

Curso de Licenciatura em Enfermagem

Unidade Curricular – ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Perturbação bipolar e perturbações relacionadas (Material Pedagógico de Apoio)

Elaborado pelo docente:

Celso Silva

Faro, setembro 2026

Índice

ENQUADRAMENTO	3
1. CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO MANÍACO	4
2. CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO	5
3. CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAJOR	6
4. PERTURBAÇÃO BIPOLAR I	7
4.1 DESENVOLVIMENTO E CURSO	7
4.2 FATORES DE RISCO	7
4.3 CARACTERÍSTICAS GERAIS.....	7
4.4 PERTURBAÇÃO BIPOLAR I – CARACTERÍSTICAS DOS EPISÓDIOS MANÍACOS.....	7
5. PERTURBAÇÃO BIPOLAR II	10
5.1 DESENVOLVIMENTO E CURSO	10
5.2 FATORES DE RISCO	10
5.3 PERTURBAÇÃO BIPOLAR I – CARACTERÍSTICAS.....	10
6. PERTURBAÇÃO CICLOTÍMICA	12
6.1 DESENVOLVIMENTO E CURSO	12
7. CONCLUSÃO	13
REFERÊNCIAS	14

ENQUADRAMENTO

No vasto espectro das perturbações psiquiátricas, a Perturbação Bipolar e as perturbações relacionadas destacam-se pela sua complexidade, cronicidade e pelo impacto profundo que exercem na vida das pessoas, das suas famílias e da sociedade.

Longe de se tratar de meras oscilações emocionais quotidianas, estas condições representam disfunções biológicas severas da regulação do humor.

Historicamente associada ao conceito de “psicose maníaco-depressiva”, a perspetiva clínica atual, consolidada por manuais de diagnóstico como o DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), prefere a designação de “espectro bipolar”.

Esta abordagem reconhece que a perturbação não se manifesta de forma homogénea, mas sim através de uma variedade de subtipos, tais como a Perturbação Bipolar Tipo I, Tipo II e a Ciclotímica.

O núcleo destas perturbações reside na alternância, muitas vezes imprevisível, entre polos opostos da experiência humana: a mania (ou hipomania), caracterizada por um estado de euforia, hiperatividade e grandiosidade, e a depressão, marcada por uma profunda apatia, tristeza e lentificação psicomotora.

O diagnóstico precoce continua a ser um dos maiores desafios da psiquiatria moderna, uma vez que a fase depressiva da doença é frequentemente confundida com a depressão unipolar, atrasando o início do tratamento adequado em vários anos.

A Perturbação bipolar e perturbações relacionadas são:

- Perturbação bipolar I;
- Perturbação bipolar II;
- Perturbação ciclotímica;
- Perturbação bipolar induzida por substância /medicamento e perturbações relacionadas;
- Perturbação bipolar secundária a outra condição médica e perturbações relacionadas;
- Perturbação bipolar com outra especificação e perturbações relacionadas;
- Perturbação bipolar não especificada e perturbações relacionadas.

Neste Material Pedagógico de Apoio iremos abordar a Perturbação bipolar I, a Perturbação bipolar II e a Perturbação ciclotímica.

1. CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO MANÍACO

- A. Um período distinto de humor anormal ou **persistentemente elevado, expansivo ou irritável e uma atividade ou energia dirigida a objetos anormal e persistentemente aumentada**, com duração de **pelo menos uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias**;
- B. Durante o período de alteração do humor e aumento da energia ou atividade estão presentes num grau significativo e representam uma alteração notória do comportamento habitual, **3 (ou mais) dos seguintes sintomas (4 se o humor é apenas irritável)**:
 - 1. Autoestima aumentada ou grandiosidade;
 - 2. Diminuição da necessidade de dormir;
 - 3. Mais falador do que o habitual ou pressão para continuar a falar;
 - 4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de aceleração do pensamento;
 - 5. Distratibilidade relatada ou observada;
 - 6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (sociais, no emprego, na escola ou sexuais) ou agitação psicomotora (atividade sem propósito não dirigida a objetivos);
 - 7. Envolvimento excessivo em atividades com potencial elevado para consequências desagradáveis (gastos excessivos, comportamentos sexuais indiscretos).
- C. A alteração do humor é grave o suficiente para provocar um **déficé marcado** no funcionamento social ou ocupacional, ou para necessitar de hospitalização para prevenir danos para o próprio ou outros, ou quando existem características psicóticas;
- D. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou secundário a outra condição médica.

2. CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO

- A. Um período distinto de **humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, e atividade ou energia anormal e persistentemente aumentada**, com duração de pelo menos **4 dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias**.
- B. Durante o período de alteração do humor e aumento da energia ou atividade, persistem **3 (ou mais) dos seguintes sintomas (4 se o humor é apenas irritável)**, representando uma alteração notória do comportamento habitual e estando presentes num grau significativo:
 - 1. Autoestima aumentada ou grandiosidade;
 - 2. Diminuição da necessidade de dormir;
 - 3. Mais falador do que o habitual ou pressão para continuar a falar;
 - 4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de aceleração do pensamento;
 - 5. Distratibilidade relatada ou observada;
 - 6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (sociais, no emprego, na escola ou sexuais) ou agitação psicomotora;
 - 7. Envolvimento excessivo em atividades com potencial elevado para consequências desagradáveis (gastos excessivos, comportamentos sexuais indiscretos).
- C. O episódio está associado com uma **mudança inequívoca do funcionamento** que não é característica da pessoa quando não está sintomática;
- D. A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis pelos outros;
- E. O episódio não é suficientemente grave para provocar um défice marcado no funcionamento social ou ocupacional ou para necessitar de hospitalização. Se existirem características psicóticas, o episódio é por definição maníaco;
- F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância.

3. CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAJOR

- A. **Estão presentes 5 (ou mais) dos seguintes sintomas durante um período de 2 semanas e representam uma alteração relativamente ao funcionamento prévio;** pelo menos um dos sintomas é (1) humor depressivo ou (2) perda do interesse ou do prazer:
1. Humor depressivo a maior parte do dia, quase todos os dias;
 2. Diminuição marcada do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
 3. Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativos, ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias;
 4. Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
 5. Agitação ou lentificação psicomotoras quase todos os dias;
 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
 7. Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias;
 8. Diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se ou indecisão quase todos os dias;
 9. Pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida recorrente ou tentativa de suicídio.
- B. Os sintomas causam mal-estar **cl clinicamente significativo ou défice no funcionamento social**, ocupacional, ou noutras áreas importantes do funcionamento;
- C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

4. PERTURBAÇÃO BIPOLAR I

4.1 DESENVOLVIMENTO E CURSO

- Idade média de início de um episódio maníaco – 18 anos;
- O início ocorre ao longo do ciclo da vida, incluindo primeiros episódios na sétima e oitava décadas;
- Mais de 90% dos indivíduos que têm um episódio maníaco único irão ter episódios recorrentes de alterações de humor;
- Cerca de 60% dos episódios maníacos ocorrem imediatamente antes de um episódio depressivo major.

4.2 FATORES DE RISCO

- Ambientais (mais comum nos países com rendimentos elevados);
- Genéticos e fisiológicos (História familiar de perturbação bipolar).

4.3 CARACTERÍSTICAS GERAIS

- Preenchimento dos critérios para **pelo menos um episódio maníaco**;
- Episódios hipomaníacos são comuns, mas não são requeridos para o diagnóstico;
- Episódios depressivos major são comuns, mas não são requeridos para o diagnóstico.

4.4 PERTURBAÇÃO BIPOLAR I – CARACTERÍSTICAS DOS EPISÓDIOS MANÍACOS

- Humor eufórico, excessivamente alegre, elevado (“sentindo-se no topo do mundo”);
- Nalguns casos, o humor é contagiante e reconhecido como excessivo;
- Pode ser caracterizado como entusiasmo incessante e indiscriminado por interações interpessoais, sexuais ou ocupacionais. (ex: a pessoa pode espontaneamente iniciar longas conversas com desconhecidos);
- Muitas vezes o humor predominante é irritável em vez de elevado, principalmente quando os desejos da pessoa são negados;
- Pode ocorrer labilidade emocional (alternância entre euforia, disforia e irritabilidade);

- A pessoa pode empreender múltiplos novos projetos sobrepostos;
- Os projetos são muitas vezes iniciados com pouco conhecimento acerca do assunto e nada parece fora do alcance da pessoa;
- A autoestima está tipicamente aumentada, variando desde autoconfiança acrítica até grandiosidade marcada, podendo atingir proporções delirantes;
- As ideias delirantes de grandiosidade são comuns (ex: ter uma relação especial com uma pessoa famosa);
- Diminuição da necessidade de dormir ≠ insónia;
- A pessoa pode dormir pouco ou acordar várias horas antes do habitual, sentindo-se descansado e cheio de energia;
- Quando a perturbação do sono é grave, a pessoa pode passar dias sem dormir e, mesmo assim, não se sentir cansado;
- Muitas vezes a necessidade reduzida de dormir indica o início de um episódio maníaco;
- Discurso pode ser rápido, com pressão, em tom alto e difícil de interromper;
- A pessoa pode falar ininterruptamente, sem ter em consideração os desejos de comunicar dos outros, muitas vezes de modo intrusivo ou sem preocupação com a relevância do que dizem;
- Discurso muitas vezes caracterizado por piadas, trocadilhos, jocosidades irrelevantes e teatralidade, com maneirismos dramáticos e canto;
- Se o humor for mais irritável do que eufórico, o discurso pode ser marcado por queixas, comentários hostis ou tiradas recriminatórias, sobretudo se são feitas tentativas para os interromper;
- Alterações do pensamento (critério B4):
 - Muitas vezes os pensamentos correm a um ritmo mais rápido do que podem ser expressos através do discurso;
 - Ocorre com frequência fuga de ideias com mudanças abruptas de um tema para o outro;
 - Quando a fuga de ideias é grave o discurso pode tornar-se desorganizado, incoerente e angustiante para o indivíduo.
- Distratibilidade (critério B5):
 - Incapacidade em censurar estímulos externos (ex: roupa do entrevistador, conversas ou barulhos irrelevantes à sua volta, a mobília da sala);
 - Muitas vezes impede a pessoa de manter uma conversa racional ou de seguir instruções.
- Envolve muitas vezes o planeamento excessivo e a participação em múltiplas atividades, incluindo atividades sexuais, ocupacionais, políticas ou religiosas;
- Comportamento, fantasias e desejo sexual aumentado estão com frequência presentes;

- Sociabilidade aumentada (ex: rever amigos antigos ou telefonar ou contatar com amigos ou mesmo com estranhos), sem considerar a natureza intrusiva, dominadora e exigente dessas interações;
- Agitação psicomotora ou inquietação (atividade sem propósito), andando de um lado para o outro;
- Alguns indivíduos escrevem cartas, emails, mensagens escritas em quantidade excessiva sobre diversos assuntos diferentes a amigos, figuras publicas ou aos órgãos da comunicação social;
- Humor eufórico, otimismo excessivo, grandiosidade e juízo crítico pobre levam frequentemente ao envolvimento imprudente em atividades como gastos exagerados, doação de bens próprios, investimentos negociais insensatos, promiscuidade sexual, mesmo que essas atividades tenham consequências catastróficas (critério B7);
- O episódio maníaco tem de resultar em **marcado défice no funcionamento social e ocupacional** ou requer hospitalização para prevenir danos ao próprio e para os outros (perdas financeiras, atividades ilegais, perda de emprego).
- Falta de crítica para a doença ou para a necessidade de tratamento;
- Podem mudar a forma de vestir, a maquiagem, ou a aparência para se tornarem sexualmente mais atraentes ou vistosos;
- Alguns indivíduos podem tornar-se hostis para os outros;
- Quando delirantes podem tornar-se agressivos ou com comportamentos suicidas;
- O humor pode mudar muito rapidamente para raiva ou depressão;
- Os sintomas depressivos podem ocorrer durante um episódio maníaco e, se presentes, podem durar momentos, horas, ou, mais raramente dias.

5. PERTURBAÇÃO BIPOLAR II

5.1 DESENVOLVIMENTO E CURSO

- Embora possa ter início no final da adolescência e ao longo da vida adulta, a idade média de início é a meio da terceira década;
- Inicia-se muitas vezes com um episódio depressivo e não é reconhecida como perturbação bipolar II até que ocorra um episódio hipomaníaco;
- Muitos indivíduos têm diversos episódios de depressão major antes do primeiro episódio hipomaníaco reconhecido.

5.2 FATORES DE RISCO

- Ambientais (mais comum nos países com rendimentos elevados);
- Genéticos e fisiológicos (História familiar de perturbação bipolar).

5.3 PERTURBAÇÃO BIPOLAR I – CARACTERÍSTICAS

- Preenchimento dos critérios para **pelo menos um episódio hipomaníaco e pelo menos um episódio depressivo major**;
- Inexistência de episódio maníaco prévio;
- Os sintomas de depressão ou a imprevisibilidade causada pela alternância frequente entre períodos de depressão e hipomania causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento;
- O episódio depressivo major deve durar pelo menos **2 semanas**;
- O episódio hipomaníaco deve durar pelo menos **4 dias**;
- Durante os episódios do humor, o número de sintomas requeridos deve estar presente durante a maior parte do dia, quase todos os dias, e representar uma considerável mudança do comportamento e funcionamento habituais;
- **A presença de um episódio maníaco durante o curso da doença impede o diagnóstico de perturbação bipolar II**;
- Em regra, os episódios hipomaníacos não causam défice;

- Os défices resultam de episódios depressivos major ou de um padrão persistente de alterações imprevisíveis do humor e de um funcionamento flutuante, instabilidade interpessoal ou ocupacional;
- Um episódio hipomaníaco não pode ser confundido com os vários dias de eutímia e energia ou atividade recuperadas que podem seguir-se à remissão de um episódio depressivo major;
- A impulsividade é uma característica comum, que pode contribuir para tentativas de suicídio e perturbações do uso de substâncias;
- Risco de suicídio elevado;
- Nalgumas pessoas podem existir níveis aumentados de criatividade.

6. PERTURBAÇÃO CICLOTÍMICA

6.1 DESENVOLVIMENTO E CURSO

- Inicia-se, em regra, na adolescência ou no início da idade adulta;
- Tem em regra início insidioso e curso crónico;
- Risco de 15% a 50% de desenvolver uma perturbação bipolar I ou II.

6.2 PERTURBAÇÃO CICLOTÍMICA – CARACTERÍSTICAS

- Durante pelo menos **2 anos** existiram numerosos períodos com sintomas hipomaniacos que não preencheram critérios para um episódio hipomaniaco e numerosos períodos com sintomas depressivos que não preencheram critérios para episódio depressivo major;
- Durante esse período de **2 anos** os períodos hipomaniaco e depressivo estiveram presentes pelo menos metade do tempo e o indivíduo não esteve sem sintomas por mais de 2 meses seguidos;
- Nunca estiveram preenchidos os critérios para episódio depressivo major, maníaco ou hipomaniaco;
- Os sintomas não são atribuídos aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica (ex: hipertireoidismo);
- Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento;
- Alteração crónica e flutuante do humor, envolvendo numerosos períodos de sintomas hipomaniacos e sintomas depressivos que são distintos entre si.

7. CONCLUSÃO

A compreensão rigorosa destes critérios diagnósticos, ou se quisermos – características – , do curso da doença (como a falta de autocrítica na fase maníaca ou a impulsividade na fase depressiva) e dos fatores de risco (genéticos e ambientais) é essencial para a prática de enfermagem.

Permite ao enfermeiro realizar uma avaliação clínica precisa, identificar precocemente os sinais de descompensação (como a diminuição da necessidade de dormir), gerir os riscos (suicídio e comportamentos de risco na mania) e estabelecer uma relação terapêutica eficaz e de suporte ao utente e família

REFERÊNCIAS

APA, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2014). DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5a Ed. Revista). Climepsi Editores.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica* (6a ed.). Loures: Lusociência.

Sequeira, C. (Ed.). (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel.