

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVII

Capítulo 10

TRANSTORNOS BIPOLARES: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

ANNA BEATRIZ VON RONDOV MIRANDA¹
BERNARDO AGUIAR DE SOUZA LOUGOM RODOLFO¹
GUILHERME BAIÔCO SFALSIN¹
IZABELLA RODRIGUES MARQUES RANGEL¹
LORENZO PONTOPPIDAN NASCIMENTO¹
MAÍSA ALMEIDA VALADÃO¹
MARIA EDUARDA PASSAMANI POLEZE¹
MARIANA BATISTA BISSOLI¹
MELANIE CANHOLATO GOLHEN¹
MELISSA VITÓRIA VILELA DE FREITAS DRUMOND¹
PIETRA COMETTI DE CARLI¹
PRISCILA RODRIGUES COLA¹
SOPHIA SODRÉ PACHE DE OLIVEIRA VARGAS¹
WILLIAM JOSÉ DA SILVA MESSIAS¹
PRISCILLA FERREIRA E SILVA²

¹Discente – Medicina do Centro Universitário MULTIVIX Vitória.

²Docente – Enfermagem Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo.

Palavras-Chaves: Transtorno Bipolar; Terapêutica; Diagnóstico.

DOI: 10.59290/3422021910

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

Antes compreendida como uma “psicose maníaco-depressiva”, o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma condição psiquiátrica relacionada a uma disfunção nos circuitos cerebrais responsáveis pela regulação das emoções, caracterizando em oscilações de humor (GRANDE *et al.*, 2015; SANCHES & JORGE, 2004). Ademais, o desenvolvimento de tal síndrome é decorrente de diversos fatores, contudo, não se sabe ao certo sua etiologia e fisiopatologia, asbe-se, apenas, que é decorrente de fatores genéticos, neuroquímicos e ambientais (LIMA *et al.*, 2025). Posto isso, é uma das principais causas de incapacidade do mundo, afetando negativamente o desempenho individual, interferindo nas relações sociais e na capacidade pessoal de realizar atividades (ALMEIDA *et al.*, 2023).

O conceito de espectro bipolar foi desenvolvido a partir das observações de Akiskal e Tavormina, na década de 1970, ao identificarem pacientes com humor ciclotímico que evoluíam tanto para depressão unipolar quanto para formas bipolares (ALMEIDA *et al.*, 2023). Essa visão ampliada rompeu a dicotomia clássica entre depressão e mania, propondo que os transtornos do humor se distribuam ao longo de um *continuum* que vai desde a ciclotimia e a hipomania subclínica até episódios maníacos graves (ALMEIDA *et al.*, 2023; BELMAKER, 2004). Essa visão dimensional foi posteriormente ampliada e consolidada em revisões contemporâneas, que descrevem o espectro como englobando bipolar I, bipolar II, estados mistos, ciclotimia e apresentações depressivas com traços bipolares, destacando a heterogeneidade fenotípica e a necessidade de um olhar clínico ampliado (AGIUS *et al.*, 2024; GRANDE *et al.*, 2016; BELMAKER, 2004).

Essa condição psiquiátrica afeta milhões de pessoas em todo o mundo, apresentando mais

prevalência entre jovens adultos, que representam a faixa etária com menor adesão ao tratamento (KERAMATIAN *et al.*, 2022; KASSAOUI *et al.*, 2017; GRANDE *et al.*, 2016). Ademais, o TAB pode se manifestar também na infância, adolescência e em idosos, com particularidades que impactam no diagnóstico e no manejo clínico nessas faixas etárias (GOODWIN *et al.*, 2016).

Apesar de sua alta prevalência, o TAB ainda é marcado por estigma social e influência familiar, o que contribui para o desconhecimento sobre seu impacto na vida dos pacientes (GRANDE *et al.*, 2016). Esse transtorno compromete a funcionalidade, interferindo nas relações interpessoais, no desempenho acadêmico e profissional, além de reduzir a qualidade de vida (GRANDE *et al.*, 2016). Mesmo durante os períodos de melhora dos sintomas, muitos indivíduos apresentam prejuízos cognitivos persistentes, especialmente nas funções executivas, atenção e memória, o que dificulta sua autonomia e retorno às atividades habituais (MIKLOWITZ *et al.*, 2020).

Um diagnóstico preciso do TAB é um desafio premente para a saúde pública, contribuindo para um alto índice de erros e, consequentemente, para a exposição dos pacientes a tratamentos inadequados e riscos graves, como a ocorrência de episódios maníacos, suicídio, uso indevido de substâncias, além de gerar prejuízos acadêmicos, sociais e familiares (LIMA *et al.*, 2025). Essa dificuldade diagnóstica é multifatorial, sendo um dos principais obstáculos a significativa sobreposição sintomática do TAB com outros transtornos psiquiátricos, como episódios depressivos maiores, depressão persistente e transtornos esquizoafetivos, levando frequentemente a diagnósticos inadequados (LIMA *et al.*, 2025). Dentre esses, o Transtorno Depressivo Maior (TDM), ou depressão unipolar, é o diagnóstico diferencial mais frequente e equivocado, especialmente quando o primeiro

episódio do TAB é depressivo (LIMA *et al.*, 2025; ALMEIDA *et al.*, 2023).

Ademais, a semelhança clínica entre o TAB em fase depressiva e o TDM em sintomas como insônia, anedonia, ansiedade, retardo psicomotor e sintomas psicóticos, aliada à pouca diferenciação entre as doenças no próprio DSM-5, dificultam o diagnóstico assertivo (LIMA *et al.*, 2025; ALMEIDA *et al.*, 2023; GRANDE *et al.*, 2016). Adicionalmente, a complexidade e a gravidade dos sintomas, bem como a presença de comorbidades psiquiátricas, aumentam a taxa de erros (LIMA *et al.*, 2025).

Outro fator complicador para a definição do transtorno é a ausência de biomarcadores laboratoriais específicos validados mundialmente para o TAB, uma dificuldade enfrentada pela psiquiatria que depende, portanto, de avaliações clínicas subjetivas e entrevistas psicopatológicas minuciosas (LIMA *et al.*, 2025). O tipo de atendimento também influencia no processo: pacientes inicialmente avaliados na atenção primária enfrentam mais dificuldades e demoram mais para receber um diagnóstico correto, comparados àqueles que são atendidos por especialistas em saúde mental (LIMA *et al.*, 2025).

Dessa forma, o aprimoramento do diagnóstico do TAB exige a necessidade de melhor capacitação também dos profissionais de atenção primária na avaliação de sintomas psiquiátricos, implementando o uso de ferramentas auxiliares como questionários específicos, além de investimento científico em novos estudos que possam identificar marcadores biológicos precisos para a doença (LIMA *et al.*, 2025).

O objetivo deste estudo é, considerando todo o exposto, oferecer uma visão abrangente do TAB, com ênfase nos desafios associados ao diagnóstico, na discussão acerca de alternativas de tratamento visando uma adesão mais eficaz e na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos portadores de TAB.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de artigos científicos realizada no período de setembro de 2025 a outubro de 2025, por meio de pesquisas nas bases de dados *PubMed* e Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO). Foram utilizados os descritores “Transtorno Bipolar” e “Psicose Maníaco-Depressiva” combinados entre si com o boleano “OR”. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês, publicados a partir de 2004, que abordavam a temática proposta para esta pesquisa e disponibilizados na íntegra. O recorte a partir de 2004 foi adotado para abranger estudos após atualizações importantes nos critérios diagnósticos e nas abordagens terapêuticas do TAB, garantindo amplitude e relevância histórica dos achados. Os critérios de exclusão foram: revisões de literaturas, artigos de opinião, teses e dissertações, artigos não disponibilizados na íntegra, duplicados, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão. A busca nas bases de dados resultou em 20 registros, cujos títulos e resumos sofreram uma análise inicial, resultando na eliminação de 1 artigo duplicado e 4 não disponíveis na íntegra, resultando, após aplicação dos critérios de seleção, 15 artigos, que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, agrupados em categorias temáticas, com o objetivo de conhecer as principais discussões acerca de diagnóstico, tratamento do TAB, bem como de seus desafios e suas perspectivas futuras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil clínico e impacto funcional do TAB

O TAB é uma condição psiquiátrica crônica e recorrente, caracterizada por flutuações marcantes do humor e da energia (BELMAKER,

2004). Trata-se de um dos transtornos mentais de maior impacto global, com curso variável e tendência à recorrência ao longo da vida (VIETA *et al.*, 2018; GRANDE *et al.*, 2016). A patologia manifesta-se de forma episódica, com períodos de mania, hipomania, depressão e eutímia (GOODWIN *et al.*, 2016). Durante a fase maníaca, predominam humor elevado ou irritável, autoestima inflada, hiperatividade, diminuição da necessidade de sono, taquipsiquismo e comportamento impulsivo, podendo ocorrer sintomas psicóticos (BELMAKER, 2004). Os episódios hipomaniacos compartilham sintomas semelhantes, porém, com menor intensidade e sem prejuízo acentuado do funcionamento (GOODWIN *et al.*, 2016). Nas fases depressivas, destacam-se a hipotímia, anedonia, fadiga, desesperança e risco aumentado de suicídio (AGIUS *et al.*, 2024).

Atualmente, o TAB pode ser descrito principalmente em dois tipos. O bipolar tipo I tem episódios marcados por oscilações entre mania e depressão, e o bipolar tipo II, por oscilações entre hipomania e depressão (ESPRÍCIDO *et al.*, 2025). Esses tipos, descritos no DSM-5, são frequentemente confundidos, visto que compartilham manifestações sintomáticas semelhantes (ESPRÍCIDO *et al.*, 2025). Todavia, o tipo I caracteriza-se por episódios maníacos mais intensos, que ocasionam prejuízo significativo nas atividades cotidianas, além de episódios depressivos geralmente mais breves. Já o tipo II envolve episódios de hipomania — uma forma atenuada de mania, com menor impacto funcional — e episódios depressivos mais prolongados e debilitantes (GRANDE *et al.*, 2015).

O curso clínico é caracterizado pela cronicidade, pela recorrência dos episódios e pela presença de sintomas residuais mesmo nos períodos de remissão (GRANDE *et al.*, 2016). Manifestações como dificuldades de concentração, lentificação cognitiva e redução da funcionalidade são persistentes e reforçam o potencial

incapacitante da doença (VIETA *et al.*, 2018). A gravidade e a frequência das recaídas variam entre os indivíduos, sendo associado a pior prognóstico as formas mistas (AGIUS *et al.*, 2024).

A ciclotímia, considerada uma forma mais leve do espectro, envolve oscilações crônicas do humor que não preenchem critérios para episódios maiores, mas produzem impacto funcional substancial (BELMAKER, 2004). Esses diferentes subtipos refletem a diversidade fenotípica da doença, tornando o diagnóstico mais desafiador. Além disso, há evidências de que a bipolaridade pode coexistir com outros transtornos psiquiátricos, como ansiedade e abuso de substâncias, o que contribui para a complexidade diagnóstica e para a variabilidade na resposta terapêutica (GRANDE *et al.*, 2016).

Epidemiologia

A prevalência na população geral situa-se entre 1% e 2%, com início típico no final da adolescência ou início da vida adulta (GRANDE *et al.*, 2016; BELMAKER, 2004). Estudos epidemiológicos indicam distribuição semelhante entre os sexos, embora episódios depressivos sejam mais comuns em mulheres (GOODWIN *et al.*, 2016). O impacto psicossocial é expressivo, abrangendo prejuízos acadêmicos, profissionais e afetivos, além de maior risco de isolamento e deterioração das relações interpessoais (GRANDE *et al.*, 2016).

A distribuição etária do TAB é ampla e apresenta particularidades clínicas em cada fase da vida (VIETA *et al.*, 2018; GRANDE *et al.*, 2016). Estima-se que cerca de 60% a 70% dos casos tenham início antes dos 25 anos de idade, com média de início entre 17 e 21 anos, reforçando o predomínio em adolescentes e adultos jovens (VIETA *et al.*, 2018; GRANDE *et al.*, 2016). Em crianças, a prevalência é menor, variando de 0,1% a 0,5%, e a apresentação tende

a ser atípica, com irritabilidade crônica e episódios de curta duração, frequentemente confundidos com transtornos de conduta ou déficit de atenção (ESPRÍCIDO *et al.*, 2025; GRANDE *et al.*, 2016). Já na adolescência, observa-se aumento expressivo da incidência, com prevalências em torno de 1% a 1,5%, caracterizadas por instabilidade emocional, impulsividade, distúrbios do sono e maior risco de abuso de substâncias (ESPRÍCIDO *et al.*, 2025; KERAMATIAN *et al.*, 2022; GRANDE *et al.*, 2016). Em adultos, a prevalência global do TAB tipo I situa-se entre 0,6% e 1%, enquanto o tipo II acomete cerca de 0,4%, podendo chegar a 2,4% quando considerados os casos do espectro bipolar (GRANDE *et al.*, 2016). Na população idosa, a incidência de novos casos é menor, mas os episódios maníacos tardios representam até 10% dos quadros maníacos em serviços psiquiátricos, muitas vezes associados a comorbidades médicas, uso de medicamentos ou doenças cerebrovasculares (AGIUS *et al.*, 2024; GOODWIN *et al.*, 2016).

O início precoce é um fator de especial relevância. Em adolescentes, o transtorno tende a se apresentar com irritabilidade, instabilidade emocional, impulsividade, distúrbios do sono e queixas somáticas, o que frequentemente leva ao diagnóstico tardio e ao comprometimento escolar e social (ESPRÍCIDO *et al.*, 2025; KERAMATIAN *et al.*, 2022; VIETA *et al.*, 2018). A manifestação juvenil associa-se a maior gravidade, risco de comorbidade e prejuízo funcional sustentado (GRANDE *et al.*, 2016). Além disso, os estigmas e a baixa adesão familiar contribuem para a cronificação e o agravamento do quadro clínico (KASSAOUI *et al.*, 2017; MIASSO *et al.*, 2007).

Critérios e desafios diagnósticos

De acordo com os critérios diagnósticos estabelecidos pelo *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition* (DSM-

5), o episódio de mania é definido por um período mínimo de uma semana de humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável, acompanhado de aumento acentuado da energia e da atividade (VIETA *et al.*, 2018; GOODWIN *et al.*, 2016). Devem estar presentes pelo menos três sintomas, ou quatro se o humor for apenas irritável, dentre os seguintes: autoestima inflada ou grandiosidade, diminuição da necessidade de sono, aumento do discurso ou pressão para falar, fuga de ideias, distraibilidade, incremento de atividades dirigidas a objetivos ou agitação psicomotora e envolvimento excessivo em atividades de risco (GRANDE *et al.*, 2016; BELMAKER, 2004). O episódio deve resultar em prejuízo marcante do funcionamento social ou ocupacional, podendo requerer hospitalização ou envolver sintomas psicóticos (GOODWIN *et al.*, 2016).

Já o episódio de hipomania apresenta o mesmo padrão sintomatológico, mas com duração mínima de quatro dias e intensidade menor, sem prejuízo grave do funcionamento social ou ocupacional nem presença de sintomas psicóticos (AGIUS *et al.*, 2024; VIETA *et al.*, 2018). A aplicação criteriosa desses parâmetros, associada à avaliação longitudinal e à utilização de entrevistas estruturadas, é fundamental para reduzir erros diagnósticos e distinguir o TAB de outros quadros afetivos e ansiosos (GRANDE *et al.*, 2016; GOODWIN *et al.*, 2016).

É importante destacar que o TAB é frequentemente identificado durante os episódios de mania ou hipomania, cuja duração varia, respectivamente, de cerca de sete e quatro dias (GRANDE *et al.*, 2016). Nesses períodos, o indivíduo costuma apresentar sintomas como autoestima inflada, redução da necessidade de sono, logorreia, aceleração do pensamento e agitação psicomotora. (ESPRÍCIDO *et al.*, 2025). Consequentemente, comportamentos impulsivos são comuns, incluindo decisões potencial-

mente prejudiciais, uso de substâncias psicoativas e exposição a situações de risco (LIMA *et al.*, 2025).

A principal dificuldade no reconhecimento clínico do espectro bipolar reside na detecção de episódios hipomaniacos leves, que frequentemente passam despercebidos pelo paciente e pelo clínico (AGIUS *et al.*, 2024). Estudos indicam que até 40% dos indivíduos inicialmente diagnosticados com depressão unipolar recebem posteriormente o diagnóstico de TAB, evidenciando o alto índice de subdiagnóstico (GRANDE *et al.*, 2016). Esse equívoco tem consequências clínicas importantes, uma vez que o uso isolado de antidepressivos pode precipitar episódios maníacos ou mistos, aumentar a instabilidade do humor e elevar o risco de suicídio (AGIUS *et al.*, 2024; GOODWIN *et al.*, 2016). Apesar dos avanços em neuroimagem, genética, neuroquímica e dos estudos promissores de biomarcadores como a GSK3 e a aldosterona, que, poderiam auxiliar na distinção entre depressão unipolar e bipolar, a avaliação clínica e longitudinal seguem como o principal instrumento diagnóstico (ALMEIDA *et al.*, 2023; GRANDE *et al.*, 2016; BELMAKER, 2004). Ademais, a sobreposição de sintomas com outros transtornos do espectro afetivo contribui para a complexidade do reconhecimento clínico. (GOODWIN *et al.*, 2016).

Os principais diagnósticos diferenciais incluem o TDM, os transtornos esquizoafetivos, o transtorno de uso de substâncias e o transtorno de personalidade borderline (ALMEIDA *et al.*, 2023; NESTSIAROVICH *et al.*, 2017; GRANDE *et al.*, 2016; BELMAKER, 2004). Sintomas como retardo psicomotor, anedonia, insônia e déficit de atenção são comuns a ambas as condições e favorecem diagnósticos equivocados (ALMEIDA *et al.*, 2023; MIKLOWITZ *et al.*, 2020; GRANDE *et al.*, 2016; BELMAKER, 2004). A presença de sintomas psicóticos pode

levar à confusão com esquizofrenia, e comorbidades psiquiátricas, como transtornos de ansiedade e de personalidade, aumentam a complexidade clínica (ALMEIDA *et al.*, 2023; MIKLOWITZ *et al.*, 2020; SANCHES & JORGE, 2004; BELMAKER, 2004;). Além disso, a semelhança entre o TAB e o transtorno de personalidade borderline, especialmente quanto à impulsividade e instabilidade emocional, reforça a necessidade de avaliação longitudinal criteriosa (ALMEIDA *et al.*, 2023; MIKLOWITZ *et al.*, 2020; SANCHES & JORGE, 2004).

A avaliação diagnóstica adequada exige, portanto, uma abordagem abrangente e metódica. A utilização dos critérios do DSM-5 deve ser acompanhada de uma análise da trajetória temporal dos sintomas, do histórico familiar de transtornos do humor e da resposta prévia ao tratamento (AGIUS *et al.*, 2024). A obtenção de informações complementares junto a familiares e a observação do curso longitudinal do humor são estratégias essenciais para aumentar a acurácia diagnóstica (GOODWIN *et al.*, 2016; BELMAKER, 2004). O reconhecimento precoce do espectro bipolar, especialmente em pacientes jovens com episódios depressivos recorrentes, é imprescindível para prevenir o agravamento do quadro, reduzir o risco de automutilação e melhorar o prognóstico funcional e social (GRANDE *et al.*, 2016).

Estratégias terapêuticas: farmacológicas e psicossociais

O tratamento do TAB exige uma abordagem multimodal, fundamentada na integração entre farmacoterapia e intervenções psicossociais, com o objetivo de estabilizar o humor, reduzir recaídas e preservar o funcionamento global do indivíduo (VIETA *et al.*, 2018; GRANDE *et al.*, 2016). Dada a natureza crônica e recorrente da doença, o manejo deve considerar não apenas o controle sintomático, mas também a prevenção de episódios futuros, a adesão tera-

pêutica e o bem-estar psicossocial (VIETA *et al.*, 2018; GOODWIN *et al.*, 2016). A estratégia ideal combina intervenção medicamentosa ajustada à fase clínica — mania, depressão ou manutenção — e suporte psicoterápico contínuo, assegurando o acompanhamento longitudinal e a individualização terapêutica (GOODWIN *et al.*, 2016).

O tratamento do TAB deve ser individualizado e cuidadosamente adequado às necessidades do paciente, uma vez que uma boa resposta terapêutica depende da adequação do manejo perante suas particularidades do indivíduo (ALMEIDA *et al.*, 2023; MIKLOWITZ *et al.*, 2020; NESTSIAROVICH *et al.*, 2017). Nesse sentido, tem-se a modalidade medicamentosa, constituída por anticonvulsivantes, antipsicóticos atípicos e antidepressivos — se indicação —, e a modalidade psicoterápica, que consiste em terapia cognitiva, interpessoal e de comportamento (ALMEIDA *et al.*, 2023). Entretanto, um tratamento adequado deve apoiar-se em uma rede de apoio integrada, com o acompanhamento profissional contínuo e o âmbito social se complementando (ESPRÍCIDO *et al.*, 2025).

A farmacoterapia representa o pilar central do tratamento, sendo os estabilizadores de humor o grupo de fármacos com maior evidência de eficácia. O carbonato de lítio continua a ser considerado o tratamento de referência, com eficácia comprovada tanto na fase aguda quanto na profilaxia de recaídas, além de reduzir significativamente o risco de suicídio — um dos principais desfechos negativos da doença (GOODWIN *et al.*, 2016; BELMAKER, 2004). Os anticonvulsivantes como valproato de sódio, carbamazepina e lamotrigina são alternativas eficazes, principalmente em pacientes com episódios mistos ou ciclagem rápida (GRANDE *et al.*, 2016). O valproato tem melhor resposta em mania aguda, enquanto a lamotrigina se destaca

na prevenção de episódios depressivos. (GOODWIN *et al.*, 2016). Os antipsicóticos atípicos — incluindo quetiapina, olanzapina, risperidona e lurasidona — possuem eficácia em fases maníacas e depressivas e são opções de primeira linha tanto em monoterapia quanto em associação (VIETA *et al.*, 2018; GOODWIN *et al.*, 2016).

Nos episódios de mania aguda, a rápida estabilização do comportamento e a prevenção de danos são prioridades. A combinação de um antipsicótico com um estabilizador do humor é frequentemente necessária, e a hospitalização pode ser indicada em casos de risco psicótico, agitação grave ou comportamento perigoso (BELMAKER, 2004). Estudos demonstram que o uso precoce de lítio ou valproato associado a antipsicóticos atípicos reduz o tempo de internação e melhora a remissão sintomática (GOODWIN *et al.*, 2016). Já nos episódios depressivos bipolares, o uso de antidepressivos deve ser feito com extrema cautela, pois pode precipitar mania ou acelerar a ciclagem; nesses casos, indica-se sempre a combinação com estabilizadores de humor ou antipsicóticos específicos, como quetiapina e lurasidona (VIETA *et al.*, 2018). A escolha terapêutica deve equilibrar eficácia, tolerabilidade e segurança, especialmente em pacientes idosos e mulheres em idade fértil, nos quais o risco de efeitos colaterais e interações medicamentosas é maior (GOODWIN *et al.*, 2016).

As abordagens psicossociais são componentes fundamentais da terapia de manutenção, atuando de forma complementar à farmacoterapia e comprovadamente associadas à redução de recaídas e hospitalizações (MIKLOWITZ *et al.*, 2020). A psicoeducação constitui a base dessas estratégias, promovendo o entendimento sobre a natureza do transtorno, os fatores desencadeantes e a importância da adesão ao trata-

mento (GOODWIN *et al.*, 2016). Programas estruturados de psicoeducação, voltados tanto para pacientes quanto para familiares, favorecem a identificação precoce de sintomas prodrômicos e melhoram significativamente a funcionalidade e a qualidade de vida (TAVEIRA *et al.*, 2024). Além disso, outras abordagens psicoterápicas, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Terapia Interpessoal e do Ritmo Social (IPSRT), mostraram eficácia na estabilização de rotinas, no manejo do estresse e na prevenção de desregulações do sono — fatores cruciais para a estabilidade do humor (MIKLOWITZ *et al.*, 2020).

O envolvimento familiar e social exerce impacto direto sobre a adesão e o prognóstico a longo prazo. O suporte dos cuidadores contribui para a redução do estigma, o reconhecimento precoce de recaídas e o fortalecimento das estratégias de enfrentamento (MIKLOWITZ *et al.*, 2020; VIETA *et al.*, 2018; KASSAOUI *et al.*, 2017). Assim, o manejo ideal do TAB deve ir além do controle sintomático, buscando a reabilitação psicossocial e o restabelecimento da autonomia do paciente. (MIKLOWITZ *et al.*, 2020). O modelo terapêutico mais eficaz é aquele que combina estabilização medicamentosa, psicoeducação e acompanhamento contínuo — uma integração que traduz o avanço contemporâneo do cuidado em saúde mental (MIKLOWITZ *et al.*, 2020; VIETA *et al.*, 2018; GOODWIN *et al.*, 2016).

Adesão e perspectivas futuras

A falta de adesão ao tratamento do TAB é um fenômeno multifatorial que influencia diretamente o prognóstico clínico, o número de recaídas e a baixa qualidade de vida (KASSAOUI *et al.*, 2017). Estudos indicam que a falta de informação a respeito das manifestações da doença e dos medicamentos prescritos, bem como seus efeitos adversos — como fadiga, sonolên-

cia, tremores, alterações digestivas e sexuais — corroboram para descontinuidade do tratamento farmacológico (KASSAOUI *et al.*, 2017; MIASSO *et al.*, 2007). Além disso, demais fatores associados à dificuldade de adesão foram a idade jovem, a baixa renda, o menor grau de escolaridade, o uso de substâncias psicoativas e a natureza cíclica da doença — alternando períodos de crise e de eutímia — costumam levar o paciente a, erroneamente, acreditar estar curado e, consequentemente, suspender a medicação (KASSAOUI *et al.*, 2017). Posto isso, a perspectiva subjetiva dos pacientes sobre os efeitos medicamentosos, frequentemente considerados intoleráveis, e as experiências negativas prévias associadas aos tratamentos e sua complexidade, com múltiplos comprimidos diários, são outros fatores que reduzem significativamente a adesão ao tratamento (KASSAOUI *et al.*, 2017; MIASSO *et al.*, 2007). A fim de melhorar a adesão, estudos recomendam implementar medidas de psicoeducação do paciente e de sua família — com o esclarecimento de informações sobre a doença e os possíveis efeitos adversos de fármacos —, a simplificação de prescrições, o manejo adequado dos efeitos colaterais e o fortalecimento da relação médico-paciente para favorecer o tratamento contínuo (KASSAOUI *et al.*, 2017).

As perspectivas futuras para o tratamento do TAB indicam uma abordagem translacional e personalizada fundamentada nos avanços científicos biomédicos (GRANDE *et al.*, 2016). As direções futuras apontam cada vez mais para a intervenção precoce e a prevenção da progressão da doença, para evitar danos neuropsicológicos, prejuízos psicossociais e funcionais ao longo do tempo (VIETA *et al.*, 2018). Somado a isso, o aprimoramento da compreensão fisiopatológica e o desenvolvimento de biomarcadores específicos para diagnóstico são analisados sob a perspectiva de pesquisas inovadoras, in-

cluindo estudos de células-tronco derivadas de pacientes, optogenética, proteômica e metabólica (GRANDE *et al.*, 2016). O modelo de estadiamento clínico vem sendo incorporado como uma estrutura que seleciona intervenções com base na fase evolutiva da doença, favorecendo estratégias proporcionais à gravidade do quadro (VIETA *et al.*, 2018). Os tratamentos futuros caminham para a integração farmacológica e psicossocial com adaptação para condições e faixas etárias específicas, com a finalidade de atender às necessidades e individualidades dos pacientes (GRANDE *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

Em suma, quando não identificado e tratado de maneira adequada, o TAB evolui de forma progressiva, causando prejuízos cognitivos, elevando o risco de comorbidades, suicídio e resultando em uma significativa redução da funcionalidade por parte do indivíduo. A maioria dos pacientes desenvolve os sintomas antes de

completar 21 anos, geralmente a partir de quadros depressivos que são erroneamente diagnosticados como depressão unipolar, o que atrasa o diagnóstico e o início de tratamentos eficazes. Ter um histórico familiar é o fator de risco mais confiável para o surgimento da doença, o que torna necessária uma vigilância clínica precoce.

O diagnóstico, por não haver biomarcadores específicos e não possuir clínica tão facilmente distinguível, envolve certa subjetividade, passando despercebido em serviços de atenção primária. Faz então necessário o uso de questionários e investigação aprofundada para lapidar o diagnóstico clínico do TAB.

O tratamento fundamentado em evidências combina estabilizadores de humor e antipsicóticos com psicoeducação e intervenções psicossociais bem organizadas, que diminuem as recaídas e aumentam a adesão ao tratamento. Para manter o funcionamento social e a qualidade de vida, é fundamental ultrapassar obstáculos como estigmas socioemocionais e efeitos colaterais dos medicamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGIUS, M. *et al.* Avaliando a trajetória do transtorno bipolar eficazmente para tratar eficazmente. *Psiquiatria Danubina*, v. 36, supl. 2, p. 52–60, 2024.
- ALMEIDA, V.G. *et al.* Transtorno bipolar: características, diagnóstico diferencial e terapias atuais. *Revista Contemporânea*, v. 3, n. 8, p. 52–60, 2023.
- BELMAKER, R.H. Bipolar disorder. *New England Journal of Medicine*, v. 351, n. 5, p. 476–486, 2004.
- ESPRÍCIDO, F. L. *et al.* Transtorno bipolar em adolescentes: sinais precoces e dificuldades diagnósticas. *Journal of Medical and Biosciences Research*, v. 4, n. 2, p. 55–63, 2025.
- GOODWIN, G.M. *et al.* Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition – recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, v. 34, n. 5, p. 481–553, 2020. DOI: 10.1177/0269881120909977
- GRANDE, I. *et al.* Bipolar disorder. *The Lancet*, v. 387, n. 10027, p. 1561–1572, 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00241-X
- KASSAOUI, H. *et al.* Factors influencing medication adherence in patients with bipolar disorder. *L'Encéphale*, v. 43, n. 3, p. 199–204, 2017. DOI: 10.1016/j.encep.2016.11.004
- KERAMATIAN, K. *et al.* Evidências de fatores que influenciam atrasos no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar em adolescentes e adultos jovens: protocolo para uma revisão sistemática de escopo. *PLOS ONE*, v. 17, n. 3, e0264853, 2022. DOI: 10.1371/journal.pone.0264853
- LIMA, W.A. *et al.* Dificultad diagnóstica del trastorno bipolar – revisión sistemática. *Revista Foco*, v. 17, n. 3, 2025.
- MIASSO, A. I. *et al.* Transtorno afetivo bipolar e terapêutica medicamentosa: identificando barreiras. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, n. 6, p. 1163–1169, 2007. DOI: 10.1590/S0104-11692007000600011
- MIKLOWITZ, D.J. *et al.* Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: A systematic review and component network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, v. 77, n. 11, p. 1150–1158, 2020. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2993
- NESTSIAROVICH, A. *et al.* Desafios sistêmicos no manejo do transtorno bipolar: uma abordagem centrada no paciente. *Bipolar Disorders*, v. 19, p. 676–688, 2017.
- SANCHES, M. & JORGE, M.R. Transtorno afetivo bipolar: um enfoque transcultural. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 31, n. 3, p. 131–137, 2004.
- TAVEIRA, C.O. *et al.* Psicoeducação no transtorno bipolar: uma revisão sistemática. *Journal Archives of Health*, v. 5, n. 3, p. e2279, 2024. DOI: 10.46919/archv5n3espec-586
- VIETA, E. *et al.* Early intervention in bipolar disorder. *The American Journal of Psychiatry*, v. 175, n. 5, p. 411–426, 2018. DOI: 10.1176/appi.ajp.2017.17090972