

SAÚDE MENTAL

Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento
e Cuidado na Sociedade Moderna

Edição XXV

Capítulo 10

HIPOMANIA REVISÃO E RELATO DE CASO

LUIZA PASSINI VAZ-TOSTES¹
MARIANA GONÇALVES TEIXEIRA²
MARIA CLARA MIRANDA LINO³

¹Médica – Formada pela UFMG

²Médica- Formada pela Universidade Federal de Ouro Preto

³Médica- Formada pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais

Palavras Chave: Hipomania; Transtornos Afetivos Bipolares; Saúde Mental.

DOI: 10.59290/1102023120

Edição XXV

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A hipomania é um estado psíquico caracterizado pelo aumento dos níveis de energia, atividade ou humor percebido por outras pessoas.

Considera-se que a hipomania é uma forma menos severa de mania, sendo ambas vistas habitualmente nos transtornos afetivos bipolares.

Deve-se considerar que os estados de hipomania podem ocorrer em outras situações como: uso de medicamentos, privação de sono, abuso de álcool e drogas, hipertireoidismo, Doença de Cushing e doenças cerebrovasculares.

Para fins de diagnóstico e classificação dos transtornos afetivos bipolares é importante distinguir hipomania de mania.

A distinção pode ser feita pela duração dos sintomas, gravidade do episódio e necessidade de hospitalização. Na hipomania os episódios são menos duradouros, habitualmente duram até quatro dias, enquanto as crises maníacas duram pelo menos uma semana. Os episódios de mania causam impactos sociais e laborais significativos enquanto os de hipomania podem passar despercebidos. A hospitalização é condição comum em crises maníacas.

Embora os episódios de hipomania, em sua maioria, tem duração de alguns dias existem relatos de hipomania prolongada, com meses de duração.

A história natural da hipomania é a evolução para humor próximo do normal ou para episódios depressivos de intensidade e duração variáveis.

Quando a hipomania está associada aos transtornos bipolares convém atentar para algumas comorbidades psiquiátricas frequentes nesta situação: transtorno de ansiedade, transtornos alimentares, déficit de atenção e abuso de drogas (MATANZAS, 2019).

A seguir apresentamos caso clínico ilustrativo da condição:

Paciente atendida no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do HC UFMG.

HMA: Paciente, do sexo feminino, 45 anos, casada, desempregada, moradora do município de Belo Horizonte, comparece a consulta de Ginecologia. Relata não ter confiança no uso de DIU e gostaria de associar um anticoncepcional oral ou conseguir o processo de vasectomia para o marido. Além disso, apresenta múltiplas queixas de cefaleia, dores posturais, dores nas pernas e dificuldade de dormir pelos choros do bebê. Ao final da consulta ela reforçou o desejo inicial e principal de realizar um método contraceptivo que garanta que não engravide mais.

-História ginecológica pregressa: G2P2A0. Dois filhos do sexo masculino, um de 10 anos e outro bebe com 2 meses de vida.

*Miomectomia há 2 anos

*Em uso de DIU de cobre desde o último parto

*Ciclos menstruais regulares

Medicamentos suspensos desde a gravidez:

*Lítio 200 mg TID

*Quetiapina 50 mg BID

*Não faz/fez uso de outros medicamentos diários

HPP:

-Diagnóstico de Transtorno Bipolar tipo I desde os 27 anos

-Obesa

-Nega uso de álcool, tabaco e drogas

Anamnese especial:

-COONG: Cefaleia tensional

-Osteomuscular: Dores em músculos cervicais e em articulações do joelho.

-SCV: Nega alteração

-SR: Nega alterações

-SN: Nega fadiga, nega episódios de tonteira e perda de consciência.

Exame psíquico

1. Consciência: Está alerta.

2. Orientação: sabe quem é, onde está e localiza-se no tempo.
3. Aparência: paciente com aparência adequada, sem extravagâncias e descuidos aparentes.
4. Atitude: Não cooperativa, interrompendo a fala do médico e solicitando que a consulta não demore.
5. Atenção: Durante a consulta não consegue fixar a atenção quando necessário e tem deslocamento rápido do foco. Inicia um assunto e muda rapidamente, independente da pergunta do médico.
6. Memória: consegue se lembrar das perguntas e de fatos recentes e remotos.
7. Pensamento: a velocidade é acelerada, o discurso da paciente é inteligível, as ideias se conectam de maneira adequada, temas voltados para as queixas.
8. Linguagem: fala muito e em tom elevado.
9. Sensopercepção: não relata alterações e não foi observado algum comportamento que pudesse indicar que esteja havendo alteração.
10. Consciência do eu: sabe quem é, consegue falar acerca de si, suas ações e da sua história de maneira lógica.
11. Afetividade: humor exaltado, relatando certa irritabilidade.
12. Volição: Descreve impulsos em comprar objetos para o bebê e para realizar procedimentos médicos, além de apresentar ato impulsivo de suspender medicação sem aconselhamento psiquiátrico.
13. Psicomotricidade: Paciente está inquieto.
14. Inteligência: o discurso do paciente tem conteúdo adequado para a idade, mostra capacidade de refletir.
15. Juízo de realidade: relato com ausência de incoerências de juízos e ausência de convicções extraordinárias.

16. Consciência de morbidade: paciente com anosognosia acerca de seu estado psíquico.

Súmula Psicopatológica

Boa apresentação. Não cooperativo. Lúcida. Orientado auto e alopsiquicamente. Hipervigil e hipotenaz, com labilidade da atenção. Memória preservada. Inteligência preservada. Hiperfonia e taquilalia. Pensamento com curso acelerado. Sem alterações de sensopercepção, consciência do eu ou juízo de realidade. Hiperbulia com presença de atos impulsivos. Humor exaltado com irritabilidade. Presença de inquietação de inquietação psicomotora.

DISCUSSÃO

A paciente veio à consulta desejando se informar e escolher um método contraceptivo. Durante a consulta, observamos que ela mudava de queixa, relatando inúmeros problemas físicos, como cefaleia, insônia e dores musculares. Falava em tom elevado e estava irritada pela demora da consulta. Quando perguntada acerca dos medicamentos para seu Transtorno Bipolar, ela refere que preferiu parar por conta própria durante a gravidez e que não deseja voltar a tomá-los pelo medo de interferência com a lactação. As alterações psíquicas apresentadas por ela durante a consulta nos levaram a pensar na possibilidade de crise hipomaníaca pela má medicação. Seguem os critérios de crise hipomaníaca:

Episódio Hipomaníaco (DSM V)

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.

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. abusos de drogas, medicamento ou outro tratamento).

A paciente preenche os critérios de hipomania e já apresenta o diagnóstico de TAB tipo I, em que o indivíduo apresentou, no mínimo, um episódio de mania, mas pode também apresentar episódios de hipomania e de depressão. A possível explicação para o desenvolvimento do quadro foi a retirada abrupta dos medicamentos por conta própria e sem acompanhamento médico.

Reforçamos durante a consulta a necessidade de acompanhamento psiquiátrico e uso correto dos medicamentos de acordo com a fase da lactação. Além disso, nos preocupou o cuidado dado ao filho durante esse episódio, encaminhando-a e o filho para uma consulta com a pediatria.

Tratamento adequado

O aparecimento de episódios depressivos ou maníacos durante a gravidez traz riscos para a mãe e o bebê. Devem sempre ser evitadas as crises da doença durante a gravidez. O primeiro trimestre é o mais complicado em termos de medicação. Durante este período a medicação é reduzida, ou em certos casos descontinuada, dependendo da gravidade da doença. O risco para o bebê depende do medicamento e os efeitos na gravidez não são completamente conhecidos. Portanto, deve-se planejar a gravidez em conjunto com o médico assistente. A gestante medicada com estabilizadores de humor deve ser seguida regularmente em consulta de obstetria. Devem ser feitas ecografias ao feto regularmente, se medicada com lítio, deve fazer ecografia fetal com visualização do coração, principalmente depois da 16ª semana. Não se deve descontinuar a medicação sem contactar o psiquiatra responsável.

Os estabilizadores do humor são os medicamentos de referência no controle da doença. Entre os clássicos encontram-se o lítio, o Valproato

de sódio e a Carbamazepina. Ainda são utilizados outros como: os antipsicóticos atípicos Olanzapina, Quetiapina, Aripiprazol, Ziprasidona, Risperidona, Paliperidona; e os novos anticonvulsivantes como a Lamotrigina, a Oxcarbazepina, o Topiramato e a Gabapentina. Eles reduzem muito o risco de sofrer novo episódio depressivo ou maníaco. É útil a monitorização destes medicamentos através de análises de sangue.

Medicações como o Valproato de sódio e a Carbamazepina podem trazer o risco de 1 a 2% de espinha bífida. A Lamotrigina é um fármaco mais seguro.

Em princípio não são necessários outros medicamentos a não ser que existam sintomas de ansiedade marcada, depressão ou sintomas psicóticos. Nestes casos utilizam-se ansiolíticos, antidepressivos ou antipsicóticos, de acordo com os sintomas que estiverem presentes (SciELO Brasil, 2005).

A electroconvulsivoterapia só é necessária em situações muito graves, como depressão maior ou quando existem crises de mania acompanhadas de sintomas psicóticos. Contudo, é uma terapêutica eficaz e muito segura durante a gravidez, não existindo grandes riscos, nem para a mãe, nem para o bebê.

A mulher com a transtorno afetivo bipolar tem um risco acrescido de sofrer de um episódio depressivo ou maníaco, principalmente nos primeiros 3 meses após o parto. É fundamental o apoio por parte da parceria e da família. Neste período, se a medicação foi interrompida, deve ser novamente instituída.

Não existem grandes contraindicações para o uso de estabilizadores do humor como o Valproato de sódio, a Carbamazepina e a Lamotrigina durante o período do aleitamento materno. Em relação ao lítio, sua utilização deve ser mais

controlada. Sempre deve haver um aconselhamento com o psiquiatra e o pediatra afim de se evitar riscos para o bebê.

Crise Mania: Relato de caso e revisão da literatura

Caso clínico

Paciente do sexo feminino, 26 anos, professora de 1º grau, com história de episódio depressivo isolado na adolescência, aparentemente leve e episódio grave há cerca de um ano, chegando a passar alguns dias em seguimento na Unidade de Saúde Mental. Em uso de fluoxetina 40 mg, MID. Relato negativo de uso de drogas ilícitas e álcool.

Procura assistência médica em Pronto Atendimento, acompanhada pela mãe, com relato de irritabilidade excessiva e agitação há cerca de 10 dias. Segundo a mãe, a paciente vinha se recusando a usar a medicação, passou as últimas noites sem dormir e dizia repetidamente que havia sido “indicada por Deus para salvar as pessoas”.

Ao exame físico dos sistemas orgânicos, observa-se agitação psicomotora e frequência cardíaca de 108 bpm. Não foram percebidos déficits neurológicos, a tireoide não estava palpável e não havia sinais de lesões oculares. Estava excessivamente maquiada e usava vestido curto e decotado e sapatos de salto alto. À avaliação psiquiátrica, constatou-se humor expansivo, fuga de ideias, taquilalia, agitação psicomotora e orientação tempo espacial preservada, sem crítica sob seu estado psíquico.

Foram formuladas as hipóteses diagnósticas de Crise Maníaca e Transtorno Afetivo Bipolar e a paciente foi encaminhada a um Serviço de Psiquiatria de Urgência.

Aspectos Diagnósticos

Transtorno Afetivo Bipolar geralmente é diagnosticado no final da adolescência e início da vida adulta com idade média de 25 anos (BELLIVIER, ETAIN, MALAFOSSE, *at al.*, 2014).

Pacientes com diagnóstico firmado em idade mais precoces tendem a ter quadros de controle mais difícil, sintomas depressivos mais graves e maiores probabilidades de ansiedade e abuso de drogas como comorbidades (JOSLYN *et al.*, 2016). Episódios de mania após os 50 anos requerem investigações de causas orgânicas (SAMI, KHAN, NILFOROOSHAN, 2015).

Alguns autores consideram que há subgrupos diagnósticos de Transtorno Afetivo Bipolar de acordo com a gravidade da elevação de humor no episódio agudo (DSM-5. 5th, 2013). O DSM-5 divide o Transtorno em categorias não especificadas. Ele separa quadros bipolares específicos e transtornos relatados de quadros bipolares inespecíficos, além de transtornos recorrentes. Do ponto de vista prático, o DSM-5 inclui os Transtornos Bipolares induzidos por medicação ou drogas e os induzidos por outras condições clínicas (MALHI, BASSETT, BOYCE, *et al.*, 2015). Ademais, gradua sintomas como mania, hipomania e mistos.

Triagem e diagnósticos dos Transtornos Bipolares

Muitas vezes, o diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar é difícil pela apresentação inicial de sintomas depressivos, subvalorização dos sintomas hipomaniacos, instabilidade dos sintomas e alto grau de comorbidades. Há relatos de até 10 anos de intervalo entre as manifestações iniciais e o diagnóstico (HIRSCHFELD, LEWIS, VORNIK, 2003) (SCOTT, LEBOYER, 2011).

Alguns elementos que aumentam a suspeita de Transtorno Afetivo Bipolar são pacientes jovens, grande recorrência de episódios depressivos, sintomas depressivos atípicos (hipersônia, hiperfagia, catatonia, depressão e psicose pós-parto, tentativa de autoextermínio e sintomas maniacos induzidos por antidepressivos) (MITCHELL, 2008; SCHAFFER, CAIRNEY, VELDHUIZEN, *et al.*, 2011).

Além de depressão, a esquizofrenia e outros casos psicóticos são os principais diagnósticos diferenciais, ocorrendo em 30% dos casos suspeitos (MERIKANGAS *et al.*, 2011).

A principal causa de morte nos portadores de Transtorno Afetivo Bipolar é o suicídio, sendo que 43% dos pacientes apresentam ideação, 21% plano e 16% tentativa no último ano (MERIKANGAS *et al.*, 2011). São considerados fatores de risco para suicídio: sexo feminino, juventude, polaridade para depressão no primeiro episódio, ansiedade como comorbidade, transtorno de personalidade borderline, tentativa prévia e história familiar positiva (SCHAFER *et al.*, 2015; MARANGELL *et al.*, 2006).

Manejo da crise

O DSM-5 faz uma mudança do “critério A” para mania que agora requer um período isolado de humor expansivo e persistentemente elevado ou humor irritado e atividade anormal e persistentemente elevada a maior parte do dia, quase todos os dias por uma semana (ou menos tempo se houve necessidade de hospitalização) (DSM-5. 5th, 2013). Agora o diagnóstico do episódio de mania requer pelo menos três (ou quatro, se humor apenas irritado) dos seguintes sintomas: elevada autoestima, ideação de grandeza, redução da necessidade de sono, fala excessiva, fuga de ideias, distração alto nível de agitação psicomotora ou envolvimento elevado com situações de risco de consequências deletérias.

O DSM-5, ao contrário do DSM-4, enquadra no diagnóstico pessoas com Depressão Grave que desenvolvem mania durante tratamento medicamentoso ou eletroconvulsoterapia (DSM-5. 5th, 2013).

Manejo da agitação

A agitação constitui urgência médica pelos comportamentos com consequências potencialmente graves.

Caso o paciente aceite medicação de uso oral, agentes antimaníacos de ação rápida devem ser considerados como primeira escolha. Quando a agitação persiste a despeito do uso de substâncias antimaníacas, farmacoterapia adicional em doses seguras e adequadas é necessária. Há que se avaliar a disponibilidade do arsenal terapêutico do Serviço de Urgência.

Não havendo resposta a drogas orais, a via intramuscular pode ser usada. Em nosso meio, antipsicóticos convencionais, como haloperidol, são drogas de escolha.

Tratamento farmacológico de episódios maníacos (REINARES *et al.*, 2005; SHELDON, BOBO, 2024).

O exame preliminar deve contemplar risco de comportamento agressivo, risco de suicídio, possibilidade de adesão de tratamento crônico, comorbidades e disponibilidade de suporte psicossocial.

Outra questão importante é a exclusão de sintomas de abuso de drogas, medicações e outras condições clínicas ou neurológicas.

Qualquer paciente em episódio maníaco usando drogas antidepressivas deve ter a medicação suspensa.

A primeira linha são as drogas antimania, cerca de 50% dos pacientes que respondem à monoterapia melhoram significativamente entre três a quatro semanas. São drogas disponíveis para monoterapia em nossos serviços lítio, quetiapina e risperidona.

A resposta ruim à monoterapia requer combinação de drogas: quetiapina + lítio, aripiprazol + lítio/risperidona + lítio.

A segunda linha compreende olanzapina, carbamazepina e haloperidol. Pode-se usar a combinação de olanzapina + lítio.

Alguns aspectos clínicos podem ajudar na escolha do tratamento. O lítio é droga de escolha em pacientes que apresentam episódios de mania caracterizados por grandeza (na ausência de

sintomas depressivos, poucos episódios prévios e história familiar de resposta a lítio) (KUSUMAKAR, YATHAM, HASLAM, 1997; SWANN *et al.*, 1997; SWANN, 2001; SWANN, BOWDEN, CALABRESE, *et al.*, 2002; KECK, MCELROY, STRAKOWSKI, 1998; MCINTYRE, YOON, 2012).

A ansiedade geralmente acompanha episódios maníacos e é preditor de pior prognóstico (GONZALEZ-PINTO, GALAN, 2012; FESKE *et al.*, 2000). Quetiapina e carbamazepina são boas exclusivamente nesse contexto (RAKOFSKY, DUNLOP, 2011).

Quando há sintomas de depressão associados o que se observa em 10 a 30 % dos pacientes (VIETA, MORRALLA, 2010; REINARES, BONNIN, HIDALGO-MAZZEI *et al.*, 2005), com risco aumentado de suicídio, antipsicóticos atípicos como aripiprazol, olanzapina e ziprasidona, são drogas de escolha (MURALIDHARAN *et al.*, 2013; CUOMO *et al.*, 2001).

Quase metade dos pacientes apresenta psicose (CORYELL *et al.*, 2001). Neste contexto, a revisão da literatura não mostra superioridade de monoterapia ou combinação de drogas (YATHAM *et al.*, 2003; SWANN *et al.*, 2002; SMULEVICH *et al.*, 2005; HIRSCHFELD *et al.*, 2004), sendo que os antipsicóticos atípicos ou a combinação de antipsicóticos atípicos com estabilizadores de humor constituem boas opções.

Considera-se que os Transtornos Afetivos Bipolares de ciclo curto compreendem quatro ou mais episódios por ano e afetam em até um terço dos pacientes (VALENTI *et al.*, 2014; CARVALHO *et al.*, 2014). Não há evidências de superioridade de qualquer droga de primeira linha nesses casos (Fountoulakis *et al.*, 2013). Convém optar-se por droga que vá beneficiar o paciente na manutenção da estabilidade da doença (CALABRESE *et al.*, 2005).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- BELLIVIER, F.; ETAIN, B.; MALAFOSSE, A. *et al.* Age at onset in bipolar I affective disorder in the USA and Europe. *World Journal of Biological Psychiatry*, v. 15, p. 369-376, 2014. DOI: 10.3109/15622975.2013.849663.
- CALABRESE, J. R.; SHELTON, M. D.; RAPPORT, D. J. *et al.* A 20-month, double-blind, maintenance trial of lithium versus divalproex in rapid-cycling bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, v. 162, p. 2152-2161, 2005. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.11.2152.
- CARVALHO, A. F.; DIMELLIS, D.; GONDA, X. *et al.* Rapid cycling in bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 75, p. E578-E586, 2014. DOI: 10.4088/JCP.13r08629.
- CUOMO, A.; NIKOLOVA, V. L.; YALIN, N. *et al.* Pharmacological treatment of mixed states. *CNS Spectrums*, v. 22, p. 186-195, 2017. DOI: 10.1017/S1092852916000497.
- CORYELL, W.; LEON, A. C.; TURVEY, C. *et al.* The significance of psychotic features in manic episodes: a report from the NIMH collaborative study. *Journal of Affective Disorders*, v. 67, p. 79-88, 2001. DOI: 10.1016/S0165-0327(00)00342-6.
- FESKE, U.; FRANK, E.; MALLINGER, A. G. *et al.* Anxiety as correlate of response to the acute treatment of bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 157, p. 956-962, 1999. DOI: 10.1176/ps.157.7.956.
- FOUNTOULAKIS, K. N.; KONTIS, D.; GONDA, X. *et al.* A systematic review of the evidence on the treatment of rapid cycling bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, v. 15, p. 115-137, 2013. DOI: 10.1111/bdi.12022.
- GONZALEZ-PINTO, A.; GALAN, I.; MARTIN-CARRASCO, M. *et al.* Anxiety as a marker of severity in acute mania. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 126, p. 351-355, 2012. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2012.01873.x.
- HIRSCHFELD, R. M. A.; LEWIS, L.; VORNIK, L. A. Perceptions and impact of bipolar disorder: results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 64, p. 161-174, 2003.
- HIRSCHFELD, R. M. A.; KECK, P. E.; KRAMER, M. *et al.* Rapid antimanic effect of risperidone monotherapy: 3-week multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, v. 161, p. 1057-1065, 2004. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.6.1057.
- JOSLYN, C.; HAWES, D. J.; HUNT, C. B. Is age onset associated with severity, prognosis, and clinical features in bipolar disorder? Meta-analytic review. *Bipolar Disorders*, v. 18, p. 389-403, 2016. DOI: 10.1111/bdi.12382.
- KUSUMAKAR, V.; YATHAM, L. N.; HASLAM, D. R. S. *et al.* Treatment of mania, mixed state, and rapid cycling. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 42, p. 579-586, 1997.
- MALHI, G. S.; BASSETT, D.; BOYCE, P. *et al.* Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 49, p. 1087-1206, 2015. DOI: 10.1177/0004867415600593.
- MARANGELL, L. B.; BAUER, M. S.; DENNEHY, E. B. *et al.* Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1,556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years. *Bipolar Disorders*, v. 8, p. 566-575, 2006. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2006.00336.x.
- MITCHELL, P. B. A probabilistic approach. *Bipolar Disorders*, v. 10, p. 144-152, 2008. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2007.00529.x.
- MURALIDHARAN, K.; ALI, M.; SILVEIRA, L. E. *et al.* Efficacy of second generation antipsychotics in treating acute mixed episodes in bipolar disorder: meta-analysis of placebo-controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, v. 150, p. 408-414, 2013. DOI: 10.1016/j.jad.2013.04.029.

- RAKOFSKY, J.; DUNLOP, B. W. Treating nonspecific anxiety and anxiety disorders in 199 patients with bipolar disorder: a review. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 72, p. 81-90, 2011. DOI: 10.4088/JCP.10r06188.
- REINARES, M.; BONNIN, C. D. M.; HIDALGO-MAZZEI, D. *et al.* Depressive features. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 49, p. 540-549, 2015. DOI: 10.1177/0004867415576514.
- YATHAM, L. N.; KENNEDY, S. H.; O'DONOVAN, C. *et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. *Bipolar Disorders*, v. 7, p. 5-69, 2005. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2005.00152.x.
- SAMI, M.; KHAN, H.; NILFOROOSHAN, R. Late onset mania as an organic syndrome: a review of case reports in the literature. *Comprehensive Psychiatry*, v. 58, p. 226-231, 2015. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.11.006.
- SCHAFER, A.; ISOMETSA, E. T.; AZORIN, J. M. *et al.* A review of factors associated with greater likelihood of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder: part II of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 49, p. 1006-1020, 2015. DOI: 10.1177/0004867415594428.
- SCOTT, J.; LEBOYER, M. Consequences of delayed diagnosis of bipolar disorders. *Encephale*, v. 37, p. 517-555, 2011. DOI: 10.1016/j.encep.2011.03.002.
- SMULEVICH, A. B.; KHANNA, S. S.; EERDEKENS, M. *et al.* Acute and continuation risperidone monotherapy in bipolar mania: a 3-week placebo-controlled trial followed by a 9-week double-blind trial of risperidone and haloperidol. *European Neuropsychopharmacology*, v. 15, p. 75-84, 2005. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2004.09.009.
- SWANN, A. C.; BOWDEN, C. L.; MORRIS, D. *et al.* Depression during mania treatment response to lithium or divalproex. *Archives of General Psychiatry*, v. 54, p. 37-42, 1997. DOI: 10.1001/archpsyc.1997.01830120031005.
- SWANN, A. C. Predicting therapeutic response in acute manic episodes: data from controlled studies with divalproex. *Encephale*, v. 27, p. 277-279, 2001.
- SWANN, A. C.; BOWDEN, C. L.; CALABRESE, J. R. *et al.* Pattern of response to divalproex, lithium, or placebo in four naturalistic subtypes of mania. *Neuropsychopharmacology*, v. 26, p. 530-536, 2002. DOI: 10.1016/S0893-133X(01)00371-7.
- KECK, P. E.; MCELROY, S. L.; STRAKOWSKI, S. M. Anticonvulsants and antipsychotics in the treatment of bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 59, p. 74-81, 1998.
- MCINTYRE, R. S.; YOON, J. Efficacy of antimanic treatments in mixed states. *Bipolar Disorders*, v. 14, p. 22-36, 2012. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2012.01024.x.
- VALENTI, M.; PACCHIAROTTI, I.; UNDURRAGA, J. *et al.* Risk factors for rapid cycling in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, v. 17, p. 549-559, 2015. DOI: 10.1111/bdi.12294.
- VIETA, E.; MORRALLA, C. Prevalence of mixed mania using 3 definitions. *Journal of Affective Disorders*, v. 125, p. 61-73, 2010. DOI: 10.1016/j.jad.2010.02.109.
- YATHAM, L. N.; GROSSMAN, F.; AUGUSTYNS, I. *et al.* Mood stabilizers plus long-acting risperidone or placebo in the treatment of acute mania: international, double-blind, randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, v. 182, p. 141-147, 2003. DOI: 10.1192/bjp.182.2.141.

SAÚDE MENTAL

Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento
e Cuidado na Sociedade Moderna

ÍNDICE REMISSIVO

<i>Anorexia.....</i>	<i>67</i>	<i>Psicologia.....</i>	<i>37</i>
<i>Atividade Física.....</i>	<i>62</i>	<i>Psiquiatria da Dependência.....</i>	<i>23</i>
<i>Dependência Emocional.....</i>	<i>37</i>	<i>Redes Sociais.....</i>	<i>67</i>
<i>Dependência Química.....</i>	<i>23</i>	<i>Saúde Mental.....</i>	<i>1, 15, 48, 62, 73</i>
<i>DSM-5.....</i>	<i>55</i>	<i>Sobrecarga do Cuidador.....</i>	<i>15</i>
<i>Emergência Psiquiátrica.....</i>	<i>48</i>	<i>Terapia Cognitivo Comportamental.....</i>	<i>37</i>
<i>Enfermagem.....</i>	<i>1</i>	<i>Transtorno de Compulsão Alimentar.....</i>	<i>55</i>
<i>Esquizofrenia Paranoide.....</i>	<i>1</i>	<i>Transtorno de Personalidade Borderline.....</i>	<i>8</i>
<i>Hipomania.....</i>	<i>73</i>	<i>Transtorno do Espectro Autista.....</i>	<i>15</i>
<i>Internação Psiquiátrica.....</i>	<i>8</i>	<i>Transtorno por Uso de Álcool.....</i>	<i>23</i>
<i>Internet.....</i>	<i>67</i>	<i>Transtornos Afetivos Bipolares.....</i>	<i>73</i>
<i>Manejo Clínico.....</i>	<i>8</i>	<i>Tratamento Multidisciplinar.....</i>	<i>55</i>
<i>Manejo de Crise.....</i>	<i>48</i>		