relacionados são separados dos transtornos depressivos no DSM-5 e colocados entre os capítulos sobre transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos e transtornos depressivos em virtude do reconhecimento de seu lugar como uma ponte entre as duas classes diagnósticas em termos de sintomatologia, história familiar e genética. Os diagnósticos incluídos neste capítulo são transtorno bipolar tipo I, transtorno bipolar tipo II, transtorno ciclotímico, transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento, transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica, outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado e transtorno bipolar e outro transtorno relacionado não especificado.

Os critérios para transtorno bipolar tipo I representam o entendimento moderno do transtorno maníaco-depressivo clássico, ou psicose afetiva, descrito no século XIX. Diferem da descrição clássica somente no que se refere ao fato de não haver exigência de psicose ou de experiência na vida de um episódio depressivo maior. No entanto, a vasta maioria dos indivíduos cujos sintomas atendem aos critérios para um episódio maníaco também tem episódios depressivos maiores durante o curso de suas vidas.

O transtorno bipolar tipo II, que requer um ou mais episódios depressivos maiores e pelo menos um episódio hipomaníaco durante o curso da vida, não é mais considerado uma condição “mais leve” que o transtorno bipolar tipo I, em grande parte em razão da quantidade de tempo que pessoas com essa condição passam em depressão e pelo fato de a instabilidade do humor vivenciada ser tipicamente acompanhada de prejuízo grave no funcionamento profissional e social.

O diagnóstico de transtorno ciclotímico é feito em adultos que têm pelo menos dois anos (um ano em crianças) de períodos hipomaníacos e depressivos, sem jamais atender aos critérios para um episódio de mania, hipomania ou depressão maior.

Muitas substâncias de abuso, alguns medicamentos prescritos e várias condições médicas podem estar associados a um fenômeno semelhante ao episódio maníaco. Esse fato é reconhecido nos diagnósticos de transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento e transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica.

O reconhecimento de que muitos indivíduos, especialmente crianças e, em menor grau, adolescentes, vivenciam fenômenos semelhantes ao transtorno bipolar que não atendem aos critérios para transtorno bipolar tipo I, transtorno bipolar tipo II ou transtorno ciclotímico reflete-se na disponibilidade da categoria outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado. De fato, critérios específicos para um transtorno que envolva hipomania de curta duração são parte da Seção III, na esperança de estimular mais estudos desse transtorno.

Transtorno Bipolar Tipo I

Crítérios Diagnósticos

Para diagnosticar transtorno bipolar tipo I, é necessário o preenchimento dos critérios a seguir para um episódio maníaco. O episódio maníaco pode ter sido **antecedido ou seguido** por episódios **hipomaníacos** ou **depressivos** maiores.

Episódio Maníaco

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, **expansivo** ou irritável e au-

mento anormal e **persistente** da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária).

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

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

C. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existem características psicóticas.

D. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, outro tratamento) ou a outra condição médica.

Nota: Um episódio maníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um episódio maníaco e, portanto, para um diagnóstico de transtorno bipolar tipo I.

Nota: Os Critérios A-D representam um episódio maníaco. Pelo menos um episódio maníaco na vida é necessário para o diagnóstico de transtorno bipolar tipo I.

Episódio Hipomaníaco

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

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

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

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

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

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

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

Nota: Um episódio hipomaníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um diagnóstico de episódio hipomaníaco. Recomenda-se, porém, cautela para que 1 ou 2 sintomas (principalmente aumento da irritabilidade, nervosismo ou agitação após uso de antidepressivo) não sejam considerados suficientes para o diagnóstico de episódio hipomaníaco nem necessariamente indicativos de uma diátese bipolar.

Nota: Os Critérios A-F representam um episódio hipomaníaco. Esses episódios são comuns no transtorno bipolar tipo I, embora não necessários para o diagnóstico desse transtorno.

Episódio Depressivo Maior

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas que sejam claramente atribuíveis a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso). (**Nota:** Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)

2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).

3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias. (**Nota:** Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)

4. Insônia ou hipersonia quase diária.

5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outras pessoas; não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).

6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).

8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).

9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior. Esse tipo de episódio é comum no transtorno bipolar tipo I, embora não seja necessário para o diagnóstico desse transtorno.

Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por desastre natural, doença médica grave ou incapacidade) podem incluir sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a

uma perda significativa, deve ser também cuidadosamente considerada. Essa decisão exige inevitavelmente exercício do juízo clínico, baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.

Transtorno Bipolar Tipo I

A. Foram atendidos os critérios para pelo menos um episódio maníaco (Critérios A-D em “Episódio Maníaco” descritos anteriormente).

B. A ocorrência do(s) episódio(s) maníaco(s) e depressivo(s) maior(es) não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico com outras especificações ou não especificado.

Procedimentos para Codificação e Registro

O código diagnóstico para transtorno bipolar tipo I baseia-se no tipo de episódio atual ou mais recente e em sua condição quanto a gravidade atual, presença de características psicóticas e estado de remissão. A gravidade atual e as características psicóticas só são indicadas se todos os critérios estiverem atualmente presentes para episódio maníaco ou depressivo maior. Os especificadores de remissão são indicados somente se todos os critérios não estão atualmente presentes para episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo maior. Os códigos são descritos a seguir:

Transtorno bipolar tipo I	Episódio atual ou mais recente maníaco	Episódio atual ou mais recente hipomaníaco*	Episódio atual ou mais recente depressivo	Episódio atual ou mais recente não especificado**
Leve (p. 154)	296.41 (F31.11)	NA	296.51 (F31.31)	NA
Moderado (p. 154)	296.42 (F31.12)	NA	296.52 (F31.32)	NA
Grave (p. 154)	296.43 (F31.13)	NA	296.53 (F31.4)	NA
Com características psicóticas*** (p. 152)	296.44 (F31.2)	NA	296.54 (F31.5)	NA
Em remissão parcial (p. 154)	296.45 (F31.73)	296.45 (F31.71)	296.55 (F31.75)	NA
Em remissão completa (p. 154)	296.46 (F31.74)	296.46 (F31.72)	296.56 (F31.76)	NA

1 Ao diferenciar luto de um episódio depressivo maior (EDM), é útil considerar que, no luto, o afeto predominante inclui sentimentos de vazio e perda, enquanto no EDM há humor deprimido persistente e incapacidade de antecipar felicidade ou prazer. A disforia no luto pode diminuir de intensidade ao longo de dias a semanas, ocorrendo em ondas, conhecidas como “dores do luto”. Essas ondas tendem a estar associadas a pensamentos ou lembranças do falecido. O humor deprimido de um EDM é mais persistente e não está ligado a pensamentos ou preocupações específicos. A dor do luto pode vir acompanhada de emoções e humor positivos que não são característicos da infelicidade e angústia generalizadas de um EDM. O conteúdo do pensamento associado ao luto geralmente apresenta preocupação com pensamentos e lembranças do falecido, em vez das ruminações autocríticas ou pessimistas encontradas no EDM. No luto, a autoestima costuma estar preservada, ao passo que no EDM sentimentos de desvalia e aversão a si mesmo são comuns. Se presente no luto, a ideiação autodepreciativa tipicamente envolve a percepção de falhas em relação ao falecido (p. ex., não ter feito visitas com frequência suficiente, não dizer ao falecido o quanto o amava). Se um indivíduo enlutado pensa em morte e em morrer, tais pensamentos costumam ter o foco no falecido e possivelmente em “se unir” a ele, enquanto no EDM esses pensamentos têm o foco em acabar com a própria vida em razão dos sentimentos de desvalia, de não merecer estar vivo ou da incapacidade de enfrentar a dor da depressão.

Transtorno bipolar tipo I	Episódio atual ou mais recente maníaco	Episódio atual ou mais recente hipomaníaco*	Episódio atual ou mais recente depressivo	Episódio atual ou mais recente não especificado**
Não especificado	296.40 (F31.9)	296.40 (F31.9)	296.50 (F31.9)	NA

*Os especificadores de gravidade e de características psicóticas não se aplicam; código 296.40 (F31.0) para casos que não estão em remissão.

**Os especificadores de gravidade, de características psicóticas e de remissão não se aplicam. Código 296.7 (F31.9).

***Se características psicóticas estão presentes, codificar com o especificador “com características psicóticas” independentemente da gravidade do episódio.

Ao registrar o nome de um diagnóstico, os termos devem ser listados na ordem a seguir: transtorno bipolar tipo I, tipo do episódio atual ou mais recente, especificadores de gravidade/características psicóticas/remissão, seguidos por tantos especificadores sem códigos quantos se aplicarem ao episódio atual ou mais recente.

Especificar:

Com sintomas ansiosos (p. 149)

Com características mistas (p. 149-150)

Com ciclagem rápida (p. 150)

Com características melancólicas (p. 151)

Com características atípicas (p. 151-152)

Com características psicóticas congruentes com o humor (p. 152)

Com características psicóticas incongruentes com o humor (p. 152)

Com catatonia (p. 152). Nota para codificação: Usar o código adicional 293.89 (F06.1).

Com início no parto (p. 152-153)

Com padrão sazonal (p. 153-154)

Características Diagnósticas

A característica **essencial** de um episódio maníaco é um **período distinto** de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e **aumento persistente da atividade** ou da energia, com duração de pelo menos uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária), acompanhado por pelo menos três sintomas adicionais do Critério B. Se o humor é irritável em vez de elevado ou expansivo, pelo menos quatro sintomas do Critério B devem estar presentes.

O humor, em um episódio maníaco, costuma ser descrito como eufórico, excessivamente **alegre**, elevado ou “sentindo-se no topo do mundo”. Em certos casos, o humor é tão anormalmente **contagante** que é reconhecido com facilidade como excessivo e pode ser caracterizado por entusiasmo ilimitado e indiscriminado para **interações interpessoais, sexuais ou profissionais**. Por exemplo, a pessoa pode espontaneamente **iniciar conversas longas com estranhos em público**. Algumas vezes, o humor predominante é irritável em vez de elevado, em particular quando os desejos do indivíduo **são negados** ou quando ele esteve usando substâncias. **Mudanças rápidas** no humor durante períodos breves de tempo podem ocorrer, sendo referidas como labilidade (i.e., alternância entre euforia, disforia e irritabilidade). Em crianças, felicidade, tolice e “estupidez” são normais no contexto de ocasiões especiais; se esses sintomas, porém, são recorrentes, inadequados ao contexto e além do esperado para o nível de desenvolvimento da criança, podem satisfazer o

Critério A. Se a felicidade for incomum para a criança (i.e., diferente da habitual) e a mudança de humor ocorrer concomitantemente aos sintomas que satisfazem o Critério B para mania, aumenta a certeza diagnóstica; a mudança de humor deve, entretanto, estar acompanhada de aumento persistente da atividade ou da energia, que é evidente aos que conhecem bem a criança.

Durante o episódio maníaco, a pessoa pode se envolver em vários projetos novos ao mesmo tempo. Os projetos costumam ser iniciados com pouco conhecimento do tópico, sendo que **nada parece estar fora do alcance do indivíduo**. Os níveis de atividade aumentados podem se manifestar em horas pouco habituais do dia.

Autoestima inflada costuma estar presente, variando de autoconfiança sem críticas a grandiosidade acentuada, podendo chegar a proporções delirantes (Critério B1). Apesar da falta de qualquer experiência ou talento particular, o indivíduo pode dar início a tarefas complexas, como escrever um romance ou buscar publicidade por alguma invenção impraticável. Delírios de grandeza (p. ex., de ter um relacionamento especial com uma pessoa famosa) são comuns. Em **crianças**, supervalorização das capacidades e crença de que, por exemplo, podem ser as melhores no esporte ou as mais inteligentes em sala de aula são comuns; quando, no entanto, essas crenças estão presentes apesar de evidências claras do contrário, ou a criança tenta atos claramente perigosos e, mais importante, representa uma mudança de seu comportamento habitual, o critério de grandiosidade deve ser satisfeito. Uma das características mais comuns é a redução da necessidade de sono (Critério B2), que difere da insônia, em que o indivíduo deseja dormir ou sente necessidade disso, mas não consegue. Ele pode dormir pouco, se conseguir, ou pode acordar várias horas mais cedo que o habitual, **sentindo-se repousado e cheio de energia**. Quando o distúrbio do sono é grave, o indivíduo pode ficar sem dormir durante dias e não ter cansaço. Frequentemente, a redução da necessidade de sono anuncia o início de um episódio maníaco.

A **fala pode ser rápida**, pressionada, alta e difícil de interromper (Critério B3). Os indivíduos podem falar continuamente e sem preocupação com os desejos de comunicação de outras pessoas, frequentemente de forma invasiva ou sem atenção à relevância do que é dito. Algumas vezes, a fala caracteriza-se por piadas, trocadilhos, bobagens divertidas e teatralidade, com maneirismos dramáticos, canto e gestos excessivos. A intensidade e o tom da fala costumam ser mais importantes que o que está sendo transmitido. Quando o humor está mais irritável do que expansivo, a fala pode ser marcada por reclamações, comentários hostis ou tiradas raivosas, especialmente se feitas tentativas para interromper o indivíduo. Sintomas do Critério A e do Critério B podem vir acompanhados de sintomas do polo oposto (i.e., depressivo) (ver o especificador “com características mistas”, p. 149-150).

Com frequência, os **pensamentos** do indivíduo **fluem a uma velocidade maior do que aquela que pode ser expressa na fala** (Critério B4). É comum haver fuga de ideias, evidenciada por um fluxo quase contínuo de fala acelerada, com mudanças repentinas de um tópico a outro. Quando a fuga de ideias é grave, a fala pode se tornar desorganizada, incoerente e particularmente sofrida para o indivíduo. Os pensamentos às vezes são sentidos como tão abarrotados que fica difícil falar. A distratibilidade (Critério B5) é evidenciada por incapacidade de filtrar estímulos externos irrelevantes (p. ex., a roupa do entrevistador, os ruídos ou as conversas de fundo, os móveis da sala) e, com frequência, não permite que os indivíduos em episódio maníaco mantenham uma conversa racional ou respeitem orientações.

O aumento da atividade dirigida a objetivos frequentemente consiste em planejamento excessivo e participação em múltiplas atividades, incluindo atividades sexuais, profissionais, políticas ou religiosas. Impulso, fantasia e comportamento sexuais aumentados costumam estar presentes. Indivíduos em episódio maníaco costumam mostrar aumento da sociabilidade (p. ex., renovar velhas amizades ou telefonar para amigos ou até mesmo estranhos), sem preocupação com a natureza incômoda, dominadora e exigente dessas interações. Com frequência, exibem agitação ou inquietação psicomotoras (i.e., atividade sem uma finalidade), andando de um lado a outro ou mantendo múltiplas conversas simultaneamente. Há os que escrevem demasiadas cartas, e-mails, mensagens de texto, etc., sobre assuntos diversos a amigos, figuras públicas ou meios de comunicação.

O critério de aumento da atividade pode ser difícil de averiguar em crianças; quando, porém, a criança assume várias tarefas simultaneamente, começa a elaborar planos complicados e irreais para projetos, desenvolve preocupações sexuais antes ausentes e inadequadas ao nível de desenvolvimento (não justificadas por abuso sexual ou exposição a material de sexo explícito), o Critério B pode ser satisfeito com base no juízo clínico. É fundamental determinar se o comportamento representa uma mudança em relação ao habitual da criança; se ocorre na maior parte do dia, quase todos os dias, durante o período de tempo necessário; e se ocorre em associação temporal com outros sintomas de mania.

Humor expansivo, otimismo excessivo, grandiosidade e juízo crítico prejudicado costumam levar a envolvimento imprudente em atividades como surtos de compras, doação de objetos pessoais, direção imprudente, investimentos financeiros insensatos e promiscuidade sexual incomuns ao indivíduo, mesmo quando essas atividades podem levar a consequências catastróficas (Critério B7). O indivíduo pode adquirir muitos itens desnecessários sem que tenha dinheiro para pagar por eles e, em alguns casos, doar esses objetos. O comportamento sexual pode incluir infidelidade ou encontros sexuais indiscriminados com estranhos, em geral sem atenção a risco de doenças sexualmente transmissíveis ou consequências interpessoais.

O episódio maníaco deve provocar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou necessitar de hospitalização para a prevenção de dano a si ou a outras pessoas (p. ex., perdas financeiras, atividades ilegais, perda de emprego, comportamento autodestrutivo). Por definição, a presença de características psicóticas durante um episódio maníaco também satisfaz o Critério C. Sinais ou sintomas de mania que são atribuídos a efeitos fisiológicos de uma droga de abuso (p. ex., no contexto de intoxicação por cocaína ou anfetamina), a efeitos colaterais de medicamentos ou tratamentos (p. ex., esteroides, L-dopa, antidepressivos, estimulantes) ou a outra condição médica não justificam o diagnóstico de transtorno bipolar tipo I. Um episódio maníaco completo, no entanto, surgido durante tratamento (p. ex., medicamentos, eletroconvulsoterapia, fototerapia) ou uso de droga e que persiste além do efeito fisiológico do agente indutor (i.e., após o medicamento estar completamente ausente do organismo do indivíduo ou os efeitos esperados da eletroconvulsoterapia estarem totalmente dissipados) é evidência suficiente para um diagnóstico de episódio maníaco (Critério D). Indica-se cautela para que um ou mais sintomas (principalmente aumento da irritabilidade, nervosismo ou agitação após uso de antidepressivo) não sejam considerados suficientes para o diagnóstico de um episódio maníaco ou hipomaníaco nem necessariamente uma indicação de diátese bipolar. É necessário preencher o critério para um episódio maníaco para se fazer o diagnóstico de transtorno bipolar tipo I, mas não há necessidade de haver episódios hipomaníacos ou depressivos maiores. Eles podem, contudo, anteceder ou seguir um episódio maníaco. Descrições completas das características diagnósticas de um episódio hipomaníaco podem ser encontradas no texto do transtorno bipolar tipo II, e as características de um episódio depressivo maior estão descritas no texto sobre transtorno depressivo maior.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Durante um episódio maníaco, é comum os indivíduos não perceberem que estão doentes ou necessitando de tratamento, resistindo, com veemência, às tentativas de tratamento. Podem mudar a forma de se vestir, a maquiagem ou a aparência pessoal para um estilo com maior apelo sexual ou extravagante. Alguns percebem maior acurácia olfativa, auditiva ou visual. Jogos de azar e comportamentos antissociais podem acompanhar o episódio maníaco. Há pessoas que podem se tornar hostis e fisicamente ameaçadoras a outras e, quando delirantes, podem agredir fisicamente ou suicidar-se. As consequências catastróficas de um episódio maníaco (p. ex., hospitalização involuntária, dificuldades com a justiça, dificuldades financeiras graves) costumam resultar do juízo crítico prejudicado, da perda de insight e da hiperatividade.

O humor pode mudar rapidamente para raiva ou depressão. Podem ocorrer sintomas depressivos durante um episódio maníaco e, quando presentes, durar momentos, horas ou, mais raramente, dias (ver o especificador “com características mistas”, p. 149-150).

Prevalência

A prevalência em 12 meses estimada nos Estados Unidos foi de 0,6% para transtorno bipolar tipo I, como definido no DSM-IV. A prevalência em 12 meses do transtorno em 11 países variou de 0,0 a 0,6%. A razão da prevalência ao longo da vida entre indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino é de aproximadamente 1,1:1.

Desenvolvimento e Curso

A média de idade de início do primeiro episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo maior é de cerca de 18 anos para transtorno bipolar tipo I. Considerações especiais são necessárias para o diagnóstico em crianças. Uma vez que crianças com a mesma idade podem estar em estágios do desenvolvimento diferentes, fica difícil definir com precisão o que é “normal” ou “esperado” em um determinado ponto. Assim, cada criança deve ser considerada de acordo com seu comportamento habitual. O início ocorre ao longo do ciclo de vida, inclusive os primeiros sintomas podem iniciar aos 60 ou 70 anos. O início dos sintomas maníacos (p. ex., desinibição sexual ou social) no fim da vida adulta ou na senescência deve indicar a possibilidade de condições médicas (p. ex., transtorno neurocognitivo frontotemporal) e de ingestão ou abstinência de substância.

Mais de 90% dos indivíduos que tiveram um único episódio de mania têm episódios recorrentes de humor. Cerca de 60% dos episódios maníacos ocorrem imediatamente antes de um episódio depressivo maior. Pessoas com transtorno bipolar tipo I que tiveram múltiplos episódios (quatro ou mais) de humor (depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco) em um ano recebem o especificador “com ciclagem rápida”.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. Transtorno bipolar é mais comum em países com pessoas com renda elevada do que com renda mais baixa (1,4 vs. 0,7%). Pessoas separadas, divorciadas ou viúvas têm taxas mais altas de transtorno bipolar tipo I do que aquelas casadas ou que nunca casaram, mas o sentido em que a associação se modifica não é clara.

Genéticos e fisiológicos. História familiar de transtorno bipolar **é um dos fatores de risco mais fortes e mais consistentes para transtornos dessa categoria**. Há, em média, risco 10 vezes maior entre parentes adultos de indivíduos com transtornos bipolar tipo I e tipo II. A magnitude do risco **aumenta com o grau de parentesco**. Esquizofrenia e transtorno bipolar provavelmente partilham uma origem genética, refletida na coagregação familiar de esquizofrenia e transtorno bipolar.

Modificadores do curso. Depois que uma pessoa teve um episódio maníaco com características psicóticas, há maior probabilidade de os episódios maníacos subsequentes incluírem características psicóticas. A recuperação incompleta entre os episódios é mais comum quando o episódio atual está acompanhado de características psicóticas incongruentes com o humor.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Há poucas informações sobre diferenças culturais específicas na apresentação do transtorno bipolar tipo I. Uma explicação possível para isso pode ser a de que os instrumentos diagnósticos costumam ser traduzidos e aplicados em culturas diferentes sem validação transcultural. Em um estudo norte-americano, a prevalência em 12 meses de transtorno bipolar tipo I foi significativamente mais baixa para afro-caribenhos do que para afro-americanos ou brancos.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Indivíduos do sexo feminino são mais suscetíveis a estados de ciclagem rápida e mistos e a pa-

drões de comorbidade que diferem daqueles do sexo masculino, incluindo taxas mais altas de transtornos alimentares ao longo da vida. Indivíduos do sexo feminino com transtorno bipolar tipo I ou tipo II têm maior probabilidade de apresentar sintomas depressivos. Também têm risco maior ao longo da vida de transtorno por uso de álcool do que os indivíduos do sexo masculino e uma probabilidade ainda maior de transtorno por uso de álcool do que indivíduos do sexo feminino na população em geral.

Risco de Suicídio

O risco de suicídio ao longo da vida em pessoas com transtorno bipolar é estimado em pelo menos 15 vezes o da população em geral. Na verdade, o transtorno bipolar pode responder por um quarto de todos os suicídios. História pregressa de tentativa de suicídio e o percentual de dias passados em depressão no ano anterior estão associados com risco maior de tentativas de suicídio e sucesso nessas tentativas.

Consequências Funcionais do Transtorno Bipolar Tipo I

Embora muitos indivíduos com transtorno bipolar retornem a um nível totalmente funcional entre os episódios, aproximadamente 30% mostram prejuízo importante no funcionamento profissional. A recuperação funcional está muito aquém da recuperação dos sintomas, em especial em relação à recuperação do funcionamento profissional, resultando em condição socioeconômica inferior apesar de níveis equivalentes de educação, quando comparados com a população em geral. Indivíduos com transtorno bipolar tipo I têm desempenho pior do que pessoas saudáveis em testes cognitivos. Os prejuízos cognitivos podem contribuir para dificuldades profissionais e interpessoais e persistir ao longo da vida, mesmo durante períodos eutímicos.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno depressivo maior. Transtorno depressivo maior pode também vir acompanhado de sintomas hipomaniacos ou maníacos (i.e., menos sintomas ou por período menor do que o necessário para mania ou hipomania). Quando o indivíduo se apresenta em um episódio de depressão maior, deve-se atentar para episódios anteriores de mania ou hipomania. Sintomas de irritabilidade podem estar associados a transtorno depressivo maior ou a transtorno bipolar, aumentando a complexidade diagnóstica.

Outros transtornos bipolares. O diagnóstico de transtorno bipolar tipo I diferencia-se do de transtorno bipolar tipo II pela presença de algum episódio anterior de mania. Outro transtorno bipolar e transtornos relacionados especificado ou transtorno bipolar e transtornos relacionados não especificado devem ser diferenciados dos transtornos bipolar tipo I e tipo II, considerando-se se os episódios com sintomas maníacos ou hipomaniacos ou os episódios com sintomas depressivos preenchem plenamente ou não os critérios para aquelas condições.

Um transtorno bipolar devido a outra condição médica pode ser diferenciado dos transtornos bipolar tipo I e tipo II pela identificação, baseada nas melhores evidências clínicas, de uma condição médica com relação causal.

Transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, transtorno de estresse pós-traumático ou outros transtornos de ansiedade. Esses transtornos devem ser considerados no diagnóstico diferencial tanto como transtorno primário quanto, em alguns casos, como transtorno comórbido. Uma história clínica cuidadosa é necessária para diferenciar transtorno de ansiedade generalizada de transtorno bipolar, uma vez que ruminações ansiosas podem ser confundidas com pensamentos acelerados, e esforços para minimizar sentimentos de ansiedade podem ser entendidos como comportamento impulsivo. Da mesma maneira, sintomas de transtorno de estresse pós-traumático precisam ser diferenciados de transtorno bipolar. É útil considerar a natureza episódica dos sintomas descritos, bem como avaliar possíveis desencadeadores

dos sintomas, ao ser feito esse diagnóstico diferencial.

Transtorno bipolar induzido por substância/medicamento. Transtornos por uso de substâncias podem se manifestar com sintomas maníacos induzidos por substância/medicamento e precisam ser diferenciados de transtorno bipolar tipo I. A resposta a estabilizadores do humor durante mania induzida por substância/medicamento pode não ser, necessariamente, suficiente para se diagnosticar transtorno bipolar. Pode existir sobreposição substancial diante da tendência de pessoas com transtorno bipolar tipo I a utilizar substâncias em demasia durante um episódio. Um diagnóstico primário de transtorno bipolar deve ser estabelecido com base nos sintomas que persistem depois que as substâncias não estejam mais sendo usadas.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Este transtorno pode ser erroneamente diagnosticado como transtorno bipolar, em especial em adolescentes e crianças. São muitos os sintomas sobrepostos com os sintomas de mania, como fala rápida, pensamentos acelerados, distratibilidade e menor necessidade de sono. A “dupla contagem” de sintomas voltados tanto ao TDAH como ao transtorno bipolar pode ser evitada se o clínico esclarecer se o(s) sintoma(s) representa(m) um episódio distinto.

Transtornos da personalidade. Os transtornos da personalidade, como o transtorno da personalidade borderline, podem ter sobreposição sintomática substancial com transtornos bipolares, uma vez que labilidade do humor e impulsividade são comuns nas duas condições. Para o diagnóstico de transtorno bipolar, os sintomas devem representar um episódio distinto e um aumento notável em relação ao comportamento habitual do indivíduo. Não deve ser feito diagnóstico de transtorno da personalidade durante episódio de humor não tratado.

Transtornos com irritabilidade acentuada. Em indivíduos com irritabilidade importante, especialmente crianças e adolescentes, deve-se ter o cuidado de diagnosticar transtorno bipolar apenas aos que tiveram um episódio claro de mania ou hipomania – isto é, um período de tempo distinto, com a duração necessária, durante o qual a irritabilidade foi claramente diferente do comportamento habitual do indivíduo e foi acompanhada pelo início dos sintomas do Critério B. Quando a irritabilidade de uma criança é persistente e particularmente grave, é mais apropriado o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor. De fato, quando qualquer criança está sendo avaliada para mania, é fundamental que os sintomas representem uma mudança inequívoca de seu comportamento típico.

Comorbidade

Transtornos mentais comórbidos são comuns, sendo os mais frequentes os transtornos de ansiedade (p. ex., ataques de pânico, transtorno de ansiedade social [fobia social], fobia específica), que ocorrem em cerca de três quartos dos indivíduos. Qualquer transtorno disruptivo, TDAH, transtorno do controle de impulsos ou da conduta (p. ex., transtorno explosivo intermitente, transtorno de oposição desafiante, transtorno da conduta) e qualquer transtorno por uso de substância (p. ex., transtorno por uso de álcool) ocorrem em mais da metade dos indivíduos com transtorno bipolar tipo I. Adultos com transtorno bipolar tipo I apresentam taxas elevadas de condições médicas comórbidas sérias e/ou não tratadas. Síndrome metabólica e enxaqueca são mais comuns entre pessoas com transtorno bipolar do que na população em geral. Mais da metade das pessoas cujos sintomas satisfazem os critérios de transtorno bipolar tem um transtorno por uso de álcool, e aquelas com os dois transtornos têm grande risco de tentar suicídio.

Transtorno Bipolar Tipo II

Crítérios Diagnósticos 296.89 (F31.81)

Para diagnosticar transtorno bipolar tipo II, é necessário o preenchimento dos critérios a seguir para um episódio hipomaníaco atual ou anterior e os critérios a seguir para um episódio depressivo maior atual ou anterior:

Episódio Hipomaníaco

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração de pelo menos quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias. Transtorno Bipolar Tipo II 133

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

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

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

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

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

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

Nota: Um episódio hipomaníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um diagnóstico de episódio hipomaníaco.

Recomenda-se, porém, cautela para que 1 ou 2 sintomas (principalmente aumento da irritabilidade, nervosismo ou agitação após uso de antidepressivo) não sejam considerados suficientes para o diagnóstico de episódio hipomaníaco nem necessariamente indicativos de uma diátese bipolar.

Episódio Depressivo Maior

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas que sejam claramente atribuíveis a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)

2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior

parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação).

3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias.

(Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o peso esperado.)

4. Insônia ou hipersonia quase diária.

5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outras pessoas; não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).

6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorreprovação ou culpa por estar doente).

8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).

9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica.¹³⁴

Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados

Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior.

Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por desastre natural, doença médica grave ou incapacidade) podem incluir sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, deve ser também cuidadosamente considerada. Essa decisão exige inevitavelmente exercício de juízo clínico, baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.

A. Foram atendidos os critérios para pelo menos um episódio hipomaníaco (Critérios A-F em “Episódio Hipomaníaco” descritos anteriormente).

B. Jamais houve um episódio maníaco.

C. A ocorrência do(s) episódio(s) hipomaníaco(s) e depressivo(s) maior(es) não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.

D. Os sintomas de depressão ou a imprevisibilidade causada por alternância frequente entre períodos de depressão e hipomania causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outra área importante da vida do indivíduo.

Procedimentos para Codificação e Registro

O transtorno bipolar tipo II tem o seguinte código diagnóstico: 296.89 (F31.81). Sua caracterização com respeito a gravidade atual, presença de características psicóticas, curso e outros especificadores não pode ser codificada, mas deve ser indicada por escrito (p. ex., transtorno bipolar tipo II 296.89 [F31.81], episódio atual depressivo, gravidade moderada, com características mistas; transtorno bipolar tipo II 296.89 [F31.81], episódio mais recente depressivo, em remissão parcial).

Especificar episódio atual ou mais recente:

Hipomaníaco

Depressivo

Especificar se:

Com sintomas ansiosos (p. 149)

Com características mistas (p. 149-150)

Com ciclagem rápida (p. 150)

Com características psicóticas congruentes com o humor (p. 152)

Com características psicóticas incongruentes com humor (p. 152)

Com catatonia (p. 152). Nota para codificação: Usar o código adicional 293.89 (F06.1).

2

Ao diferenciar luto de um EDM, é útil considerar que, no luto, o afeto predominante inclui sentimentos de vazio e perda, enquanto no EDM há humor deprimido persistente e incapacidade de antecipar felicidade ou prazer. A disforia no luto pode diminuir de intensidade ao longo de dias a semanas, ocorrendo em ondas, conhecidas como “dores do luto”. Essas ondas tendem a estar associadas a pensamentos ou lembranças do falecido. O humor deprimido de um EDM é mais persistente e não está ligado a pensamentos ou preocupações específicos. A dor do luto pode vir acompanhada de emoções e humor positivos que não são característicos da infelicidade e angústia generalizadas de um EDM. O conteúdo do pensamento associado ao luto geralmente apresenta preocupação com pensamentos e lembranças do falecido, em vez das ruminações autocríticas ou pessimistas encontradas no EDM. No luto, a autoestima costuma estar preservada, ao passo que no EDM sentimentos de desvalia e aversão a si mesmo são comuns. Se presente no luto, a ideiação autodepreciativa tipicamente envolve a percepção de falhas em relação ao falecido (p. ex., não ter feito visitas com frequência suficiente, não dizer ao falecido o quanto o amava). Se um indivíduo enlutado pensa em morte e em morrer, tais pensamentos costumam ter o foco no falecido e possivelmente em “se unir” a ele, enquanto no EDM esses pensamentos têm o foco em acabar com a própria vida em razão dos sentimentos de desvalia, de não merecer estar vivo ou da incapacidade de enfrentar a dor da depressão.

Com início no periparto (p. 152-153)

Com padrão sazonal (p. 153-154): Aplica-se somente ao padrão de episódios depressivos maiores.

Especificar o curso se todos os critérios para um episódio de humor não estão atualmente satisfeitos:

Em remissão parcial (p. 153)

Em remissão completa (p. 153)

Especificar a gravidade se todos os critérios para um episódio de humor estão atualmente satisfeitos:

Leve (p. 154)

Moderada (p.154)

Grave (p. 154)

Características Diagnósticas

O transtorno bipolar tipo II caracteriza-se por um curso clínico de episódios de humor recorrentes, consistindo em um ou mais episódios depressivos maiores (Critérios A-C em “Episódio Depressivo Maior”) e pelo menos um episódio hipomaniaco (Critérios A-F em “Episódio Hipomaniaco”). O episódio depressivo maior deve ter duração de pelo menos duas semanas, e o hipomaniaco, de, no mínimo, quatro dias, para que sejam satisfeitos os critérios diagnósticos. Durante o(s) episódio(s) de humor, a quantidade necessária de sintomas deve estar presente na maior parte do dia, quase todos os dias, além de os sintomas representarem uma mudança notável do comportamento e do funcionamento habituais. A presença de um episódio maníaco durante o curso da doença exclui o diagnóstico de transtorno bipolar tipo II (Critério B em “Transtorno Bipolar tipo II”). Episódios de transtorno depressivo induzido por substância/medicamento ou de transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento (devido aos efeitos fisiológicos de um fármaco, outros tratamentos somáticos para depressão, drogas de abuso ou exposição a toxina) ou transtorno depressivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica ou transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica não contam para o diagnóstico de transtorno bipolar tipo II, a menos que persistam além dos efeitos fisiológicos do tratamento ou da substância e atendam aos critérios de duração para um episódio. Além disso, os episódios não devem ser mais bem explicados por transtorno esquizoafetivo, não estando sobreposto à esquizofrenia, ao transtorno esquizofreniforme, ao transtorno delirante ou a outro transtorno do espectro da esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos especificado ou ao transtorno do espectro esquizofrenia e outros transtornos psicóticos não especificado (Critério C em “Transtorno Bipolar tipo II”). Os episódios depressivos ou as oscilações hipomaniacas devem causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério D em “Transtorno Bipolar tipo II”); para episódios hipomaniacos, porém, essa exigência não precisa ser atendida. Um episódio

hipomaniaco que causa prejuízo significativo poderia ser diagnosticado como episódio maníaco e diagnóstico de transtorno bipolar tipo I ao longo da vida. Os episódios depressivos maiores recorrentes costumam ser mais frequentes e prolongados do que os que ocorrem no transtorno bipolar tipo I. Pessoas com transtorno bipolar tipo II normalmente se apresentam ao clínico durante um episódio depressivo maior, sendo improvável que se queixem inicialmente de hipomania. Em geral, os episódios hipomaniacos não causam prejuízo por si mesmos. Em vez disso, o prejuízo é consequência dos episódios depressivos maiores ou do padrão persistente de mudanças e oscilações imprevisíveis de humor e da instabilidade do funcionamento interpessoal ou profissional. Os indivíduos com transtorno bipolar tipo II podem não encarar os episódios hipomaniacos como patológicos ou prejudiciais, embora outras pessoas possam se sentir perturbadas por seu comportamento errático. Informações clínicas dadas por outras pessoas, como amigos mais próximos ou parentes, costumam ser úteis para o estabelecimento de um diagnóstico de transtorno bipolar tipo II. Um episódio hipomaniaco não deve ser confundido com os vários dias de eutímia e de restauração da energia ou da atividade que podem vir após a remissão de um episódio depressivo maior. Apesar das diferenças substanciais na duração e na gravidade entre um episódio maníaco e um hipomaniaco, o transtorno bipolar tipo II não representa uma “forma mais leve” do transtorno bipolar tipo I. Comparados com indivíduos com transtorno bipolar tipo I, os que apresentam transtorno bipolar tipo II têm maior cronicidade da doença e passam, em média, mais tempo na fase depressiva, que pode ser grave e/ou incapacitante. Sintomas depressivos durante um episódio hipomaniaco ou sintomas hipomaniacos durante um episódio depressivo são comuns em indivíduos com transtorno bipolar tipo II e são mais comuns no sexo feminino, especialmente hipomania com características mistas. Indivíduos com hipomania com características mistas podem não caracterizar seus sintomas como hipomania, experimentando-os como depressão com aumento de energia ou irritabilidade.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Uma característica comum do transtorno bipolar tipo II é a impulsividade, que pode contribuir com tentativas de suicídio e transtornos por uso de substância. A impulsividade pode também se originar de um transtorno da personalidade comórbido, transtorno por uso de substância, transtorno de ansiedade, outro transtorno mental ou uma condição médica. Pode haver níveis aumentados de criatividade em alguns indivíduos com transtorno bipolar. A relação pode ser, no entanto, não linear; isto é, grandes realizações criativas na vida têm sido associadas a formas mais leves de transtorno bipolar, e criatividade superior foi identificada em familiares não afetados. A satisfação que o indivíduo tem com a criatividade aumentada durante episódios hipomaniacos pode contribuir para ambivalência quanto a buscar tratamento ou prejudicar a adesão a ele.

Prevalência

A prevalência em 12 meses do transtorno bipolar tipo II, internacionalmente, é de 0,3%. Nos Estados Unidos, a prevalência em 12 meses é de 0,8%. A taxa de prevalência do transtorno bipolar tipo II pediátrico é difícil de estabelecer. No DSM-IV, transtornos bipolar tipo I, bipolar tipo II e bipolar sem outras especificações resultaram em uma taxa de prevalência combinada de 1,8% em amostras de comunidades nos Estados Unidos e fora do país, com taxas superiores (2,7% inclusive) em jovens com 12 anos de idade ou mais.

Desenvolvimento e Curso

Embora o transtorno bipolar tipo II possa começar no fim da adolescência e durante a fase adulta, a idade média de início situa-se por volta dos 25 anos, o que é um pouco mais tarde em comparação ao transtorno bipolar tipo I e mais cedo em comparação ao transtorno depressivo maior. Normalmente, a doença inicia com um episódio depressivo e não é reconhecida como transtorno bipolar tipo II até o surgimento de um episódio hipomaniaco, o que acontece em cerca de 12% das pessoas com diagnóstico inicial de transtorno depressivo maior. Transtorno de ansiedade, por uso de substância ou transtorno alimentar podem também anteceder o diagnóstico, complicando sua detecção. Muitos indivíduos

têm vários episódios de depressão maior antes da identificação do primeiro episódio hipomaníaco. A quantidade de episódios na vida (hipomaníacos e depressivos maiores) tende a ser superior para transtorno bipolar tipo II em comparação a transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar tipo I. No entanto, indivíduos com transtorno bipolar I estão, na realidade, mais propensos a ter sintomas hipomaníacos do que aqueles com transtorno bipolar tipo II. O intervalo entre episódios de humor, no curso de um transtorno bipolar tipo II, tende a diminuir com o envelhecimento. Enquanto o episódio hipomaníaco é a característica que define o transtorno bipolar tipo II, os episódios depressivos são mais duradouros e incapacitantes ao longo do tempo. Apesar do predomínio da depressão, ocorrido um episódio hipomaníaco, o diagnóstico passa a transtorno bipolar tipo II e jamais se reverte para transtorno depressivo maior.

Aproximadamente 5 a 15% dos indivíduos com transtorno bipolar tipo II têm múltiplos (quatro ou mais) episódios de humor (hipomaníaco ou depressivo maior) nos 12 meses anteriores. Quando presente, esse padrão é registrado pelo especificador “com ciclagem rápida”. Por definição, sintomas psicóticos não ocorrem em episódios hipomaníacos e parecem ser menos frequentes em episódios depressivos maiores do transtorno bipolar tipo II do que nos do transtorno bipolar tipo I.

Mudança de um episódio depressivo para um maníaco ou hipomaníaco (com ou sem características mistas) pode ocorrer tanto espontaneamente como durante o tratamento para depressão. Cerca de 5 a 15% dos indivíduos com transtorno bipolar tipo II acabam por desenvolver um episódio maníaco, o que muda o diagnóstico para transtorno bipolar tipo I, independentemente do curso posterior. Costuma ser um desafio fazer o diagnóstico em crianças, sobretudo naquelas com irritabilidade e hiperexcitabilidade não episódicas (i.e., ausência de períodos bem delimitados de humor alterado). Irritabilidade não episódica nos jovens está associada a risco elevado para transtornos de ansiedade e transtorno depressivo maior, mas não transtorno bipolar, na vida adulta. Jovens persistentemente irritáveis têm taxas familiares inferiores de transtorno bipolar, na comparação com jovens com transtorno bipolar. Para o diagnóstico de um episódio hipomaníaco, os sintomas da criança devem exceder o esperado em determinado ambiente e cultura para seu estágio de desenvolvimento. Comparado ao início no adulto, o início do transtorno bipolar tipo II na infância ou na adolescência pode estar associado a um curso mais grave ao longo da vida. A taxa de incidência em três anos do início do transtorno bipolar tipo II em adultos com mais de 60 anos é de 0,34%. No entanto, distinguir indivíduos com mais de 60 anos com transtorno bipolar tipo II de início precoce ou tardio não parece ter qualquer utilidade clínica.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. O risco de transtorno bipolar tipo II tende a ser mais elevado entre parentes de pessoas com essa condição, em oposição a pessoas com transtorno bipolar tipo I ou transtorno depressivo maior. Pode haver fatores genéticos influenciando a idade do início de transtornos bipolares.

Modificadores do curso. Um padrão de ciclagem rápida está associado a pior prognóstico. O retorno a um nível prévio de funcionamento social para pessoas com transtorno bipolar tipo II é mais provável para indivíduos mais jovens e com depressão menos grave, sugerindo efeitos adversos da doença prolongada na recuperação. Mais educação, menos anos da doença e estar casado têm associação independente com a recuperação funcional em indivíduos com transtorno bipolar, mesmo depois de ser levado em conta o tipo de diagnóstico (I vs. II), os sintomas depressivos atuais e a presença de comorbidade psiquiátrica.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Enquanto a proporção de gênero para transtorno bipolar tipo I é igual, os achados sobre diferenças de gênero no transtorno bipolar tipo II são mistos, diferindo pelo tipo de amostra (i.e., registro, comunidade ou clínico) e país de origem. Há pouca ou nenhuma evidência de diferenças de

gênero em indivíduos bipolares, enquanto algumas amostras clínicas, mas não todas, sugerem que o transtorno bipolar tipo II é mais comum no sexo feminino do que no masculino, o que pode refletir diferenças de gênero na busca de tratamento ou outros fatores.

Padrões de doença e comorbidade, porém, parecem diferir por gênero, com indivíduos do sexo feminino apresentando mais probabilidade do que os do sexo masculino de relatar hipomania com características mistas depressivas e um curso de ciclagem rápida. O parto pode ser um desencadeador específico para um episódio hipomaniaco, o que pode ocorrer em 10 a 20% das mulheres em populações não clínicas, mais comumente no começo do período pós-parto. Diferenciar hipomania de humor eufórico e sono reduzido, que costumam acompanhar o nascimento de um filho, pode ser um desafio. A hipomania pós-parto pode prenunciar o início de uma depressão que ocorre em cerca de metade das mulheres que apresentam “euforia” pós-parto. Uma detecção precisa de transtorno bipolar tipo II pode ajudar a estabelecer o tratamento adequado da depressão, capaz de reduzir o risco de suicídio e infanticídio.

Risco de Suicídio

É elevado o risco de suicídio no transtorno bipolar tipo II. Cerca de um terço dos indivíduos com o transtorno relata história de tentativa de suicídio ao longo da vida. As taxas de prevalência de suicídios tentados durante a vida, nos transtornos bipolar tipo I e tipo II, parecem assemelhar-se (32,4 e 36,3%, respectivamente). A letalidade das tentativas, entretanto, definida por uma proporção menor de tentativas até suicídios consumados, pode ser maior em indivíduos com transtorno bipolar tipo II comparados àqueles com transtorno bipolar tipo I. Pode existir associação entre marcadores genéticos e risco aumentado de comportamento suicida em indivíduos

com transtorno bipolar, incluindo risco 6,5 vezes maior de suicídio entre parentes de primeiro grau de probandos com transtorno bipolar tipo II comparados aos com transtorno bipolar tipo I.

Consequências Funcionais do Transtorno Bipolar Tipo II

Embora muitas pessoas com transtorno bipolar tipo II voltem a um nível totalmente funcional entre os episódios de humor, pelo menos 15% continuam a ter alguma disfunção entre os episódios, e 20% mudam diretamente para outro episódio de humor sem recuperação entre episódios. A recuperação funcional está muito aquém da recuperação dos sintomas do transtorno bipolar tipo II, especialmente no que diz respeito à recuperação profissional, resultando em condição socioeconômica mais baixa apesar de níveis equivalentes de educação em comparação com a população em geral. Indivíduos com transtorno bipolar tipo II têm desempenho inferior ao daqueles saudáveis em testes cognitivos e, exceto em memória e fluência semântica, têm prejuízo cognitivo similar ao de pessoas com transtorno bipolar tipo I. Os prejuízos cognitivos associados ao transtorno bipolar tipo II podem contribuir para dificuldades no trabalho. Desemprego prolongado em indivíduos com transtorno bipolar está associado a mais episódios de depressão, idade mais avançada, taxas maiores de transtorno de pânico atual e história de transtorno por uso de álcool ao longo da vida.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno depressivo maior. Talvez o diagnóstico diferencial mais desafiador a ser considerado é o de transtorno depressivo maior, que pode estar acompanhado de sintomas hipomaniacos ou maniacos que não satisfazem a totalidade dos critérios (i.e., menos sintomas ou menor duração que o necessário para um episódio hipomaniaco). Isso é especialmente verdadeiro na avaliação de pessoas com sintomas de irritabilidade, que podem estar associados a transtorno depressivo maior ou a transtorno bipolar tipo II.

Transtorno ciclotímico. No transtorno ciclotímico, há vários períodos de sintomas hipomaniacos e inúmeros períodos de sintomas depressivos que não atendem aos critérios de números de sintomas ou de duração para episódio depressivo maior. O transtorno bipolar tipo II é diferente do transtorno ciclotímico pela presença de um ou mais episódios depressivos. Quando

ocorre um episódio depressivo maior após os dois primeiros anos de transtorno ciclotímico, é estabelecido o diagnóstico adicional de transtorno bipolar tipo II.

Transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos relaciona-

dos. O transtorno bipolar tipo II deve ser diferenciado de transtornos psicóticos (p. ex., transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia e transtorno delirante). Esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno delirante são todos caracterizados por períodos de sintomas psicóticos que ocorrem na ausência de sintomas acentuados de humor. Outras considerações úteis incluem os sintomas associados, o curso anterior e a história familiar.

Transtorno de pânico e outros transtornos de ansiedade. Transtornos de ansiedade precisam ser levados em conta no diagnóstico diferencial e podem, com frequência, estar presentes como transtornos comórbidos.

Transtornos por uso de substância. Transtornos por uso de substância fazem parte do diagnóstico diferencial.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade pode ser diagnosticado erroneamente como transtorno bipolar tipo II, sobretudo em adolescentes e crianças. Muitos sintomas de TDAH, como rapidez da fala, velocidade dos pensamentos, distratibilidade e menor necessidade de sono, sobrepõem-se aos de hipomania. A “dupla contagem” de sintomas para TDAH e transtorno bipolar tipo II pode ser evitada se o clínico esclarecer se os sintomas representam um episódio distinto e se o aumento notável em relação ao comportamento habitual do indivíduo, necessário para o diagnóstico de transtorno bipolar tipo II, está presente.

Transtornos da personalidade. A mesma convenção aplicada para o TDAH vale para a avaliação de um indivíduo para transtorno da personalidade, como o transtorno da personalidade borderline, uma vez que a oscilação do humor e a impulsividade são comuns nos transtornos da personalidade e no transtorno bipolar tipo II. Os sintomas devem representar um episódio distinto, e o aumento notável em relação ao comportamento habitual do indivíduo, necessário para o diagnóstico de transtorno bipolar tipo II, deve estar presente. Não deve ser feito diagnóstico de transtorno da personalidade durante episódio não tratado de humor, a não ser que a história de vida apoie a presença de um transtorno da personalidade.

Outros transtornos bipolares. Diagnóstico de transtorno bipolar tipo II deve ser diferenciado de transtorno bipolar tipo I pela avaliação criteriosa quanto a ter havido ou não episódios passados de mania. Deve ser diferenciado de outro transtorno bipolar e transtornos relacionados especificado ou transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado pela confirmação da presença de episódios completos de hipomania e depressão.

Comorbidade

O transtorno bipolar tipo II é associado, com muita frequência, a um ou mais de um transtorno mental comórbido, sendo os transtornos de ansiedade os mais comuns. Cerca de 60% das pessoas com transtorno bipolar tipo II têm três ou mais transtornos mentais comórbidos; 75% têm transtorno de ansiedade; e 37%, transtorno por uso de substância. Crianças e adolescentes com transtorno bipolar tipo II têm uma taxa superior de transtornos de ansiedade comórbidos comparados àqueles com transtorno bipolar tipo I, e o transtorno de ansiedade ocorre mais frequentemente antes do transtorno bipolar. Transtorno de ansiedade e transtornos por uso de substâncias ocorrem em indivíduos com transtorno bipolar tipo II em proporção mais alta do que na população em geral. Cerca de 14% das pessoas com transtorno bipolar tipo II têm pelo menos um transtorno alimentar ao longo da vida, com o transtorno de compulsão alimentar sendo mais comum que a bulimia nervosa e a anorexia nervosa.

Esses transtornos comórbidos geralmente parecem não seguir um curso que seja realmente independente daquele do transtorno bipolar; têm, isto sim, fortes associações com os estados de humor. Por exemplo, transtornos de ansiedade e transtornos alimentares tendem a associar-se mais com sintomas depressivos, e transtornos por uso de substâncias estão moderadamente associados a sintomas maníacos.

Transtorno Ciclotímico

CrITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 301.13 (F34.0)

A. Por pelo menos dois anos (um ano em crianças e adolescentes), presença de vários períodos com sintomas hipomaníacos que não satisfazem os critérios para episódio hipomaníaco e vários períodos com sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para episódio depressivo maior.

B. Durante o período antes citado de dois anos (um ano em crianças e adolescentes), os períodos hipomaníaco e depressivo estiveram presentes por pelo menos metade do tempo, e o indivíduo não permaneceu sem os sintomas por mais que dois meses consecutivos.

C. Os critérios para um episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco nunca foram satisfeitos.

D. Os sintomas do Critério A não são mais bem explicados por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno fisiológico não especificado.¹⁴⁰ Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados

E. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo).

F. Os sintomas causam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar se:

Com sintomas ansiosos (ver p. 149)

Características Diagnósticas

O transtorno ciclotímico tem como característica essencial a cronicidade e a oscilação do humor, envolvendo vários períodos de sintomas hipomaníacos e períodos de sintomas depressivos distintos entre si (Critério A). Os sintomas hipomaníacos têm número, gravidade, abrangência ou duração insuficientes para preencher a todos os critérios de um episódio hipomaníaco; e os sintomas depressivos têm número, gravidade, abrangência ou duração insuficientes para preencher a todos os critérios de um episódio depressivo maior. Durante o período inicial de dois anos (um ano para crianças e adolescentes), os sintomas precisam ser persistentes (presentes na maioria dos dias), e qualquer intervalo sem sintomas não pode durar mais do que dois meses (Critério B). O diagnóstico de transtorno ciclotímico é feito somente quando os critérios para episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco nunca foram satisfeitos (Critério C).

Se um indivíduo com transtorno ciclotímico subsequente (i.e., após os primeiros dois anos em adultos e um ano em crianças e adolescentes) apresenta um episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco, o diagnóstico muda para transtorno depressivo maior, transtorno bipolar tipo I, outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado ou transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado (subclassificado como episódio hipomaníaco sem episódio depressivo maior anterior), respectivamente, e o diagnóstico de transtorno ciclotímico é abandonado.

O diagnóstico de transtorno ciclotímico não é feito se o padrão de mudanças do humor é mais bem explicado por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado (Critério D), caso em que os sintomas de humor são considerados características associadas ao transtorno psicótico. A perturbação do humor também não deve ser atribuível aos efeitos fi-

siológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo) (Critério E). Embora alguns indivíduos possam funcionar particularmente bem durante certos períodos de hipomania, ao longo do curso prolongado do transtorno deve ocorrer sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo em consequência da perturbação do humor (Critério F). O prejuízo pode se desenvolver em decorrência de períodos prolongados de mudanças cíclicas do humor, frequentemente imprevisíveis (p. ex., o indivíduo pode ser visto como temperamental, mal-humorado, imprevisível, incoerente ou não confiável).

Prevalência

A prevalência ao longo da vida do transtorno ciclotímico é de 0,4 a 1%. A prevalência em clínicas de transtorno do humor pode variar de 3 a 5%. Na população em geral, o transtorno ciclotímico aparenta ser igualmente comum em ambos os sexos. Em ambientes clínicos, indivíduos do sexo feminino com o transtorno provavelmente buscam mais o atendimento em comparação com os do masculino.

Desenvolvimento e Curso

O transtorno ciclotímico costuma ter início na adolescência ou no início da vida adulta e é, às vezes, considerado reflexo de uma predisposição do temperamento a outros transtornos apresentados neste capítulo. O transtorno ciclotímico normalmente tem início insidioso e curso persistente. Há risco de 15 a 50% de um indivíduo com transtorno ciclotímico desenvolver posteriormente transtorno bipolar tipo I ou transtorno bipolar tipo II. O início de sintomas hipomaníacos e depressivos persistentes e oscilantes no fim da vida adulta precisa ser claramente diferenciado de transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica e de transtorno depressivo devido a outra condição médica (p. ex., esclerose múltipla) antes de ser dado diagnóstico de transtorno ciclotímico. Entre crianças com transtorno ciclotímico, a idade média do início dos sintomas é 6,5 anos.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Transtorno depressivo maior, transtorno bipolar tipo I e transtorno bipolar tipo II são **mais comuns entre parentes biológicos de primeiro grau** de pessoas com transtorno ciclotímico do que na população em geral. Pode, ainda, haver risco familiar aumentado de transtornos relacionados a substâncias. O transtorno ciclotímico pode ser mais comum em parentes biológicos de primeiro grau de indivíduos com transtorno bipolar tipo I do que na população em geral.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica e transtorno depressivo devido a outra condição médica. O diagnóstico de transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica ou transtorno depressivo devido a outra condição médica é realizado quando a perturbação do humor é avaliada como atribuível ao efeito fisiológico de uma condição médica específica, normalmente crônica (p. ex., hipertireoidismo). Essa determinação baseia-se na história, no exame físico ou nos achados laboratoriais. Quando avaliado que os sintomas hipomaníacos e depressivos não são consequência fisiológica da condição médica, o transtorno mental primário (i.e., transtorno ciclotímico) e a condição médica são diagnosticados. Por exemplo, seria esse o caso se os sintomas de humor fossem considerados como a consequência psicológica (não fisiológica) de ter uma condição médica crônica, ou quando não houver relação etiológica entre os sintomas hipomaníacos e depressivos e a condição médica.

Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento e transtorno depressivo induzido por substância/medicamento. Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento e transtorno depressivo induzido por

substância/medicamento são diferentes de transtorno ciclotímico pelo fato de que uma substância/medicamento (sobretudo estimulantes) tem relação etiológica com a perturbação do humor. As frequentes alterações de humor sugestivas de transtorno ciclotímico em geral se dissipam após a cessação do uso da substância/medicamento.

Transtorno bipolar tipo I, com ciclagem rápida, e transtorno bipolar tipo II, com ciclagem rápida. Os dois transtornos podem se assemelhar ao transtorno ciclotímico devido às mudanças frequentes e acentuadas no humor. Por definição, no transtorno ciclotímico, os critérios para um episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco, nunca foram satisfeitos, ao passo que o especificador “com ciclagem rápida” para transtorno bipolar tipo I e transtorno bipolar tipo II exige a presença de episódios completos de humor.

Transtorno da personalidade borderline. O transtorno da personalidade borderline está associado a mudanças acentuadas no humor que podem sugerir transtorno ciclotímico. Se os critérios forem preenchidos para os dois transtornos, ambos devem ser diagnosticados.

Comorbidade

Transtornos relacionados a substâncias e transtornos do sono (i.e., dificuldades para iniciar e manter o sono) podem estar presentes em pessoas com transtorno ciclotímico. A maior parte das crianças com transtorno ciclotímico tratadas em ambulatórios psiquiátricos tem transtornos 142 Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados mentais comórbidos e apresenta mais propensão do que outros pacientes pediátricos com transtornos mentais para ter comorbidade com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.

Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento

Critérios Diagnósticos

A. Perturbação acentuada e persistente no humor que predomina no quadro clínico, caracterizada por humor eufórico, expansivo ou irritável, com ou sem humor deprimido, ou redução marcadamente diminuída no interesse ou no prazer em todas ou quase todas as atividades.

B. Há evidências da história, do exame físico ou de achados laboratoriais dos itens (1) e (2):

1. Os sintomas do Critério A desenvolveram-se durante ou logo depois de intoxicação ou abstinência da substância ou após a exposição ao medicamento.

2. A substância/medicamento envolvida é capaz de produzir os sintomas do Critério A.

C. A perturbação no humor não é mais bem explicada por transtorno bipolar ou transtorno relacionado que não é induzido por substância/medicamento. Tais evidências de um transtorno bipolar ou transtorno relacionado independente podem incluir:

Os sintomas antecedem o início do uso da substância/medicamento; os sintomas persistem por um período substancial de tempo (p. ex., cerca de um mês) após a interrupção de abstinência aguda ou intoxicação grave; ou há outra evidência sugerindo a existência de transtorno bipolar e transtorno relacionado não induzido por substância/medicamento independente (p. ex., história de episódios recorrentes não relacionados a substância/medicamento).

D. A perturbação no humor não ocorre exclusivamente durante o curso de delírium.

E. A perturbação no humor causa sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Nota para codificação: Os códigos da CID-9-MC e da CID-10-MC para transtorno bipolar e transtornos relacionados induzido por [substância/medicamento específico] estão indicados na tabela a seguir. Observar que o código da CID-10-MC depende de haver ou não um transtorno por uso de substância comórbido presente para a mesma classe de substância. Se um transtorno por uso de substância leve é comórbido a transtorno bipolar e transtorno relacionado induzi-

do por substância, o número da 4ª posição é “1”, e o clínico deve registrar “transtorno por uso de [substância] leve” antes de transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância (p. ex., “transtorno por uso de cocaína leve com transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por cocaína”). Se um transtorno por uso de substância moderado ou grave é comórbido a transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância, o número da 4ª posição é “2”, e o clínico deve registrar “transtorno por uso de [substância] moderado” ou “transtorno por uso de [substância] grave”, dependendo da gravidade do transtorno por uso de substância comórbido. Se não houver transtorno por uso de substância comórbido (p. ex., após um único uso pesado da substância), o número da 4ª posição é “9”, e o clínico deve registrar somente transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância.

		CID-10-MC		
		Com transtorno por uso, leve	Com transtorno por uso, moderado ou grave	Sem transtorno por uso
	CID-9-MC			
Álcool	291.89	F10.14	F10.24	F10.94
Fenciclidina	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Outro alucinógeno	292.84	F16.14	F16.24	F16.94

		CID-10-MC		
		Com transtorno por uso, leve	Com transtorno por uso, moderado ou grave	Sem transtorno por uso
	CID-9-MC			
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico	292.84	F13.14	F13.24	F13.94
Anfetamina (ou outro estimulante)	292.84	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaína	292.84	F14.14	F14.24	F14.94
Outra substância (ou substância desconhecida)	292.84	F19.14	F19.24	F19.94

Especificar se (ver Tabela 1 no capítulo “Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos” para diagnósticos associados à classe da substância):

Com início durante a intoxicação: Se os critérios são preenchidos para intoxicação pela substância, e os sintomas desenvolvem-se durante a intoxicação.

Com início durante a abstinência: Se os critérios são preenchidos para abstinência da substância, e os sintomas desenvolvem-se durante, ou logo após, a abstinência.

Procedimentos para Registro

CID-9-MC. O nome do transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/ medicamento termina com o nome da substância (p. ex., cocaína, dexametasona) que supostamente causou os sintomas de humor bipolar. O código diagnóstico é selecionado da tabela, com base na classe da substância. No caso de substâncias que não se encaixam em nenhuma classe (p. ex., dexametasona), o código para “outra substância” deve ser usado; e, nos casos em que uma substância é considerada o fator etiológico, mas sua classe específica é desconhecida, deve ser usada a categoria “substância desconhecida”.

O nome do transtorno é seguido pela especificação do início (i.e., início durante a intoxicação, início durante a abstinência). Diferentemente dos procedimentos para registro da CID-10-MC, que combinam o transtorno induzido por substância e o transtorno por uso de substância

em um só código, a CID-9-MC fornece um código separado para transtorno por uso de substância. Por exemplo, no caso de sintomas irritáveis que ocorrem durante a intoxicação em um homem com transtorno por uso de cocaína grave, o diagnóstico é transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por cocaína 292.84, com início durante a intoxicação. É também dado um diagnóstico adicional de transtorno por uso de cocaína grave 304.20. Quando se acredita que mais de uma substância tem papel importante no desenvolvimento de sintomas de humor bipolar, cada uma deve ser listada separadamente (p. ex., transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por metilfenidato 292.84, com início durante a intoxicação; transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por dexametasona 292.84, com início durante a intoxicação).

CID-10-MC. O nome do transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento termina com a substância específica (p. ex., cocaína, dexametasona) que supostamente causou os sintomas de humor bipolar. O código diagnóstico é selecionado da tabela, com base na classe da substância e na presença ou ausência de transtorno comórbido por uso de substância. No caso de substâncias que não se encaixam em nenhuma das classes (p. ex., dexametasona), o código para “outra substância” deve ser usado; e, nos casos em que se acredita que uma substância seja o fator etiológico, mas sua classe específica é desconhecida, deve ser usada a categoria “substância desconhecida”.

Ao registrar o nome do transtorno, é listado primeiro o transtorno por uso de substância comórbido (se houver), seguido da palavra “com”, seguido do nome do transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância, seguido da especificação do início (i.e., início durante a 144 Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados

intoxicação, início durante a abstinência). Por exemplo, no caso de sintomas irritáveis que ocorrem durante a intoxicação em um homem com transtorno por uso de cocaína grave, o diagnóstico é transtorno por uso de cocaína grave com transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por cocaína F14.24, com início durante a intoxicação. Um diagnóstico separado da comorbidade de transtorno por uso de cocaína grave não é estabelecido. Se o transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância ocorrer sem a comorbidade com transtorno por uso de substância (p. ex., após um único uso pesado da substância), não é registrado transtorno por uso de substância (p. ex., transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por anfetamina F15.94, com início durante a intoxicação). Quando se acreditar que mais de uma substância desempenha papel importante no desenvolvimento de sintomas de humor bipolar, cada uma deve ser listada em separado (p. ex., transtorno por uso de metilfenidato grave com transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por metilfenidato F15.24, com início durante a intoxicação; transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por dexametasona F19.94, com início durante a intoxicação).

Características Diagnósticas

As características diagnósticas do transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento são essencialmente as mesmas que as de mania, hipomania ou depressão. Uma exceção importante ao diagnóstico de transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento é o caso de hipomania ou mania que ocorre após uso de medicamento antidepressivo ou outros tratamentos e persiste além dos efeitos fisiológicos do fármaco. Essa condição é considerada indicadora de transtorno bipolar real, e não de transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento. Da mesma forma, os indivíduos com episódios maníacos ou hipomaníacos evidentes induzidos por eletroconvulsoterapia que persistem além dos efeitos fisiológicos do tratamento são diagnosticados com transtorno bipolar, e não com transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento. Efeitos colaterais de alguns fármacos antidepressivos e outros psicotrópicos (p. ex., nervosismo, agitação) podem se assemelhar a sintomas primários de síndrome maníaca, embora sejam fundamentalmente distintos de sintomas bipolares e insuficientes para o diagnóstico. Isto é, os sintomas dos critérios de mania/hipomania têm especificidade (simples agitação não é o mesmo

que envolvimento excessivo em atividades com uma finalidade), e uma quantidade suficiente desses sintomas deve estar presente (não apenas 1 ou 2) para que sejam feitos esses diagnósticos. Particularmente, o início de 1 ou 2 sintomas não específicos – irritabilidade, nervosismo ou agitação durante tratamento antidepressivo – na ausência de uma síndrome completa de mania ou hipomania não deve ser entendido como apoio a um diagnóstico de transtorno bipolar.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A etiologia (relacionada causalmente com o uso de medicamentos psicotrópicos ou substâncias de abuso com base nas melhores evidências clínicas) é a principal variável nessa forma etiológicamente especificada de transtorno bipolar. Substâncias/medicamentos comumente consideradas como associadas ao transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento incluem a classe dos estimulantes, além da fenciclidina e dos esteroides; entretanto, uma série de substâncias potenciais continua surgindo conforme novos compostos são sintetizados (p. ex., os chamados sais de banho). História de uso de tais substâncias pode ajudar a aumentar a certeza diagnóstica.

Prevalência

Não existem estudos epidemiológicos de mania ou transtorno bipolar induzido por substância/medicamento. Cada substância etiológica pode ter o próprio risco individual de induzir um transtorno bipolar (maníaco/hipomaníaco).

Desenvolvimento e Curso

Na mania induzida por fenciclidina, a apresentação inicial pode ser a de delírium com características afetivas, que depois passa a um estado atipicamente parecido com mania ou mania mista. Essa condição ocorre após ingestão ou inalação rápida, em geral em horas ou, no máximo, poucos dias. Nos estados maníacos ou hipomaníacos induzidos por estimulantes, a resposta ocorre em minutos a uma hora após uma ou várias ingestões ou injeções. O episódio é muito curto e costuma terminar em 1 a 2 dias. Com corticosteroides e alguns medicamentos imunossupressores, a mania (ou estado misto ou depressivo) normalmente ocorre após vários dias de ingestão, e doses mais altas parecem ter probabilidade maior de produzir sintomas bipolares.

Marcadores Diagnósticos

A determinação da substância de uso pode ser feita por meio de marcadores no sangue ou na urina para corroborar o diagnóstico.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento deve ser diferenciado de outros transtornos bipolares, delírium por intoxicação por substância ou induzido por substância e efeitos colaterais de medicamentos (conforme observado anteriormente). Um episódio maníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para diagnóstico de transtorno bipolar tipo I. Um episódio hipomaníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para diagnóstico de transtorno bipolar tipo II somente se precedido de um episódio depressivo maior.

Comorbidade

Comorbidades são aquelas associadas ao uso de substâncias ilícitas (no caso de estimulantes ilegais ou fenciclidina) ou ao uso inadequado dos estimulantes prescritos. As comorbidades relacionadas a esteroides ou imunossupressores são as decorrentes das indicações médicas para esses

medicamentos. Pode ocorrer delirium antes ou ao longo dos sintomas maníacos em indivíduos que ingerem fenciclidina ou naqueles com prescrição de medicamentos esteroides ou outros fármacos imunossupressores.

Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Devido a Outra Condição Médica

Critérios Diagnósticos

A. Um período proeminente e persistente de humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável e de atividade ou energia anormalmente aumentada que predomina no quadro clínico.

B. Há evidências da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a perturbação é a consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.

C. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental.

D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de delirium.

E. A perturbação causa sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, demanda hospitalização para prevenir lesão a si ou a outras pessoas, ou há características psicóticas.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC para transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica é 293.83, atribuído independentemente do especificador. O código da CID-10-MC depende do especificador (ver adiante).

Especificar se:

(F06.33) Com características maníacas: Não estão satisfeitos todos os critérios para um episódio maníaco ou hipomaníaco.

(F06.33) Com episódio tipo maníaco ou hipomaníaco: Estão atendidos todos os critérios, exceto o Critério D para um episódio maníaco, ou exceto o Critério F para um episódio hipomaníaco.

(F06.34) Com características mistas: Os sintomas de depressão estão também presentes, embora não predominem no quadro clínico.

Nota para codificação: Incluir o nome da outra condição médica no nome do transtorno mental (p. ex., 293.83 [F06.33]) transtorno bipolar devido a hipertireoidismo, com características maníacas. A outra condição médica também deve ser codificada e listada em separado, imediatamente antes de transtorno bipolar e transtorno relacionado devido à condição médica (p. ex., 242.90 [E05.90] hipertireoidismo; 293.83 [F06.33] transtorno bipolar devido a hipertireoidismo, com características maníacas).

Características Diagnósticas

As características essenciais do transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica incluem a presença de um período proeminente e persistente de humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável e de atividade ou energia anormalmente aumentada predominando no quadro clínico atribuível a outra condição médica (Critério B). Na maioria dos casos, o quadro maníaco ou hipomaníaco pode surgir durante a apresentação inicial da condição médica (i.e., em um mês); há, no entanto, exceções, especialmente nas condições médicas crônicas, que podem piorar ou entrar em recaída, antecedendo o início do quadro maníaco ou hipomaníaco. Transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica não é diagnosticado quando os episódios maníaco ou hipomaníaco definitivamente antecedem a condição médica, uma vez que o diagnóstico adequado seria transtorno bipolar (exceto na circunstância incomum em que todos os episódios maníacos ou hipomaníacos precedentes – ou, quando ocorreu apenas um episódio assim, o episódio precedente maníaco ou hipomaníaco – estavam associados à ingestão de uma substância/medicamento). O diagnóstico de transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica não deve ser feito durante o curso de delirium (Critério D). O episódio maníaco ou hipomaníaco no transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica deve

causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras área importante da vida do indivíduo para se qualificar para esse diagnóstico (Critério E).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A etiologia (i.e., uma relação causal com outra condição médica baseada nas melhores evidências clínicas) é a principal variável nessa forma etiologicamente específica de transtorno bipolar. A lista completa de condições médicas supostamente capazes de induzir mania nunca está completa, e o melhor julgamento do clínico é a essência desse diagnóstico. Entre as condições médicas mais conhecidas que causam mania ou hipomania estão doença de Cushing e esclerose múltipla, além de acidente vascular cerebral e lesões cerebrais traumáticas.

Desenvolvimento e Curso

Transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica costuma ter início de forma aguda ou subaguda na primeira semana ou no primeiro mês do surgimento da condição médica associada. Nem sempre, entretanto, é esse o caso, uma vez que piora ou recaída posterior da condição médica associada pode preceder o início da síndrome maníaca ou hipomaníaca. O clínico deve julgar se nessas situações a condição médica é o agente causal, com base na Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Devido a Outra Condição Médica 147

sequência temporal e na plausibilidade de uma relação causal. Por fim, pode ocorrer remissão da síndrome maníaca ou hipomaníaca antes ou logo após a remissão da condição médica, especialmente quando o tratamento dos sintomas maníacos/hipomaníacos for efetivo.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Diferenças relacionadas à cultura, na medida em que exista alguma evidência, dizem respeito àquelas associadas com a condição médica (p. ex., taxas de esclerose múltipla e acidente vascular cerebral variam ao redor do mundo com base nos fatores genéticos, na dieta e em outros fatores ambientais).

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Diferenças relacionadas ao gênero dizem respeito àquelas associadas com a condição médica (p. ex., lúpus eritematoso sistêmico é mais comum no sexo feminino; acidente vascular cerebral é um pouco mais comum em homens de meia-idade em comparação às mulheres).

Marcadores Diagnósticos

Os marcadores diagnósticos dizem respeito àqueles associados à condição médica (p. ex., níveis de esteroides no sangue ou na urina ajudam a corroborar o diagnóstico de doença de Cushing, que pode estar associada a síndrome maníaca ou depressiva; exames laboratoriais confirmam o diagnóstico de esclerose múltipla).

Consequências Funcionais do Transtorno Bipolar e

Transtorno Relacionado Devido a Outra Condição Médica

Consequências funcionais dos sintomas bipolares podem exacerbar prejuízos associados à condição médica, podendo implicar resultados piores devido à interferência no tratamento médico. Em geral, acredita-se, embora não esteja estabelecido, que o transtorno, quando induzido pela doença de Cushing, não recorrerá se esta estiver curada ou sob controle. Sugere-se, ainda, embora não esteja estabelecido, que síndromes do humor, incluindo as depressivas e maníacas/hipomaníacas, podem ser episódicas (i.e., recorrentes) com lesões encefálicas estáticas e outras doenças do sistema nervoso central.

Diagnóstico Diferencial

Sintomas de delirium, catatonia e ansiedade aguda. É importante diferenciar sintomas de mania de excitação ou hipervigilância relacionada a sintomas delirantes, de excitação relacionada a sintomas catatônicos e de agitação relacionada a estados agudos de ansiedade.

Sintomas depressivos ou maníacos induzidos por medicamentos. Uma importante obser-

vação no diagnóstico diferencial é a de que a outra condição médica pode ser tratada com medicamentos (p. ex., esteroides ou interferon alfa) capazes de induzir sintomas depressivos ou maníacos. Nesses casos, o julgamento clínico, utilizando todas as evidências, é a melhor forma de tentar separar o mais provável e/ou o mais importante dos dois fatores etiológicos (i.e., associação com a condição médica vs. síndrome induzida por substância/medicamento). O diagnóstico diferencial das condições médicas associadas é relevante, no entanto, está além do objetivo deste Manual.

Comorbidade

Condições comórbidas com transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica são aquelas associadas com as condições médicas de relevância etiológica. Delirium pode ocorrer antes ou durante os sintomas maníacos em pessoas com a doença de Cushing.

Outro Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Especificado 296.89 (F31.89)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que os sintomas característicos de um transtorno bipolar e transtorno relacionado que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtorno bipolar e transtornos relacionados. A categoria outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado é usada em situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno bipolar e transtorno relacionado específico. Isso é feito por meio do registro de “outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado”, seguido pela razão específica (p. ex., “ciclotimia de curta duração”).

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação “outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado” incluem:

1. Episódios maníacos de curta duração (2 a 3 dias) e episódios depressivos maiores:
História de vida com um ou mais episódios depressivos maiores em pessoas cuja apresentação nunca atendeu a todos os critérios para um episódio maníaco ou hipomaníaco, embora tenham vivido dois ou mais episódios de hipomania de curta duração que atenderam a todos os critérios sintomáticos para um episódio maníaco, porém com duração de apenas 2 a 3 dias. Os episódios de sintomas hipomaníacos não se sobrepuseram no tempo aos episódios depressivos maiores, de modo que a perturbação de humor não atende a critérios para episódio depressivo maior, com características mistas.
2. Episódios hipomaníacos com sintomas insuficientes e episódios depressivos maiores:
História de vida com um ou mais episódios depressivos maiores em pessoas cuja apresentação nunca atendeu a todos os critérios para um episódio maníaco ou hipomaníaco, embora tenham vivido um ou mais episódios de hipomania que não atenderam a todos os critérios de sintomas (i.e., um mínimo de quatro dias consecutivos de humor elevado e 1 ou 2 dos outros sintomas de um episódio hipomaníaco, ou humor irritável e 2 ou 3 dos outros sintomas de um episódio hipomaníaco). Os episódios de sintomas hipomaníacos não se sobrepuseram no tempo aos episódios depressivos maiores, de modo que a perturbação não atende a critérios para episódio depressivo maior, com características mistas.
3. Episódio hipomaníaco sem episódio depressivo maior anterior: Um ou mais episódios hipomaníacos em pessoa cuja apresentação nunca atendeu à totalidade dos critérios para um episódio depressivo maior ou um episódio maníaco. Se isso ocorre em indivíduo com diagnóstico estabelecido de transtorno depressivo persistente (distímia), os dois diagnósticos podem ser concomitantemente aplicados durante os períodos em que todos os critérios

para um episódio hipomaníaco estão atendidos.

4. **Ciclotimia de curta duração** (menos de 24 meses): Episódios múltiplos de sintomas hipomaníacos que não satisfazem os critérios para um episódio hipomaníaco e episódios múltiplos de sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior que persistem por um período de menos de 24 meses (menos de 12 meses em crianças e adolescentes) em indivíduo cuja apresentação nunca satisfaz todos os critérios para um episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco e que não atende aos critérios para nenhum transtorno psicótico. No curso do transtorno, os sintomas hipomaníacos ou depressivos estão presentes na maioria dos dias, a pessoa não ficou sem sintomas por mais de dois meses consecutivos, e os sintomas causam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo.

Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Não Especificado

296.80 (F31.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de transtorno bipolar e transtorno relacionado que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtorno bipolar e transtornos relacionados. A categoria transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado é usada em situações em que o clínico opta por não especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno bipolar e transtorno relacionado específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico (p. ex., em salas de emergência).

Especificadores para Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados

Especificar se:

Com sintomas ansiosos: A presença de pelo menos dois dos sintomas a seguir, durante a maioria dos dias do episódio atual ou mais recente de mania, hipomania ou depressão:

1. Sentir-se nervoso ou tenso.
2. Sentir-se incomumente inquieto.
3. Dificuldade de concentrar-se por estar preocupado.
4. Medo de que algo terrível possa acontecer.
5. Sensação de que a pessoa pode perder o controle de si mesma.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Dois sintomas.

Moderada: Três sintomas.

Moderada-grave: Quatro ou cinco sintomas.

Grave: Quatro ou cinco sintomas com agitação motora.

Nota: Sintomas de ansiedade têm sido observados como característica marcante dos transtornos bipolar e depressivo maior no contexto de cuidado primário e especializado em saúde mental. Níveis elevados de ansiedade estão associados a risco maior de suicídio, duração maior da doença e maior probabilidade de não resposta ao tratamento. Em consequência, é de utilidade clínica especificar, com exatidão, a presença e os níveis de gravidade dos sintomas de ansiedade, para planejar o tratamento e monitorar a resposta a ele.

Com características mistas: O especificador com características mistas pode se aplicar ao atual episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo nos transtornos bipolar tipo I ou tipo II:

Episódio maníaco ou hipomaníaco, com características mistas:

A. São atendidos todos os critérios para um episódio maníaco ou hipomaníaco, e pelo menos três dos sintomas a seguir estão presentes durante a maioria dos dias do episódio atual ou mais recente de mania ou hipomania:

1. Disforia ou humor depressivo acentuado conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outra pessoa (p. ex., parece chorar).

2. Interesse ou prazer diminuído em todas, ou quase todas, as atividades (conforme indicado por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).

3. Retardo psicomotor quase diário (observável por outra pessoa; não são simples sensações subjetivas de estar mais lento).

4. Fadiga ou perda de energia.¹⁵⁰ Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados

5. Sentimentos de inutilidade ou de culpa excessiva ou inapropriada (não uma simples autorre-criminação ou culpa por estar doente).

6. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Sintomas mistos são observáveis por outras pessoas e representam uma mudança em relação ao comportamento habitual do indivíduo.

C. Para indivíduos cujos sintomas satisfazem todos os critérios de mania e depressão simultaneamente, o diagnóstico deve ser de episódio maníaco, com características mistas, devido ao prejuízo acentuado e à gravidade clínica da mania plena.

D. Os sintomas mistos não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento).

Episódio depressivo, com características mistas:

A. São atendidos todos os critérios para um episódio depressivo maior, e pelo menos três dos sintomas maníacos/hipomaníacos a seguir estão presentes durante a maioria dos dias do episódio atual ou mais recente de depressão:

1. Humor elevado, expansivo.

2. Autoestima inflada ou grandiosidade.

3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.

4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.

5. Aumento na energia ou na atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente).

6. Envolvimento aumentado ou excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).

7. Redução da necessidade de sono (sente-se descansado apesar de dormir menos que o habitual; para ser contrastado com insônia).

B. Sintomas mistos são passíveis de observação por outras pessoas e representam uma mudança em relação ao comportamento habitual do indivíduo.

C. Para indivíduos cujos sintomas satisfazem todos os critérios do episódio para mania e depressão simultaneamente, o diagnóstico deve ser de episódio maníaco, com características mistas.

D. Os sintomas mistos não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento).

Nota: As características mistas associadas a um episódio depressivo maior foram consideradas como fator de risco significativo para o desenvolvimento dos transtornos bipolar tipo I e tipo II. Assim, é clinicamente útil registrar a presença desse especificador para planejar o tratamento e monitorar a resposta a ele.

Com ciclagem rápida (pode ser aplicado ao transtorno bipolar tipo I ou ao transtorno bipolar tipo II): Presença de pelo menos quatro episódios de humor nos 12 meses anteriores que atendam aos

critérios de episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo maior.

Nota: Os episódios são demarcados por remissões parciais ou totais de pelo menos dois meses ou por troca para um episódio da polaridade oposta (p. ex., episódio depressivo maior para episódio maníaco).

Nota: A característica essencial de um transtorno bipolar de ciclagem rápida é a ocorrência de pelo menos quatro episódios de humor durante os 12 meses anteriores. Esses episódios podem ocorrer em qualquer combinação e ordem. Devem atender a critérios de duração e quantidade de sintomas para episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco, devendo também ser demarcados por um período de remissão completa ou por uma troca para um episódio da polaridade oposta. Episódios maníacos e hipomaníacos são contados como do mesmo polo. A não ser pelo fato de ocorrerem com mais frequência, os episódios que ocorrem em um padrão de ciclagem rápida não diferem daqueles que não ocorrem em um padrão de ciclagem rápida. Episódios de humor que contam para a definição de um padrão de ciclagem rápida excluem aqueles diretamente causados por uma substância (p. ex., cocaína, corticosteroides) ou outra condição médica.

Com características melancólicas:

A. Uma das seguintes está presente durante o período mais grave do episódio atual:

1. Perda de prazer em todas, ou quase todas, as atividades.
2. Falta de reatividade a estímulos comumente prazerosos (não se sente muito bem, mesmo temporariamente, quando ocorre algo bom).

B. Três (ou mais) das seguintes:

1. Qualidade distinta de humor deprimido caracterizada por desânimo profundo, desespero, morosidade ou pelo chamado humor vazio.
2. Depressão que normalmente é pior pela manhã.
3. Despertar bem cedo pela manhã (i.e., pelo menos duas horas antes do habitual).
4. Agitação ou retardo psicomotor acentuados.
5. Anorexia ou perda de peso significativa.
6. Culpa excessiva ou inapropriada.

Nota: O especificador “com características melancólicas” é aplicado quando essas características estão presentes no estágio mais grave do episódio. Há ausência quase total da capacidade para o prazer, não simplesmente uma redução. Uma diretriz para avaliação da falta de reatividade do humor é a de que mesmo eventos altamente desejados não são associados a melhora do humor. O humor não mostra melhora alguma, ou a melhora é apenas parcial (p. ex., até 20 a 40% do normal durante somente alguns minutos por vez). A “qualidade distinta” do humor, característica do especificador “com características melancólicas”, é vivida como qualitativamente diferente daquela durante um episódio depressivo não melancólico. Um humor deprimido que é descrito como simplesmente mais grave, com duração maior ou presente sem uma razão, não é considerado distinto em qualidade. Mudanças psicomotoras estão quase sempre presentes e são passíveis de observação por outras pessoas.

Características melancólicas demonstram somente uma tendência modesta para se repetir ao longo dos episódios no mesmo indivíduo. Elas são mais frequentes em pacientes internados, em oposição a pacientes ambulatoriais; têm menos possibilidade de ocorrer em episódios depressivos maiores mais leves do que nos mais graves; e têm ainda mais probabilidade de ocorrer naqueles com características psicóticas.

Com características atípicas: Este especificador pode ser aplicado quando essas características predominam durante a maioria dos dias do episódio depressivo maior atual ou mais recente.

A. Reatividade do humor (i.e., o humor melhora em resposta a eventos positivos reais ou potenciais).

B. Duas (ou mais) das seguintes características:

1. Aumento significativo de peso ou do apetite.
2. Hipersonia.

3. Paralisia “de chumbo” (i.e., sensações de peso, de ter “chumbo” nos braços ou nas pernas).
 4. Padrão prolongado de sensibilidade à rejeição interpessoal (não limitado aos episódios de perturbação do humor) que resulta em prejuízo social ou profissional significativo.
- C. Não são satisfeitos os critérios para “com características melancólicas” ou “com catatonia” durante o mesmo episódio.

Nota: “Depressão atípica” tem importância histórica (i.e., atípica em oposição às apresentações agitadas e “endógenas” mais clássicas da depressão, que eram a norma quando a doença era raramente diagnosticada em pacientes não internados e em adolescentes ou adultos jovens); atualmente não conota uma apresentação clínica rara ou pouco comum, conforme possa implicar o termo.

Reatividade do humor é a capacidade de se alegrar ante eventos positivos (p. ex., visita dos filhos, elogios feitos por outras pessoas). O humor pode ficar eutímico (não triste), até por períodos prolongados, quando as circunstâncias externas permanecem favoráveis. Aumento do apetite pode se manifestar por claro aumento na ingestão alimentar ou por ganho de peso. A hipersonia pode incluir um período prolongado de sono noturno ou cochilos diurnos que totalizam no mínimo 10 horas de sono por dia (ou pelo menos duas horas a mais do que quando 152 Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados

não deprimido). Paralisia “de chumbo” é definida como sentir-se pesado, inerte ou oprimido, geralmente nos braços ou nas pernas. Essa sensação costuma estar presente por pelo menos uma hora ao dia, embora costume durar várias horas seguidas. Diferentemente de outras características atípicas, a sensibilidade patológica à percepção de rejeição interpessoal é um traço com início precoce que persiste durante a maior parte da vida adulta. Ocorre quando a pessoa está e quando não está deprimida, embora possa se exacerbar durante os períodos depressivos. Com características psicóticas: Delírios ou alucinações estão presentes a qualquer momento no episódio. Se as características psicóticas estão presentes, especificar se congruentes ou incongruentes com o humor:

Com características psicóticas congruentes com o humor: Durante episódios maníacos, o conteúdo de todos os delírios e alucinações é consistente com os temas maníacos típicos de grandiosidade, invulnerabilidade, etc., embora possa incluir também temas de suspeita ou paranoia, especialmente em relação a dúvidas de outras pessoas sobre as capacidades e realizações do indivíduo.

Com características psicóticas incongruentes com o humor: O conteúdo dos delírios e das alucinações é inconsistente com os temas da polaridade episódica descritos anteriormente, ou o conteúdo é uma mistura de temas incongruentes e congruentes com o humor.

Com catatonia: Este especificador pode ser aplicado a um episódio de mania ou depressão se características de catatonia estão presentes durante a maior parte do episódio. Ver os critérios para catatonia associada a um transtorno mental no capítulo “Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos”.

Com início no periparto: Este especificador pode ser aplicado ao episódio atual ou, se a totalidade de critérios não estiver momentaneamente satisfeita para um episódio de humor, ao episódio mais recente de mania, hipomania ou depressão maior no transtorno bipolar tipo I ou no transtorno bipolar tipo II se o início dos sintomas de humor ocorre durante a gestação ou nas quatro semanas após o parto.

Nota: Episódios de humor podem ter início durante a gestação ou no pós-parto. Embora as estimativas sejam diferentes de acordo com o período de acompanhamento pós-parto, entre 3 e 6% das mulheres terão um episódio depressivo maior durante a gestação ou nas semanas ou meses após o parto. Cinquenta por cento dos episódios depressivos maiores “pós-parto”, na verdade, começam antes do nascimento. Assim, esses episódios são chamados coletivamente de episódios do periparto. Mulheres com episódios depressivos maiores no periparto frequentemente têm ansiedade grave e até ataques de pânico. Estudos prospectivos têm demonstrado que sintomas de ansiedade e humor durante a gestação, bem como o baby blues aumentam o risco de episódio depressivo maior após o parto.

Episódios de humor com início no periparto podem se apresentar com ou sem características psicóticas. Infanticídio está mais frequentemente associado com episódios psicóticos após o parto que são caracterizados por alucinações com vozes de comando para matar o bebê ou delírios de que o bebê está possuído, embora sintomas psicóticos possam também ocorrer em episódios de humor graves após o parto sem tais delírios ou alucinações específicos.

Episódios de humor após o parto (depressivos maiores ou maníacos) com características psicóticas parecem ocorrer em 1 a cada 500 a 1 a cada 1.000 nascimentos e podem ser mais comuns em mulheres primíparas. O risco de episódios pós-parto com características psicóticas está particularmente aumentado em mulheres com episódios de humor pós-parto anteriores, embora seja também elevado para aquelas com história anterior de transtorno depressivo ou bipolar (sobretudo transtorno bipolar tipo I) e aquelas com história familiar de transtornos bipolares.

Uma vez que uma mulher teve um episódio de humor pós-parto com características psicóticas, o risco de recorrência a cada nascimento posterior fica entre 30 e 50%. Episódios de humor após o parto devem ser diferenciados do delírium que ocorre no período após o parto, que é distinto por apresentar flutuação do nível de consciência ou atenção. O período após o parto é singular no que se refere ao grau de alterações neuroendócrinas e adaptações psicossociais, ao

Especificadores para Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados 153
impacto potencial da amamentação no plano de tratamento e às implicações de longo prazo de uma história de transtorno do humor após o parto no planejamento familiar subsequente.

Com padrão sazonal: Este especificador aplica-se ao padrão ao longo da vida dos episódios de humor. A característica essencial é um padrão sazonal regular de pelo menos um tipo de episódio (i.e., mania, hipomania ou depressão). Os demais tipos de episódios podem não seguir esse padrão. Por exemplo, uma pessoa pode ter manias sazonais, mas suas depressões não ocorrem regularmente em determinada época do ano.

A. Há relação temporal regular entre o início dos episódios maníacos, hipomaníacos ou depressivos maiores e determinada época do ano (p. ex., outono ou inverno) nos transtornos bipolar tipo I ou tipo II.

Nota: Não incluir casos em que há claro efeito de estressores psicossociais relacionados à sazonalidade (p. ex., estar regularmente desempregado a cada inverno).

B. Remissões completas (ou mudança de depressão maior para mania ou hipomania, ou vice-versa) também ocorrem em uma determinada época do ano (p. ex., a depressão desaparece na primavera).

C. Nos últimos dois anos, episódios maníacos, hipomaníacos ou depressivos maiores do indivíduo têm demonstrado uma relação temporal sazonal, como definido anteriormente, e não ocorreram episódios não sazonais daquela polaridade durante esse período de dois anos.

D. Manias, hipomanias ou depressões sazonais (conforme descrição anterior) ultrapassam substancialmente em quantidade todas as manias, hipomanias ou depressões não sazonais que possam ter ocorrido ao longo da vida de uma pessoa.

Nota: Este especificador pode ser aplicado ao padrão de episódios depressivos maiores no transtorno bipolar tipo I, no transtorno bipolar tipo II ou no transtorno depressivo maior recorrente.

A característica essencial é o início e a remissão de episódios depressivos maiores em períodos característicos do ano. Na maioria dos casos, os episódios começam no outono ou no inverno e têm remissão na primavera. Menos comumente, pode haver episódios depressivos recorrentes no verão. Esse padrão de início e remissão de episódios deve ter ocorrido durante pelo menos dois anos, sem a ocorrência de qualquer episódio não sazonal durante esse período. Além disso, os episódios depressivos sazonais devem ultrapassar substancialmente em quantidade os episódios depressivos não sazonais ao longo da vida do indivíduo.

Este especificador não se aplica àquelas situações em que o padrão é mais bem explicado por estressores psicossociais ligados à sazonalidade (p. ex., desemprego ou compromissos escolares sazonais). Episódios depressivos maiores que ocorrem em um padrão sazonal são frequentemente caracterizados por diminuição da energia, hipersonia, hiperfagia, ganho de peso

e grande desejo por carboidratos. Ainda não está claro se um padrão sazonal é mais provável em transtorno depressivo maior recorrente ou em transtornos bipolares. No grupo dos transtornos bipolares, entretanto, parece ser mais provável um padrão sazonal no transtorno bipolar tipo II do que no transtorno bipolar tipo I. Em alguns indivíduos, o início de episódios maníacos ou hipomaníacos pode também estar associado a determinada estação do ano.

A prevalência do padrão sazonal do tipo inverno parece variar com a latitude, a idade e o sexo. A prevalência aumenta em latitudes mais elevadas. A idade é também um sólido preditor de sazonalidade, com os mais jovens em maior risco para episódios depressivos de inverno.

Especificar se:

Em remissão parcial: Sintomas do episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo imediatamente anterior estão presentes, mas não estão satisfeitos todos os critérios, ou há um período com duração inferior a dois meses sem nenhum sintoma importante de um episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo maior após o término desse episódio.

Em remissão completa: Durante os últimos dois meses, não estavam presentes sinais ou sintomas significativos da perturbação do humor.¹⁵⁴ Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados
Especificar a gravidade atual:

A gravidade baseia-se na quantidade de sintomas dos critérios, na gravidade desses sintomas e no grau de incapacidade funcional.

Leve: Estão presentes poucos sintomas, ou nenhum, que excedam os necessários para preenchimento dos critérios diagnósticos, a intensidade dos sintomas causa sofrimento, mas é manejável, e os sintomas resultam em prejuízo menor ao funcionamento social ou profissional.

Moderada: A quantidade de sintomas, sua intensidade e/ou o prejuízo funcional situam-se entre aqueles especificados como “leves” e “graves”.

Grave: A quantidade de sintomas excede substancialmente aqueles necessários para fazer um diagnóstico, a intensidade deles causa sofrimento sério e de difícil manejo, e eles interferem no funcionamento social e profissional de forma acentuada.