

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 26

TRANSTORNOS BIPOLARES: DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS E ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS

PAULA NOBILI FUNCKE¹
ANA CAROLINA SIMON¹
GIOVANA ZAFFARI LACERDA¹
GIOVANNA VISSOKY CÉ¹
JOÃO PEDRO CABRAL GOELZER¹
JÚLIA GIFFONI KREY¹
ELIZABETH CORRÊA GOMES¹
JÚLIA GALLINA HOFFMANN¹
HELENA FERNANDES DE AZEVEDO¹
ISADORA MENDES BERWANGER¹
NATÁLIA BALBINOT ZANINI¹
KARINE DOS SANTOS MARTINS¹
ANA SFOGGIA²

¹Discente – Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

²Docente – Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Palavras-Chave: Transtorno Bipolar; Diagnóstico Diferencial; Tratamento Multimodal.

DOI: 10.59290/1710292963

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

O transtorno bipolar (TB) e os transtornos relacionados configuram um grupo complexo de condições psiquiátricas caracterizadas por alterações significativas do humor, que oscilam entre episódios de mania, hipomania e depressão. Essas alterações impactam profundamente o funcionamento psíquico, social e ocupacional dos indivíduos acometidos, podendo levar a prejuízos severos na qualidade de vida e no convívio interpessoal (VIGO *et al.*, 2021).

De acordo com estimativas de 2022 da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 140 milhões de pessoas no mundo sofrem com transtornos do espectro bipolar, levando a condição a estar entre as 10 principais causas de incapacidade, o que reforça a relevância do tema para a saúde pública global.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição (DSM-5) classifica os transtornos bipolares em diferentes categorias, sendo as principais o Transtorno Bipolar tipo I, caracterizado por pelo menos um episódio maníaco completo, e o Transtorno Bipolar tipo II, no qual ocorrem episódios de hipomania alternados com episódios de depressão maior (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Além desses, incluem-se o transtorno ciclotímico, os transtornos bipolares induzidos por substâncias/medicamentos, os secundários a outras condições médicas gerais, bem como os transtornos especificados e não especificados.

O diagnóstico de "transtornos afetivos bipolares" na Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10), foi modificado para "transtornos bipolares" na CID-11 (OMS, 2019; 2023). A seção onde estão os transtornos bipolares, intitulada "transtornos bipolares e relacionados", é consistente com a classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtor-

nos Mentais, 5ª edição (DSM-5). Sua etiologia é multifatorial, envolvendo uma interação complexa entre fatores genéticos, neuroquímicos, estruturais e ambientais (GREWAL *et al.*, 2022). A Sociedade Brasileira de Psiquiatria ressalta a importância do reconhecimento precoce dos sintomas e da implementação de um tratamento contínuo, com vistas à estabilização do humor e à prevenção de recaídas e hospitalizações, considerando a característica de neuroprogressão do transtorno (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FAMILIARES, AMIGOS E PORTADORES DE TRANSTORNOS AFETIVOS, 2022).

Diante desse cenário, o presente capítulo tem como objetivo apresentar uma revisão atualizada sobre os critérios diagnósticos e os principais tratamentos dos transtornos bipolares e seus correlatos. Serão abordadas intervenções farmacológicas — como o uso de estabilizadores de humor, antipsicóticos e antidepressivos — e psicossociais, incluindo psicoeducação, psicoterapia e suporte familiar. Dessa forma, o capítulo busca oferecer uma visão abrangente e fundamentada do tema, contribuindo para a qualificação do cuidado em saúde mental.

MÉTODO

A presente pesquisa foi conduzida nos meses de maio e junho de 2025, seguindo o formato de uma revisão narrativa da literatura. Para a coleta de dados, foram realizadas buscas nas bases SciELO, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores DeCS/MeSH: “transtorno bipolar”, “diagnóstico clínico” e “tratamento”. Esses termos foram combinados por meio dos operadores booleanos “AND” e “OR”. A pesquisa inicial gerou um grande volume de publicações, que passaram por critérios de seleção previamente estabelecidos.

Foram incluídos estudos escritos em português, inglês ou espanhol, publicados nos últi-

mos quinze anos, desde que estivessem alinhados aos temas centrais do estudo. Artigos originais, revisões de literatura e diretrizes clínicas foram considerados elegíveis. Por outro lado, foram excluídas publicações repetidas, materiais sem acesso livre e trabalhos que não abordassem diretamente o foco da investigação.

A etapa final de seleção priorizou os conteúdos mais relevantes e recentes, entre eles artigos científicos e documentos técnico-normativos. Esses materiais foram analisados de forma criteriosa e interpretados criticamente. Os achados foram organizados de maneira descritiva, estruturados em categorias temáticas que abordam: o diagnóstico do transtorno bipolar tipo 1, do tipo 2, do transtorno ciclotímico, de outros transtornos relacionados, além das abordagens de tratamento farmacológico e psicossocial para os transtornos bipolares.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diagnóstico do transtorno bipolar tipo 1

O Transtorno Bipolar Tipo I (TBI) é uma doença mental crônica, caracterizada por um curso clínico de episódios de humor recorrentes (maníaco, depressivo e hipomaníaco), sendo uma condição que pode abranger desde adolescentes até adultos, tendo influências genéticas e ambientais para a sua ocorrência. A doença caracteriza-se pela presença de pelo menos um episódio maníaco, que pode ser antecedido ou seguido por episódios depressivos maiores ou episódios mistos, mas a ocorrência de ao menos um episódio maníaco é necessário para o diagnóstico. No entanto, o episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica. Segundo o DSM-5, o episódio maníaco consiste em um período distinto e definido de humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável, diagnosticado por três sintomas, tais como: autoestima inflada ou grandiosidade, diminuição da necessidade de

sono, taquialia, fuga de ideias, agitação psicomotora, hiperfoco ou atividade dirigida a objetos; a sua duração deve ser de no mínimo 2 semanas ou necessidade de contenção hospitalar. Os sintomas se fazem presentes na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária). O episódio maníaco causa pre-juízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou requer hospitalização para prevenir danos a si mesmo ou a terceiros; ademais, em alguns casos, podem ocorrer sintomas psicóticos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O Kaplan & Sadock complementa ressaltando que o transtorno é recorrente e o quadro pode ter apresentação mais complexa quando apresenta episódios mistos de sintomas maníacos e depressivos. Ainda, embora os episódios depressivos não sejam necessários para o diagnóstico, eles são frequentes e contribuem para a gravidade da doença. O transtorno impacta profundamente a qualidade de vida e o funcionamento do indivíduo, aumentando o risco de comorbidades psiquiátricas, como transtornos de ansiedade e abuso de substâncias (SADOCK 2017).

Em resumo, o Transtorno Bipolar Tipo 1 é marcado por episódios maníacos graves, com comprometimento funcional significativo, podendo apresentar episódios depressivos ou mistos, sendo uma condição psiquiátrica complexa (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Diagnóstico do transtorno bipolar tipo 2

O Transtorno Bipolar Tipo 2 (TB2) é caracterizado pela ocorrência de pelo menos um episódio depressivo maior e pelo menos um episódio hipomaníaco, sem que jamais tenha ocorrido um episódio maníaco completo. Segundo o DSM-5, a hipomania envolve um período de humor anormal e persistentemente elevado, expan-

sivo ou irritável, seguindo as mesmas características diagnósticas do episódio maníaco, mencionado acima, mas que difere em sua duração mais curta, no mínimo quatro dias consecutivos, e a um menor prejuízo funcional, uma vez que, não exige hospitalização e não apresenta sintomas psicóticos. Ainda assim, é importante ressaltar que o sofrimento clínico significativo ocorre, sobretudo, durante os episódios depressivos maiores, que são mais frequentes e duradouros (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O Kaplan & Sadock destaca uma importante dificuldade no diagnóstico do TB2 já que os episódios hipomaniacos muitas vezes não são percebidos, ou até, são vistos como períodos positivos de mais produtividade; dessa forma, estes pacientes procuram serviços de saúde apenas nos períodos depressivos. Esses fatores contribuem, não só, para o subdiagnóstico, mas também para o uso inadequado de antidepressivos, o que pode agravar a instabilidade do humor (SADOCK *et al.*, 2017).

O episódio depressivo maior, também necessário para o diagnóstico de TB2, dura pelo menos duas semanas e envolve humor deprimido ou perda de interesse/prazer, acompanhado de sintomas como fadiga, insônia ou hipersonia, sentimento de inutilidade, dificuldade de concentração e pensamentos suicidas. O início do TB2 ocorre, assim como o TB1, na adolescência ou início da idade adulta, e segue o mesmo curso de cronicidade e recaídas depressivas. A presença de comorbidades psiquiátricas, como transtornos de ansiedade e uso de substâncias, também é comum. Sendo assim, o TB2 é uma condição marcada por flutuações entre depressão grave e hipomania, exigindo diagnóstico cuidadoso, acompanhamento e tratamento contínuo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Diagnóstico do transtorno ciclotímico

O transtorno ciclotímico é uma forma leve do transtorno bipolar tipo II (TBII). Nesse sentido, o paciente apresenta episódios de hipomania e de depressão de forma crônica e flutuante, por períodos mais curtos entre as crises quando em comparação com o TBII. Acerca da personalidade do portador do diagnóstico, Kraepelin e Schneider a descreveram como uma alternância entre as personalidades depressiva e maníaca (SADOCK *et al.*, 2017).

Quanto à epidemiologia, os ciclotímicos compreendem entre 3-5% dos pacientes ambulatoriais em psiquiatria e cerca de 1% da população geral. O transtorno tem maior prevalência entre mulheres, em uma proporção de 3:2. Em relação ao início dos sintomas, até 75% dos pacientes instalam o quadro entre os 15-25 anos, daí sua relevância na pediatria. A instalação do quadro no período da adolescência é um marcador relevante para o prognóstico geral do quadro clínico (SADOCK *et al.*, 2017).

No que tange à etiologia, coexistem fatores biológicos e psicossociais. Há estudos que realizam uma associação entre portadores do transtorno ciclotímico e seu parentesco de 1º grau com portadores do transtorno bipolar tipo I. Quanto aos psicossociais, há associações entre uma tentativa supressiva do ego sobre o superego punitivo e severo sob a ótica freudiana (SADOCK *et al.*, 2017).

O diagnóstico do transtorno ciclotímico é clínico. Os sintomas são idênticos àqueles do transtorno bipolar tipo II, porém de menor gravidade e com duração mais breve. A manifestação mais comum é um quadro depressivo com períodos mistos de irritabilidade acentuada. As mudanças de humor são súbitas e irregulares, por vezes com alternância de apenas horas. Além disso, o abuso de álcool e outras substâncias é comum entre os portadores desse transtorno (SADOCK *et al.*, 2017). Mais além, a ciclotimia pode ser diferenciada de transtornos não relacio-

nados ao humor com base na irritabilidade, distúrbios do sono, idade de início dos sintomas, diagnósticos comórbidos e histórico familiar (VAN MEETER *et al.*, 2011).

No que tange à pediatria, além de o quadro do transtorno ciclotímico iniciar em grande parte da população a partir dos 15 anos de idade, existem algumas características no desenvolvimento da personalidade da criança e do adolescente que auxiliam a suspeitar da patologia. Isso se deve ao fato de que os pacientes portadores são muitas vezes crianças sensíveis, hiperativas ou mal-humoradas. Concomitantemente, há prejuízo nas atividades escolares e na capacidade de estabelecer relações interpessoais entre amigos e familiares (SADOCK *et al.*, 2017).

O tratamento do transtorno ciclotímico envolve terapia biológica com lítio, carbamazepina e valproato de sódio com dosagens idênticas àquelas para o tratamento do transtorno bipolar tipo I. É preciso cautela na prescrição de antidepressivos para não precipitar a instalação de um episódio de mania, o que ocorre em cerca de 50% dos pacientes. Por fim, o tratamento também compreende a psicoterapia para o desenvolvimento de mecanismos para enfrentar as oscilações de humor (SADOCK *et al.*, 2017). Na pediatria, é extremamente relevante a participação da família e da escola para compreensão e acolhimento do portador do diagnóstico, sobretudo na adolescência (BARLOW, 2020).

Diagnóstico dos outros transtornos relacionados

O transtorno de personalidade borderline (TPB) é uma das condições que mais frequentemente se confunde com o transtorno bipolar, sobretudo o tipo II. Ambos os transtornos compartilham instabilidade emocional, impulsividade e comportamento autolesivo. Entretanto, enquanto os episódios afetivos no transtorno bipolar são episódicos e ocorrem independentemente de estímulos externos, os estados afetivos no TPB

tendem a ser reativos a eventos interpessoais e muito mais breves, geralmente durando horas. Além disso, o TPB se manifesta de forma persistente desde a adolescência ou início da vida adulta, com prejuízo crônico no funcionamento interpessoal e na identidade, o que não é observado no transtorno bipolar interepisódico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

Outra condição frequentemente confundida com o transtorno bipolar é o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), especialmente em adultos. Ambos os transtornos compartilham traços de impulsividade, distração e labilidade emocional. Contudo, o TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento que se inicia na infância e apresenta curso contínuo, enquanto o transtorno bipolar é episódico e, muitas vezes, com início mais tardio. Além disso, a presença de períodos de humor e energia anormalmente elevados é um marcador mais específico do transtorno bipolar (MALHI *et al.*, 2023).

Por fim, condições médicas e uso de substâncias também devem ser considerados no diagnóstico diferencial, uma vez que diversos quadros clínicos, como hipertireoidismo, lúpus eritematoso sistêmico ou intoxicação por substâncias estimulantes, podem provocar sintomas que mimetizam episódios maníacos. A exclusão de causas secundárias requer avaliação laboratorial e anamnese detalhada.

Assim, a diferenciação entre o transtorno bipolar e outros quadros com sintomas afetivos e comportamentais sobrepostos depende de uma análise acurada da cronologia dos sintomas, sua relação com eventos externos, história familiar, presença de traços de personalidade e exclusão de causas orgânicas ou induzidas.

Tratamento farmacológico dos transtornos bipolares

O tratamento farmacológico do transtorno bipolar tem evoluído significativamente nas úl-

timas décadas, fundamentando-se no uso de estabilizadores de humor, antipsicóticos atípicos e, de maneira restrita e cautelosa, antidepressivos. A terapêutica deve ser ajustada conforme o subtipo clínico (TB1 ou TB2), e a fase do transtorno – mania, depressão ou manutenção –, com especial atenção à eficácia, segurança e perfil de tolerabilidade dos agentes disponíveis (YATHAM *et al.*, 2018).

No manejo da mania aguda do TB1, recomenda-se como primeira linha o uso de lítio, quetiapina, divalproato de sódio, asenapina, aripiprazol, paliperidona (≥ 6 mg), risperidona e cariprazina. Esses agentes demonstraram eficácia semelhante em ensaios clínicos randomizados, com medidas de efeito variando entre pequeno e moderado. O lítio permanece como a principal escolha na ausência de contraindicações, particularmente devido à sua eficácia preventiva ao longo de múltiplas fases do transtorno (YATHAM *et al.*, 2018).

A posologia do lítio inicia-se com 300 mg duas a três vezes ao dia, ajustando-se para alcançar níveis plasmáticos entre 0,8 e 1,2 mEq/L durante a fase aguda. Na manutenção, almeja-se níveis entre 0,6 e 0,8 mEq/L. A quetiapina é utilizada entre 300 e 600 mg/dia, administrada em dose única ou fracionada. O divalproato de sódio, por sua vez, é iniciado com 750 mg/dia e titulado para níveis séricos de 50 a 125 $\mu\text{g/mL}$, podendo-se empregar dose de ataque de 20–30 mg/kg/dia em situações críticas (YATHAM *et al.*, 2018).

No TB 2, episódios de hipomania não requerem necessariamente tratamento agudo com antipsicóticos, exceto em casos atípicos ou com sintomas intensos. Nessas situações, fármacos como lítio, lamotrigina ou quetiapina podem ser utilizados, com preferência para abordagens que visem estabilização do humor a longo prazo, dada a menor gravidade dos episódios de elevação do humor (YATHAM *et al.*, 2018).

Nos episódios maníacos com agitação psicomotora grave, especialmente no TB1, fármacos de ação rápida são essenciais. Se o paciente concordar em tomar medicamentos por via oral, agentes antimaniacos eficazes e com início rápido devem ser considerados primeiro. Portanto, uma dose de ataque de divalproato de sódio, de antipsicóticos atípicos ou típicos ou de benzodiazepínicos pode ser apropriada. Em caso de persistência do quadro, pode ser usada farmacoterapia por via intramuscular (IM), como aripiprazol 9,75 mg IM, olanzapina 10 mg IM e lorazepam 1–2 mg IM. Estes agentes de-monstram início de ação rápido e são preferidos ao haloperidol por apresentarem menor risco de efeitos extrapiramidais (YATHAM *et al.*, 2018).

A fase depressiva é predominante em ambos os subtipos, mas especialmente proeminente no TB2. No TB1, as primeiras opções farmacológicas incluem quetiapina 300 mg/dia, lítio, lamotrigina, lurasidona (20 a 120 mg/dia) e a combinação olanzapina (6–12 mg) e fluoxetina (25–50 mg). A cariprazina (1,5 a 3 mg/dia) também é eficaz como monoterapia (YATHAM *et al.*, 2018).

Para o TB2, o quadro depressivo tende a ser mais duradouro e é o principal alvo terapêutico. A quetiapina possui a evidência mais sólida (nível 1) como monoterapia para TB2. A lamotrigina, com dose-alvo de 200 mg/dia e titulação lenta (iniciando com 25 mg/dia), é especialmente útil na prevenção e no tratamento da depressão bipolar, sendo preferida em pacientes com histórico de predomínio depressivo (YATHAM *et al.* 2018).

Os antidepressivos (inibidores seletivos da recaptação da serotonina ou bupropiona) não são recomendados como monoterapia no tratamento da depressão bipolar. Contudo, seu uso pode ser considerado em casos específicos, principalmente no TB2, e sempre em associação com estabilizadores do humor, como lítio ou di-

alproex, devido ao risco de virada maníaca. A combinação de olanzapina 6–12 mg com fluoxetina 25–50 mg é uma das mais bem estudadas, especialmente para depressão bipolar I (YATHAM *et al.*, 2018).

A fase de manutenção visa prevenir recorrências, minimizar hospitalizações e restaurar o funcionamento psicossocial. No TB1, os medicamentos com maior evidência de eficácia incluem o lítio, quetiapina, divalproato, lamotrigina, aripiprazol e asenapina. O lítio, em particular, apresenta benefícios comprovados tanto na prevenção de mania quanto de depressão (YATHAM *et al.*, 2018).

Terapias combinadas, como lítio + quetiapina ou divalproato + aripiprazol, apresentam eficácia superior à monoterapia em casos de maior gravidade ou resposta prévia inadequada. Essas combinações são particularmente recomendadas quando se busca prevenir tanto episódios maníacos quanto depressivos (YATHAM *et al.*, 2018).

Em contrapartida, no TB2, o foco do tratamento de manutenção recai sobre a prevenção de episódios depressivos, dada a baixa incidência de hipomania. Nesse contexto, lamotrigina e quetiapina são as principais recomendações, com boa tolerabilidade e eficácia sustentada. O lítio pode ser considerado em pacientes com episódios hipomaníacos mais intensos ou histórico familiar relevante (YATHAM *et al.*, 2018).

Em ambas as formas do transtorno, combinações farmacológicas podem ser indicadas para casos de resposta parcial ou refratários. Exemplos incluem lítio + quetiapina, divalproato + aripiprazol e lamotrigina + lítio, conforme tolerabilidade e histórico de resposta individual (YATHAM *et al.*, 2018).

Tratamento psicossocial dos transtornos bipolares

O tratamento psicossocial é um complemento essencial à farmacoterapia no manejo do

transtorno bipolar, abordando aspectos como prevenção de recaídas, adesão ao tratamento medicamentoso, recuperação funcional e qualidade de vida. As intervenções psicossociais mais amplamente estudadas e com maior respaldo em evidências incluem a psicoeducação, a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a terapia interpessoal e de ritmo social (IPSRT), terapia focada na família (FFT) e terapia cognitiva baseada em mindfulness (MBCT) (SALCEDO *et al.*, 2016).

A psicoeducação, realizada de forma individual ou em grupo, tem como foco a conscientização sobre a doença, o reconhecimento precoce dos sintomas e a importância da adesão ao tratamento medicamentoso. Demonstrou eficácia na redução das taxas de recaída, especialmente quando combinada com a TCC, e está associada à melhora da adesão ao tratamento e dos desfechos funcionais. A TCC, adequada ao transtorno bipolar, tem como objetivo a identificação e modificação de crenças e comportamentos disfuncionais, sendo eficaz em prolongar o tempo até a recaída e reduzir os sintomas maníacos, principalmente quando combinada à psicoeducação (MILIC *et al.*, 2025).

A IPSRT enfatiza a estabilização das rotinas diárias e dos ciclos de sono e vigília, com base na observação de que perturbações nos ritmos sociais podem precipitar episódios de humor. Essa abordagem demonstrou benefícios na redução do risco de recaídas e na melhora do funcionamento geral.

CONCLUSÃO

O transtorno bipolar, em suas diferentes manifestações, configura uma condição psiquiátrica de grande complexidade, impacto funcional e relevância clínica. O reconhecimento das especificidades do Transtorno Bipolar tipo I, tipo II e dos demais transtornos relacionados — incluindo seus critérios diagnósticos, curso clínico

co, comorbidades e diagnósticos diferenciais — é fundamental para o manejo adequado dos pacientes. O diagnóstico precoce e preciso contribui para evitar intervenções inadequadas, como o uso isolado de antidepressivos em pacientes com episódios hipomaníacos não reconhecidos, o que pode agravar a instabilidade do humor e comprometer a evolução do quadro.

O tratamento eficaz do transtorno bipolar exige uma abordagem integrada, combinando intervenções farmacológicas baseadas em evidências com estratégias psicossociais direcionadas à promoção da adesão terapêutica, à reabilitação funcional e à melhora da qualidade de vida. Medicamentos como o lítio, a quetiapina, o divalproato e a lamotrigina ocupam papel central na estabilização do humor e na prevenção de

recaídas, enquanto terapias como a psicoeducação e a TCC demonstram benefícios consistentes no manejo a longo prazo.

Considerando a cronicidade e a gravidade da doença, bem como o risco aumentado de suicídio e hospitalizações, torna-se indispensável que o cuidado ao paciente bipolar seja contínuo, individualizado e centrado em múltiplas dimensões — clínica, emocional, social e familiar. Ao lançar luz sobre os aspectos diagnósticos, terapêuticos e psicossociais do transtorno bipolar, este capítulo busca contribuir para o aprimoramento da prática em saúde mental, promovendo uma atenção mais qualificada, empática e eficaz às pessoas acometidas por esse transtorno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FAMILIARES, AMIGOS E PORTADORES DE TRANSTORNOS AFETIVOS. Transtorno bipolar afeta cerca de 140 milhões de pessoas no mundo. Brasília: ABRATA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/transtorno-bipolar-afeta-cerca-de-140-milhoes-de-pessoas-no-mundo>. Acesso em 03/03/2025.

BARLOW, D. H.; DURAND, V. M.; HOFMANN, S. G. Psicopatologia: uma abordagem integrada. São Paulo: Cengage Learning Brasil, 2020.

GREWAL S, *et al.* Biomarkers of neuroprogression and late staging in bipolar disorder: A systematic review. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, n. 57, v. 3, p. 328-343, 2022. doi: 10.1177/00048674221091731.

MALHI, G. S. *et al.* The 2023 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, n. 57, v. 1, p. 5-117, 2023.

MILIC J, *et al.* Short Communication on Proposed Treatment Directions in Bipolar Disorder: A Psychotherapy Perspective. Journal of Clinical Medicine, v. 14, n. 6, p. 1857, 2025. doi: 10.3390/jcm14061857.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 2019. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/organizacao-mundial-da-saude-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas/>. Acesso em 03/03/2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação Internacional de Doenças Décima Primeira Revisão (CID-11). Genebra: OMS. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>. Acesso em 03/03/2025.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SALCEDO, S. *et al.* Empirically supported psychosocial interventions for bipolar disorder: Current state of the research. Journal of the International Society for Affective Disorders, v. 201, p. 203-214, 2016. doi: 10.1016/j.jad.2016.05.018.

VAN METER, A. *et al.* Examining the validity of cyclothymic disorder in a youth sample. Journal of the International Society for Affective Disorders, v. 132, n. 1-2, p. 55-63, 2011. doi: 10.1016/j.jad.2011.02.004.

VIGO, D.; THORNICROFT, G.; ATUN, R. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet Psychiatry, n. 8, v. 2, p. 171–184, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO, 2022.

YATHAM, L.N. *et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disorders, v. 20, n. 2, p. 97–170, 2018. doi:10.1111/bdi.12609.