



**UNIVERSIDADE FRANCISCANA**  
**CURSO DE MEDICINA**

**ANNA CAROLINA MARCHESE DOS SANTOS**

**TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO:**  
**PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO**  
**BIPOLAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**ASSISTANCE PROTOCOL FOR THE DIAGNOSIS OF BIPOLAR DISORDER IN**  
**PRIMARY CARE**

**Santa Maria, RS**  
**2021**

**Anna Carolina Marchese dos Santos**

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO  
BIPOLAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
ASSISTANCE PROTOCOL FOR THE DIAGNOSIS OF BIPOLAR DISORDER IN  
PRIMARY CARE**

Trabalho final de graduação (tfg) apresentado ao  
Curso de Medicina. Área de Ciências da Saúde da  
Universidade Franciscana – UFN, como requisito  
parcial para aprovação na disciplina de tfg

**Orientador: Felipe Salles de Salles**

**Santa Maria, RS  
2021**

## RESUMO

### PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO BIPOLAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

AUTORA: Anna Carolina Marchese dos Santos

ORIENTADOR: Felipe Salles de Salles

O transtorno bipolar é uma condição psiquiátrica que envolve acentuadas alterações de humor, as quais prejudicam diversas esferas da vida do indivíduo que o possui. Infelizmente, é um transtorno difícil de se diagnosticar, devido ao fato de compartilhar sintomas com outras patologias psiquiátricas, como o transtorno depressivo maior, acarretando tratamentos equivocados e sofrimento deste paciente. Desse modo, é de grande proveito à equipe de saúde, a formulação de uma ferramenta simples, para auxiliar no correto diagnóstico do transtorno bipolar em serviços de Atenção Primária, os quais necessitam ajudar o paciente da melhor forma possível, mesmo que com recursos escassos. Assim, o objetivo deste trabalho, elaborado a partir de uma revisão da literatura, é formular um protocolo assistencial a ser utilizado como um instrumento no atendimento de pacientes portadores do transtorno bipolar que procuram os serviços de Atenção Primária.

**Palavras-chave:** Transtorno Bipolar. Protocolo. Diagnóstico. Psiquiatria. Atenção Primária.

## **ABSTRACT**

### **ASSISTANCE PROTOCOL FOR THE DIAGNOSIS OF BIPOLAR DISORDER IN PRIMARY CARE**

AUTHOR: Anna Carolina Marchese dos Santos

ADVISOR: Felipe Salles de Salles

Bipolar disorder is a psychiatric condition that involves marked changes in mood, which harm various spheres of life of the individual who has it. Unfortunately, it is a difficult disorder to diagnose, due to the fact that it shares symptoms with other psychiatric pathologies, such as major depressive disorder, leading to mistaken treatments and suffering for this patient. Thus, it is of great benefit to the health team, the formulation of a simple tool, to assist in the correct diagnosis of bipolar disorder in Primary Care services, which need to help the patient in the best possible way, even with scarce resources. Thus, the objective of this work, elaborated from a literature review, is to formulate an assistance protocol to be used as an instrument in the care of patients with bipolar disorder who seek primary care services.

**Key words:** Bipolar Disorder. Protocol. Diagnosis. Psychiatry. Primary Care.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
1.2 JUSTIFICATIVA .....	1
1.2.1 OBJETIVOS .....	2
1.2.2 Objetivo Geral .....	2
1.2.3 Objetivos Específicos .....	2
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	<b>2</b>
2.1 BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA .....	2
<b>3. DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)</b> .....	<b>3</b>
<b>4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO</b> .....	<b>3</b>
4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	3
4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	3
<b>5. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>3</b>
5.1 DIAGNÓSTICO .....	3
5.1.1 TRANSTORNO BIPOLAR TIPO I .....	7
5.1.2 TRANSTORNO BIPOLAR TIPO II .....	8
5.1.3 TRANSTORNO CICLOTÍMICO .....	9
5.1.4 TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNO RELACIONADO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA/MEDICAMENTO .....	10
5.1.5 TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNO RELACIONADO DEVIDO A OUTRA CONDIÇÃO MÉDICA .....	11
5.1.6 OUTRO TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNO RELACIONADO ESPECIFICADO .....	11
5.1.7 TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNO RELACIONADO NÃO ESPECIFICADO .....	12
6.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL .....	12
<b>6. FLUXOGRAMA</b> .....	<b>14</b>
<b>7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>15</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O transtorno bipolar é uma condição psiquiátrica que envolve acentuadas alterações de humor, variando entre períodos de humor elevado, depressão e remissões, sendo considerado, pela quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), uma ponte entre esquizofrenia e outros transtornos psicóticos e transtornos depressivos, em termos de sintomatologia, história familiar e genética.

A prevalência mundial do transtorno bipolar é de aproximadamente 1 a 3% da população, afetando homens e mulheres de forma quase que equivalente, sendo que a idade de início de sintomas é em média aos 19 anos; porém, pode ocorrer desde a infância até a terceira idade (STOVALL, 2020). Sua patogênese não é bem conhecida, entretanto estudos comprovam fatores que estão envolvidos no seu desenvolvimento. A história familiar é um dos fatores mais forte e consistente para seu desenvolvimento, além deste, merecem destaque os fatores psicossociais. Outrossim, os pacientes com transtorno bipolar comumente apresentam transtornos mentais comórbidos, em especial os transtornos de ansiedade. O risco de suicídio entre estes indivíduos e a população em geral é de 15 vezes maior, chegando a corresponder a um quarto de todos os suicídios (DSM-5, 2014). Ademais, sabe-se que a capacidade de insight dos pacientes é prejudicada, sendo pior quanto maior os níveis de energia/agitação (SILVA et al, 2017), fator que também contribui para a demora na procura por atendimento médico e, conseqüentemente, para o atraso diagnóstico.

Este transtorno é dividido em dois tipos principais: o Transtorno Bipolar Tipo I e Tipo II. O Tipo I é caracterizado por, pelo menos, um episódio maníaco, não exigindo uma psicose ou episódio depressivo maior; entretanto, a grande maioria dos pacientes apresentam sintomas que se encaixam nos critérios de um episódio depressivo maior, em algum momento de suas vidas. Enquanto, o Transtorno Bipolar Tipo II requer a presença de um ou mais episódios depressivos e pelo menos um episódio hipomaníaco e, atualmente, já não é mais considerado uma condição mais amena que o Tipo I, devido principalmente a quantidade de tempo que estas pessoas passam depressivas e pelo fato de a instabilidade do humor ser tipicamente acompanhada de prejuízo grave em questões psicossociais e profissionais, de acordo com o DSM-5.

### 1.2 JUSTIFICATIVA

Ressalta-se que a busca de dados referentes ao manejo do transtorno bipolar na atenção primária é escassa, fator que dificulta ainda mais o trabalho do profissional e a qualidade de vida do paciente. Diante disto, percebe-se que o médico da saúde primária pode não ter a possibilidade de um atendimento com maior individualização do paciente, além de não ter tempo e oportunidade suficientes para tal.

Devido ao fato de o transtorno bipolar compartilhar sintomas e história familiar com outros dois transtornos psiquiátricos, como a esquizofrenia e outros transtornos

psicóticos e o transtorno depressivo maior, este segundo com grande prevalência na população atual, torna-se mais difícil para um profissional, não especializado e privado de realizar um atendimento de forma ideal, chegar ao diagnóstico de transtorno bipolar. Desse modo, é comum um paciente bipolar ser erroneamente tratado para qualquer um destes outros transtornos, em especial quando se utiliza a terapia de primeira escolha para depressão maior, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), os quais podem acarretar um episódio maníaco no paciente bipolar (KAPLAN, 2017).

Portanto, é crucial facilitar o atendimento destes indivíduos, mesmo que em situações não ideais, como ocorre na atenção primária pública, a fim de evitarmos piora do quadro do paciente, possíveis internações hospitalares e diminuição da qualidade de vida tanto da pessoa como de sua família.

### 1.2.1 OBJETIVOS

#### 1.2.2 Objetivo Geral

Proporcionar aos usuários do sistema primário de saúde pública um atendimento de maior agilidade e qualidade, auxiliando o profissional não especialista a reconhecer de forma mais efetiva o transtorno bipolar em seus pacientes. Desse modo, evitar o uso de medicações desnecessárias, equívocas ou prejudiciais, além de diminuir o tempo entre o início dos sintomas e o correto diagnóstico do transtorno bipolar.

#### 1.2.3 Objetivos Específicos

Auxiliar no diagnóstico deste transtorno desde a atenção primária, para que o paciente inicie o mais logo possível o tratamento adequado.

Auxiliar o profissional de saúde não especialista a reconhecer pacientes com transtorno bipolar no menor período de sintomas possível.

Evitar que o paciente com transtorno bipolar, seja erroneamente diagnosticado e, em consequência, seja equivocadamente tratado.

## 2. METODOLOGIA

### 2.1 BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Este trabalho foi baseado em uma revisão bibliográfica que teve como fonte de pesquisa as plataformas NCBI Pubmed, Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), UpToDate, Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais V (DSM-5) e livros específicos da área psiquiátrica (Kaplan e Sadock). Foram utilizados ao todo 11 artigos.

### **3. DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)**

F31: Transtorno afetivo bipolar

F31.0: Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaniaco

F31.1: Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos

F31.2: Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos

F31.3: Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado

F31.4: Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos

F31.5: Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos

F31.6: Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto

F31.7: Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão

F31.8: Outros transtornos afetivos bipolares

F31.9: Transtorno afetivo bipolar não especificado

### **4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

#### **4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Foram filtrados artigos posteriores ao ano de 2015, sem restrição de faixa etária. Algumas referências incluídas nestes artigos eram anteriores ao ano em questão, no entanto não estavam desatualizadas e foram incluídas. As palavras chaves para a pesquisa foram “diagnóstico”, “transtorno bipolar”, “mania”, “hipomania” e “depressão bipolar”.

#### **4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Foram excluídos artigos com foco apenas no tratamento do transtorno bipolar.

### **5. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **5.1 DIAGNÓSTICO**

Para o diagnóstico do transtorno bipolar é essencial saber quando suspeitar dele, portanto é necessário reconhecer episódios maníacos, hipomaniacos e depressivos atuais ou anteriores (quadros 1, 2 e 3). Sendo assim, é imprescindível coletar uma anamnese detalhada contendo, sobretudo, história patológica pregressa,



familiar e psicossocial, tanto quanto avaliar se o paciente apresenta comportamentos ou ideações suicidas, características psicóticas e demais comorbidades psiquiátricas. Outrossim, pode ser de grande ajuda, entrevistar os familiares do paciente, pois o nível de insight do indivíduo bipolar, além de ser determinado pela fase da doença e por diversos sintomas, é influenciado pelo temperamento afetivo, logo o relato da família auxilia na compreensão da história do paciente (SILVA et al, 2017).

Ademais, é primordial que o profissional da Atenção Primária possa reconhecer que o transtorno bipolar apresenta cinco estágios, a fim de compreender que não existe apenas uma apresentação da doença, cada paciente irá manifestar uma fase e uma gravidade diferentes. Os estágios do transtorno bipolar são: “(1) fase latente: indivíduos com histórico familiar de transtornos do humor que apresentam sintomas de humor e ansiedade e risco aumentado para o desenvolvimento de transtorno bipolar; (2) Estágio I: pacientes com transtorno bipolar que apresentam períodos bem estabelecidos de eutímia e ausência de morbidade psiquiátrica evidente entre os episódios; (3) Estágio II: pacientes que apresentam ciclagem rápida ou comorbidades psiquiátricas atuais, apresentando sintomas mesmo durante a eutímia; (4) Estágio III: pacientes que apresentam um padrão clinicamente relevante de declínio cognitivo e funcional; e (5) Estágio IV: pacientes que não conseguem viver de forma autônoma e podem apresentar alterações volumétricas no cérebro” (KAPCZINSKI et al., 2021).

Entretanto, o médico da Atenção Primária deve levar em conta que síndromes maníaca e hipomaníaca podem ser causadas por outros fatores além do transtorno bipolar, como doenças neurológicas, endócrinas, metabólicas e inflamatórias (MORENO et al., 2005), deste modo, é necessário que cada caso seja analisado individualmente. Apesar de existirem diversas ferramentas para triagem deste transtorno elas não são recomendadas, porque ainda não se sabe se há ou não benefício ao paciente; além destas, existem os instrumentos diagnósticos, os quais são raramente usados na prática clínica, a não ser que seja um caso ambíguo ou contraditório (SUPPES, 2020).

O diagnóstico de transtorno bipolar abrange a definição de um episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo atual ou anterior e a exclusão de qualquer outra patologia ou situação que possa ter ocasionado os sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Por fim, é possível caracterizar o tipo de transtorno bipolar – transtorno bipolar tipo I, transtorno bipolar tipo II, transtorno ciclotímico, transtorno bipolar induzido por substância/medicação, transtorno bipolar devido à outra condição médica, outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado e transtorno bipolar e outro transtorno relacionado não especificado – e os subtipos dos episódios de humor – características psicóticas, catatonia, sintomas ansiosos, características mistas, características melancólicas, características atípicas, de início no periparto ou de padrão sazonal (DSM-5, 2014).

**Quadro 1 – Critérios diagnósticos de um episódio maníaco.**

<b>Episódio Maníaco</b>
A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento 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: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autoestima inflada ou grandiosidade.</li> <li>2. Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono).</li> <li>3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.</li> <li>4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.</li> <li>5. Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.</li> <li>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).</li> <li>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).</li> </ol>
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
Notas: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 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.</li> <li>b) 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.</li> </ol>
Fonte: Retirado de Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5 <sup>o</sup> edição, 2014

**Quadro 2 – Critérios diagnósticos de um episódio hipomaníaco.**

<b>Episódio Hipomaníaco</b>
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: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autoestima inflada ou grandiosidade.</li> <li>2. Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono).</li> <li>3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.</li> </ol>

<p>4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.</p> <p>5. Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.</p> <p>6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora.</p> <p>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).</p>
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)
<p>Notas:</p> <p>a) 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.</p> <p>b) 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.</p>
Fonte: Retirado de Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição, 2014

### Quadro 3 – Critérios diagnósticos de um episódio depressivo.

<b>Episódio Depressivo</b>
<p>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.</p> <p>Nota: Não incluir sintomas que sejam claramente atribuíveis a outra condição médica</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.)</li> <li>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).</li> <li>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.)</li> <li>4. Insônia ou hipersonia quase diária.</li> </ol>

<p>5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outras pessoas; não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).</p> <p>6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.</p> <p>7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriação ou culpa por estar doente).</p> <p>8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).</p> <p>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</p>
<p>B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p>
<p>C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica</p>
<p>Notas:</p> <p>a) 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.</p> <p>b) 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.</p>
<p>Fonte: Retirado de Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição, 2014</p>

### 5.1.1 TRANSTORNO BIPOLAR TIPO I

O transtorno bipolar tipo I caracteriza-se pela presença de pelo menos um episódio maníaco, podendo também apresentar tanto episódios hipomaníacos quanto depressivos (DSM-5, 2014).

O paciente em fase mania apresenta um período de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, sendo descrito como eufórico, excessivamente alegre, elevado, podendo ser caracterizado por entusiasmo ilimitado e indiscriminado para interações interpessoais, sexuais ou profissionais. Estes sinais e sintomas devem durar, pelo menos, uma semana e estar presente na maior parte do dia, quase todos os dias ou qualquer duração se a hospitalização for necessária (DSM-5, 2014).

As características clínicas mais observadas são dois sintomas, humor elevado e grandiosidade, e quatro sinais, hiperatividade, fala pressionada, irritabilidade e mau julgamento em novas atividades (KENDLER, 2017). Ademais, durante um episódio maníaco é possível que o paciente não perceba que está doente, devido ao fato de que este, sobretudo aquele com sintomas subsindrômicos de mania, como elevação

do humor, energia aumentada e interesse sexual, possuem insight prejudicado sobre sua condição (SILVA et al, 2017).

A prevalência deste transtorno é igual para homens e mulheres; entretanto, é mais comum episódio maníaco em homens e, depressivo em mulheres (KAPLAN, 2017). O principal fator de risco para o transtorno bipolar tipo I é a história familiar, pacientes com familiares portadores do transtorno têm cerca de 70% a 90% de chance de desenvolver a doença (CARVALHO, 2020). Esta condição se manifesta mais em pessoas de moderada a alta renda, separadas, divorciadas e viúvas do que nas demais (DSM-5, 2014). Outra variável que merece atenção é a presença de história de abuso na infância em mais da metade dos bipolares, a qual está associada a menor idade de início da doença e altas taxas de tentativas de suicídio (RÍOS, 2020). além disso, estes pacientes possuem risco 15 vezes maior de cometerem suicídio do que a população geral (DSM-5, 2014).

A idade média de início do primeiro episódio, do transtorno bipolar tipo I, é de 18 anos. Porém, pode ocorrer tanto em crianças quanto em idosos, quando o primeiro episódio maníaco ocorre após os 60 anos de idade há probabilidade de ter sido ocasionado por alguma condição médica ou por ingestão ou abstinência de substância (DSM-5, 2014).

Quando uma pessoa apresenta quatro ou mais episódios de humor em um ano, elas são denominadas cicladores rápidos. A maioria dos pacientes que tiveram um único episódio maníaco apresentarão episódios recorrentes de humor. Mais da metade dos episódios maníacos são seguidos de episódios depressivos (DSM-5, 2014). Outrossim, nota-se que o indivíduo apresentando um episódio maníaco com características psicóticas, tem grande chance de os demais episódios serem acompanhados de sintomas psicóticos (DSM-5, 2014).

#### 5.1.2 TRANSTORNO BIPOLAR TIPO II

O transtorno bipolar tipo II caracteriza-se pela presença de um ou mais episódios depressivos atuais ou anteriores, pelo menos um episódio hipomaníaco e a ausência de episódios maníacos (DMS-5, 2014).

Para que o diagnóstico de transtorno bipolar tipo II seja firmado, é necessário saber distinguir um episódio maníaco de um, hipomaníaco, baseando-se na intensidade e na duração dos sintomas. Um episódio hipomaníaco caracteriza-se por sintomas menos severos, com duração de pelo menos 4 dias, as funções social e psicológica não são prejudicadas e não apresenta características psicóticas nem leva a hospitalização (SUPPES, 2019). Entretanto, estima-se que 5 a 15% dos pacientes diagnosticados com o subtipo II, eventualmente, irão apresentar um episódio maníaco, o que mudaria o diagnóstico para transtorno bipolar tipo I (SUPPES, 2019).

Este transtorno tem idade média de início de 20 anos, sendo um pouco mais tarde que o transtorno bipolar tipo II (STOVALL, 2020) e um pouco mais cedo que o transtorno depressivo maior (DSM-5, 2014). Normalmente, indivíduos com transtorno

bipolar tipo II apresentam-se na consulta médica durante um episódio depressivo maior e, raramente, relatam episódios hipomaniacos anteriores, devido ao fato destes serem mais sutis e de difícil percepção. Portanto, pacientes com transtorno bipolar tipo II estão mais suscetíveis a receber um diagnóstico incorreto (SUPPES, 2019). Em suma, entende-se como é fundamental a coleta de informações com amigos e familiares, para um melhor entendimento do quadro do paciente.

Diante disto, esse subtipo costuma caracterizar-se por períodos depressivos mais frequentes e duradouros. Tal fato é essencial para suspeitar de transtorno bipolar tipo II em pacientes que, até o momento da consulta, tenham sido diagnosticados com transtorno depressivo maior. Além disto, demonstra-se com maior cronicidade quando comparada ao subtipo I, devido a esses episódios depressivos prolongados (DSM-5, 2014).

Ademais, portadores do transtorno bipolar tipo II, principalmente do sexo feminino, comumente, apresentam episódios com sintomas mistos, em especial hipomania com características mistas. Pacientes que apresentam mais de quatro episódios de humor durante o período de um ano recebem o especificador de cicladouros rápidos, que está associado a um pior prognóstico. Além disso, quadros mais duradouros e graves desse transtorno estão relacionados ao início precoce dos sintomas - crianças e adolescentes (DSM-5, 2014). Outro fato de extrema importância é a elevada taxa de suicídios e tentativas dos pacientes com transtorno bipolar tipo II, comparados a aqueles com o subtipo I e com transtorno depressivo maior (KAPLAN, 2017).

### 5.1.3 TRANSTORNO CICLOTÍMICO

O transtorno ciclotímico (quadro 4) caracteriza-se por aquele paciente que, no período de dois anos, apresenta sintomas hipomaniacos e/ou depressivos, mas que não preenche critérios para os respectivos episódios, e jamais apresentaram um episódio maníaco, hipomaniaco e depressivo completos. Além disso, neste período, os sintomas estavam presentes por, pelo menos, um ano e o intervalo entre os sintomas não foi maior que dois meses consecutivos. Sem dúvida, tais sintomas causam prejuízo significativo a este indivíduo (SUPPES, 2019).

Este subtipo costuma iniciar-se na adolescência ou no início da vida adulta de modo insidioso e com curso persistente. Estima-se que até metade dos pacientes diagnosticados com transtorno ciclotímico, ao longo da vida, irão desenvolver os subtipos I ou II (DSM-5, 2014).

#### Quadro 4 – Critérios diagnósticos de transtorno ciclotímico

<b>Transtorno ciclotímico</b>
A. Por pelo menos dois anos (um ano em crianças e adolescentes), presença de vários períodos com sintomas hipomaniacos que não satisfazem os critérios para episódio hipomaniaco 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 hipomaniaco 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 espectro da esquizofrenia e outro transtorno fisiológico não especificado
E. 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 espectro da esquizofrenia e outro transtorno fisiológico não especificado
F. Os sintomas causam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo
Fonte: Retirado de Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5º edição, 2014

#### 5.1.4 TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNO RELACIONADO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA/MEDICAMENTO

O transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento (quadro 5) apresenta-se como um distúrbio de humor que se desenvolve durante ou logo após a eletroconvulsoterapia ou o uso de uma medicação, capaz de produzir sintomas hipomaníacos e maníacos (SUPPES, 2019). Deste modo, se tais sintomas persistirem além dos efeitos fisiológicos dos fármacos e da eletroconvulsoterapia, este paciente é diagnosticado com transtorno bipolar tipo I ou II (DSM-5, 2014). As medicações comumente associadas a este transtorno são esteroides, as classes de estimulantes e fenciclidina (DSM-5, 2014).

**Quadro 5** – Critérios diagnósticos de transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento

<b>Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento</b>
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 delirium.
E. A perturbação no humor causa sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo
Fonte: Retirado de Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5º edição, 2014

### 5.1.5 TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNO RELACIONADO DEVIDO A OUTRA CONDIÇÃO MÉDICA

O transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica é composto por aqueles pacientes que apresentam episódios hipomaniacos ou maniacos durante o início de uma condição médica ou que ocorrem após a piora ou recaída de uma doença crônica (quadro 6). Desse modo, este transtorno não é diagnosticado tanto quando os episódios antecedem uma condição médica, quanto durante o curso de delirium (DSM-5, 2014).

A lista de condições médicas que possam causar este transtorno é extensa; porém, as mais conhecidas são doença de Cushing, esclerose múltipla, acidente vascular cerebral e lesões cerebrais traumáticas. Logo, as fases maníaca ou hipomaniaca costumam regredir antes ou após a remissão da condição médica, isso se esses episódios forem efetivamente tratados (DSM-5, 2014).

O diagnóstico diferencial baseia-se em diferenciar sintomas maniacos ou hipomaniacos de sintomas de delirium, catatonia e ansiedade aguda, e de sintomas depressivos ou maniacos induzidos por medicamentos (DSM-5, 2014).

**Quadro 6** – Critérios diagnósticos de transtorno relacionado devido a outra condição médica

<b>Transtorno relacionado devido a outra condição médica</b>
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. Um período proeminente e persistente de humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável e de atividade ou energia anormalmente aumentada que predomina no quadro clínico.
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
Fonte: Retirado de Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5º edição, 2014

### 5.1.6 OUTRO TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNO RELACIONADO ESPECIFICADO

Outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado encaixa-se em situações que é preferido comunicar o porquê dos sintomas relatados pelo paciente não preenchem os critérios para nenhum episódio. Alguns exemplos citados pelo



DSM-5 são: (1) episódios maníacos de curta duração e episódios depressivos; (2) episódios hipomaníacos com sintomas insuficientes e episódios depressivos; (3) episódio hipomaníaco sem episódio depressivo maior anterior; (4) ciclotimia de curta duração.

#### 5.1.7 TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNO RELACIONADO NÃO ESPECIFICADO

Ao contrário do transtorno acima, o transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado é aplicado em situações que o profissional prefere não especificar a razão pela qual os sintomas não preenchem critérios para nenhum episódio ou quando não há informação suficiente para realizar tal diagnóstico (DSM-5, 2014).

#### 5.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Os principais diagnósticos diferenciais para os transtornos bipolares mais frequentes, tipos I e II, são transtornos depressivo maior, de ansiedade, de personalidade e de déficit de atenção/hiperatividade.

O transtorno depressivo maior pode apresentar traços maníacos e hipomaníacos; entretanto, estes não completam os critérios necessários, tendo um menor período de duração ou menor quantidade de sintomas. Deste modo, quando o paciente relata um episódio depressivo é de extrema importância indagar se houveram episódios ou, apenas, sintomas maníacos ou hipomaníacos anteriormente (DSM-5, 2014).

Os transtornos de ansiedade podem ser tanto um diagnóstico diferencial quanto uma comorbidade dos pacientes bipolares, pois é comum a confusão entre seus sintomas. Logo, é essencial definir desencadeadores dos episódios, além da natureza episódica descrita (DSM-5, 2014).

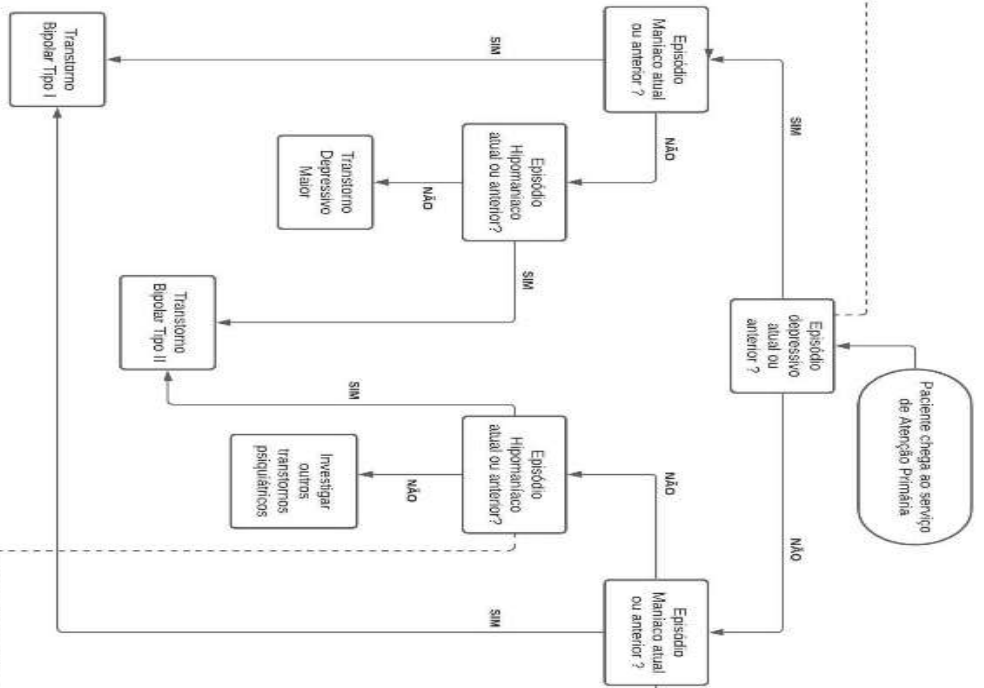
Crianças e adolescentes podem receber erroneamente o diagnóstico de bipolaridade, quando estas apresentam transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), devido a sobreposição de seus sinais e sintomas. Portanto, faz-se necessário a distinção do período destes sintomas, se episódicos ou rotineiros, já que o transtorno bipolar é definido por comportamento diferente do habitual, ao contrário do TDAH (DSM-5, 2014).

Por fim, os transtornos de personalidade, com ênfase no borderline, também são diagnósticos diferenciais do transtorno bipolar, sobretudo, devido ao compartilhamento de sintomas como a impulsividade e a labilidade de humor, por isso um transtorno da personalidade não deve ser diagnosticado durante um episódio de humor não tratado (DSM-5, 2014). O paciente borderline, em geral, apresenta história de traumas na infância, sua desregulação emocional é mais rápida - durando de horas a dias e ligadas a eventos pessoais -, tais mudanças costumam ser sentimentos de raiva e depressão, e a impulsividade é mais difundida. Por outro lado, o paciente bipolar tem menor probabilidade de apresentar traumas na infância, sua desregulação

emocional é mais estável - durando dias a meses -, através de sintomas de humor elevado e depressivo, e a impulsividade é limitada a períodos de episódios de mania ou hipomania. Enfim, deve-se realizar uma avaliação tanto longitudinal quanto transversal desse paciente para melhor definição de seu diagnóstico, porém é necessário lembrar que estes dois transtornos podem coexistir (BASSET et al., 2017).

## 6. FLUXOGRAMA

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 irritable.)
  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, considere o processo em obter o peso esperado.)
  4. Irritabilidade ou hipersensibilidade.
  5. Agitação ou retardo perceptível 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 autoincriminação 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 atribuído aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica.
- Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior. Nos Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, perda financeira, perdas por desastre natural, doença médica grave ou incapacidade) podem incluir sentimentos de tristeza melancólica, diminuição acentuada da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observadas 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 clinicamente considerada. Essa decisão exige cuidadosamente o exercício de juízo clínico, baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão do sofrimento no contexto de uma perda.



1. Autossensibilidade 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. Distribuidade (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 psicômotor.
  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 atribuído 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., medicação, 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 hipomaniaco. 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 hipomaniaco nem necessariamente indicadores de uma alteração bipolar.
1. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritable e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração 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).
  2. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (qualquer se o humor é apenas irritable) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:
    1. Autossensibilidade 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. Distribuidade (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 psicômotor.
    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).
  3. O episódio está associado a uma mudança clara no funcionamento que não é característica do indivíduo quando assintomático.
  4. A perturbação do humor e a mudança no funcionamento, são observáveis por outras pessoas.
  5. O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização. Exatidão características psicóticas, por definição, o episódio é maníaco.
  6. O episódio não é atribuído aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento).
  7. Nota: Um episódio hipomaniaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicação, 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 hipomaniaco. 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 hipomaniaco nem necessariamente indicadores de uma alteração bipolar.

## 7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. CARVALHO, Andre F.; FIRTH, Joseph; VIETA, Eduard. Bipolar Disorder: Review Article. **The new england journal of medicine**, [S. l.], p. 1-9. 2020.
2. SILVA, Rafael de Assis da *et al.* Insight Across the Different Mood States of Bipolar Disorder. **Psychiatr Q**, Springer Science+Business Media New York, p. 1-11, 2015.
3. SUPPES, Trisha. Bipolar disorder in adults: Assessment and diagnosis. **UpToDate**, [S. l.], 2019.
4. STOVALL, Jeffrey. Bipolar disorder in adults: Epidemiology and pathogenesis. **UpToDate**, [S. l.], 2020.
5. RÍOS, Ulises *et al.* El maltrato infantil y su rol en el curso clínico de pacientes con trastorno bipolar. **Rev med chile**, [s. l.], 2020.
6. BASSETT Darryl *et al.* Defining disorders with permeable borders: you say bipolar, I say borderline!. **Bipolar Disord.** 2017;19:320–323. <https://doi.org/10.1111/bdi.12528>
7. MORENO, Ricardo alberto *et al.* Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, [s. l.], 2005.
8. KAPCZINSKI Flavio *et al.*, Clozapine for bipolar disorder: What do we know so far and what next?. **Bipolar Disord.** 2021;23(2):115-116. doi:10.1111/bdi.13050
9. KENDLER KS. The clinical features of mania and their representation in modern diagnostic criteria. **Psychol Med.** 2017;47(6):1013-1029. doi:10.1017/S0033291716003238
10. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
11. KAPLAN & SADOCK. **Compêndio de Psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.