



**UNICEPLAC**

**Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - UNICEPLAC**  
**Curso de Psicologia**  
**Trabalho de Conclusão de Curso**

## **Desafios no Diagnóstico do Transtorno Bipolar**

Gama-DF

2024

**JOANA PRISCILA SILVA NUNES DE CARVALHO  
NADJA LUDMILA GERMANO DA SILVA BEZERRA**

## **Desafios no Diagnóstico do Transtorno Bipolar**

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Psicologia pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Orientador (a): Prof (a). Me. Narjara Tamyres Pedrosa Melo

**JOANA PRISCILA SILVA NUNES DE CARVALHO  
NADJA LUDMILA GERMANO DA SILVA BEZERRA**

## **Desafios no Diagnóstico do Transtorno Bipolar**

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Psicologia pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Gama-DF, 12 de junho de 2024.

### **Banca Examinadora**

---

Prof. Me. Narjara Tamyres Pedrosa Melo  
Orientador

---

Prof. Dr. Rafael Alberto Moore  
Examinador

---

Prof. Me. Julia Salles Menezes  
Examinador

## Desafios no Diagnóstico do Transtorno Bipolar

Joana Priscila Silva Nunes de Carvalho<sup>1</sup>  
Nadja Ludmila Germano da Silva Bezerra<sup>2</sup>

### Resumo:

O transtorno bipolar é um transtorno do humor crônico e recorrente que se manifesta com oscilações de humor e/ou energia que levam o paciente a quadros depressivos, maníacos, hipomaníacos ou mistos. É um transtorno de difícil diagnóstico, com prejuízos relevantes nas esferas social, econômica, laboral e emocional do paciente. Diante disso, o objetivo do trabalho foi trazer para discussão a sintomatologia do transtorno de modo que se tenham dados suficientes para contribuir com sua melhor “configuração”. O estudo pauta-se especificamente no rastreo dos transtornos ou morbidades mais comuns que eventualmente podem ser responsáveis pela confusão diagnóstica, além de detalhar as convergências e divergências com o transtorno bipolar e apontar marcadores críticos que necessitam de atenção clínica no diagnóstico de transtornos mentais. Para isso, utilizou-se da revisão bibliográfica narrativa, colhendo trabalhos que tivessem correlação com o tema, no recorte de 2008 a 2023, disponibilizados gratuitamente e em qualquer língua. Como resultado, verificou-se que a doença encontra vários confundidores diagnósticos, especialmente porque os sintomas se combinam com outros tipos patológicos, se aproximando, sendo pródromos ou continuum deles, especialmente nos casos de TDAH, depressão, transtornos de ansiedade e transtorno por uso de substâncias, temas especificamente tratados por serem muito relevantes. Ademais, percebeu-se que o diagnóstico dos transtornos mentais demanda grande preparo e conhecimento por parte dos profissionais de saúde, não devendo a avaliação se prender ao recorte momentâneo da crise, mas ampliando sua investigação para a história familiar e longitudinal de vida do paciente em busca de possíveis sinais e sintomas que tenham se manifestado previamente e que possam ser pródromos de outras doenças.

**Palavras-chave:** transtorno bipolar; desafios; diagnóstico.

### Abstract:

Bipolar disorder is a chronic and recurrent mood disorder characterized by mood and/or energy fluctuations that lead patients to depressive, manic, hypomanic, or mixed episodes. It is a disorder that is difficult to diagnose, with significant impairments in the patient's social, economic, work, and emotional spheres. Therefore, the objective of this work was to bring the symptomatology of the disorder into discussion to gather sufficient data to contribute to its better "configuration." The study specifically focuses on screening the most common disorders or comorbidities that may be responsible for diagnostic confusion, as well as detailing the convergences and divergences with bipolar disorder and highlighting critical markers that require clinical attention in diagnosing mental disorders. For this, a narrative literature review was conducted, collecting works correlated with the topic, within the timeframe of 2008 to 2023, available for free and in any language. As a result, it was found that the disease encounters several diagnostic confounders, especially because the symptoms combine with other pathological types, approximating, being prodromes, or continuum of them, particularly in cases of ADHD, depression, anxiety disorders, and substance use disorder, topics specifically addressed due to their high relevance. Furthermore, it was noted that diagnosing mental disorders demands extensive preparation and knowledge from healthcare professionals.

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Psicologia, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. E-mail: joanapriscila@gmail.com

<sup>2</sup> Graduanda do Curso de Psicologia, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. E-mail: najagermano@gmail.com

Evaluations should not be limited to the current crisis but should expand to the patient's family history and longitudinal life history in search of possible signs and symptoms that may have manifested previously and could be prodromes of other diseases.

**Keywords:** bipolar disorder; challenges; diagnosis.

## 1 INTRODUÇÃO

O transtorno bipolar (TB) é um transtorno psiquiátrico crônico e recorrente que se caracteriza por fases onde o humor se destaca, ficando depressivo, maníaco ou misto e fases de humor eufímico, causando inúmeros prejuízos funcionais, profissionais, altos custos de saúde, maior risco de suicídio e aumento de taxas de mortalidade (Moreira; Brietzke; Lafer, 2011).

É uma condição cerebral progressiva que implica na diminuição e até perda de funções neurais em virtude das crises de euforia e depressão que liberam excessivamente neurotransmissores como dopamina e glutamato que tem como consequência a esse desequilíbrio inflamação e deterioração de conexões neurais. A estimativa é que após cinco crises de transtorno bipolar, o hipocampo perca 10% do seu volume, prejudicando a memória, planejamento e concentração. O desequilíbrio de diversas estruturas cerebrais, principalmente das regiões pré-frontais em conexão com outras regiões do cérebro, causa danos como “diminuição do controle inibitório e iniciativa, alteração da motivação, quadros de apatia, abulia e mutismo acinético, ausência de autocrítica, déficit de planejamento, de criação de estratégias, de flexibilidade mental e de formação de conceitos.” Além disso, identifica-se também desregulações do sistema límbico que geram prejuízos na regulação do sono, dos ritmos circadianos, do sistema imunológico e até disfunções cognitivas e executivas (Oliveira, 2023).

Estudos com famílias indicam que o TB possui uma base genética, ou seja, que se transmite nas gerações, envolvendo genes que podem ser influenciados por fatores ambientais diversos. A maior parte dos trabalhos existentes convergem para estimar que a herdabilidade da bipolaridade estaria entre 70 a 80%, o que quer dizer que a pessoa que herdou o gene poderá desenvolver o transtorno caso condições ambientais favoreçam este desencadeamento, configurando o quadro como multifatorial, ou seja, há uma predisposição genética que será ou não confirmada em virtude de fatores ambientais (Carneiro; Soratto, 2016).

Caracteriza-se como uma doença mental de variações extremas no humor e na energia, constituindo a forma mais grave de transtorno do humor e que cursa com inúmeras comorbidades. O diagnóstico é um desafio já que tem um desenvolvimento bastante complexo, com sintomas que, avaliados de forma isolada, podem se confundir com outros transtornos, gerando diagnósticos equivocados, tardios, e, supõe-se, um número considerável de indivíduos

que nunca serão diagnosticados (Costa, 2008).

Importante ressaltar que não é qualquer mudança de humor que irá configurar o transtorno. Há que se observar que é normal que as pessoas tenham sentimentos como raiva, ódio, irritabilidade e alegria extrema. Via de regra, essas manifestações se autorregulam, têm curta duração e não causam prejuízos, diferente do que ocorre quando se tem um quadro de transtorno de humor onde os prejuízos são substanciais (Moreno *et al*, 2015).

A característica distintiva dos transtornos bipolares é a oscilação entre episódios maníacos ou hipomaníacos e episódios depressivos maiores, criando uma instabilidade incessante que varia entre os extremos da exaltação e da desolação. Esses transtornos possuem semelhanças com os transtornos depressivos, como a possibilidade de o episódio maníaco ou hipomaníaco ocorrer apenas uma vez ou de forma recorrente, caracterizando uma extrema desregulação do afeto (Barlow; Durand, 2015).

A doença apresenta marcadores cujos conceitos são de crucial importância compreender minuciosamente para que não se incorra em diagnósticos equivocados. Estes conceitos centrais para configuração e compreensão do transtorno bipolar são os relacionados às manifestações alternadas de depressão, mania e hipomania.

Configura-se como depressão ou síndrome depressiva o quadro onde os principais elementos incluem a diminuição do fluxo do pensamento, tristeza intensificada (alteração emocional) e estado de apatia caracterizado por falta de energia e/ou incapacidade de iniciar atividades e/ou tomar decisões (alteração na atividade mental). Cheniaux (2015) apresenta uma série de sintomas do processo depressivo, que se manifestam em inúmeras áreas distintas e podem ser sistematizados da seguinte forma:

Quadro 1 – Sintomas Depressivos

ÁREAS ALTERADAS	SINTOMAS
APARÊNCIA	Descuidada
ATITUDE	atitude lamuriosa ou indiferente
CONAÇÃO	rigidez afetiva; diminuição da libido, insônia ou hipersonia, diminuição ou aumento do apetite, negativismo e ideação suicida
PSICOMOTRICIDADE	hipocinesia ou acinesia, ou mesmo agitação, nos quadros ansiosos
ATENÇÃO	hipoprosexia ou rigidez da atenção
SENSOPERCEÇÃO	Hipoestesia
MEMÓRIA	hipomnésia de fixação e de evocação, hipermnésia seletiva e alomnésias
LINGUAGEM	oligolalia ou mutismo, bradilalia, hipofonia, hipoprosódia ou aprosódia, aumento da latência de resposta
PENSAMENTO	pensamento perseverante e ideias deliroides de ruína
OUTRAS	diminuição do desempenho intelectual; diminuição da criatividade (imaginação); desorientação alopsíquica apática; diminuição da consciência de existência do eu; despersonalização (alteração da consciência da identidade do eu); e pessimismo (prospecção).

Fonte: Cheniaux (2015)

A síndrome maníaca é marcada principalmente pela euforia ou humor irritável (exaltação afetiva), pela fuga de ideias, alteração da forma do pensamento e pela agitação psicomotora. No entanto, de acordo com estudos de análise fatorial, o aumento da atividade motora e a sensação subjetiva de energia vital são as principais mudanças da mania, sendo até mais relevantes do que as alterações de humor. Cheniaux (2015) destaca inúmeras alterações que podem estar associadas a esse quadro gerando sintomatologia em diferentes áreas:

Quadro 2 – Sintomas Mania

ÁREAS ALTERADAS	SINTOMAS
APARÊNCIA	Aparência bizarra (roupas muito coloridas e chamativas, excesso de maquiagem, perfume em demasia, muitos enfeites, unhas e cabelo pintados com cores diferentes), exibicionista (roupas muito curtas e decotadas) ou descuidada
ATITUDE	atitude expansiva, desinibida e jocosa ou então irônica, arrogante e hostil; labilidade ou incontinência afetiva
CONAÇÃO	hiperbulia, aumento da libido, diminuição da necessidade de sono e impulsividade
ATENÇÃO	Labilidade da atenção
SENSOPERCEPÇÃO	Hiperestesia
MEMÓRIA	hipermnésia de evocação, hipomnésia de fixação, hipomnésia lacunar a posteriori e alomnésias
LINGUAGEM	logorreia, taquilalia, hiperfonia, hiperprosódia, diminuição da latência de resposta e coprolalia
PENSAMENTO	aceleração do curso do pensamento e ideias deliroides de grandeza
OUTRAS	melhora no desempenho intelectual (só na hipomania); aumento da criatividade (só na hipomania; alteração da imaginação); aumento da consciência de existência do eu; otimismo; consciência de morbidade diminuída ou ausente.

Fonte: Cheniaux (2015)

Os episódios hipomaníacos são caracterizados por critérios semelhantes aos de um episódio maníaco com alternâncias entre disforia e estados eufóricos mais breves, menos intensos e menos disruptivos e com uma duração mais curta (4 dias em vez de 1 semana). Quanto a isso, Whitbourne e Halgin, (2015) descrevem que na apresentação hipomaníaca os pacientes se apresentam sobretudo com autoestima inflada e grandiosidade, necessidade de sono diminuída, pressão por falar, fuga de ideias, pensamento acelerado, alta distração, foco em atividades específicas, agitação psicomotora, envolvimento em atividades de risco, impulsividade e hipersexualidade.

Tais sintomas, de forma combinada geram os especificadores dos transtornos bipolares, quais sejam: transtorno bipolar I, bipolar II, transtorno ciclotímico, transtorno bipolar induzido por substância ou medicamento, transtorno bipolar devido a outra condição médica e transtorno bipolar especificado e não especificado (DSM-5-TR, 2023).

No transtorno bipolar tipo I, o padrão clínico é caracterizado pela ocorrência de um ou mais episódios maníacos completos, podendo haver também episódios depressivos maiores, contudo não há obrigatoriedade (Whitbourne; Halgin, 2015). Para diagnosticar o transtorno bipolar tipo I, é preciso que os critérios descritos no DSM-5 TR para um episódio maníaco

tenham sido atendidos. Esse episódio maníaco pode ter sido precedido ou seguido por episódios hipomaníacos ou depressivos maiores, sendo estes últimos dispensáveis para configuração do transtorno. O episódio deve ter duração pelo menos de sete dias, estando presente na maior parte do dia, na maioria dos dias (ou qualquer duração, se a hospitalização for necessária). O diagnóstico de um episódio maníaco requer evidências de prejuízo no funcionamento psicossocial da pessoa (em áreas como relacionamentos conjugais, profissionais ou sociais), necessidade de hospitalização, ou a presença de características psicóticas (DSM-5-TR, 2023).

O transtorno bipolar tipo II é caracterizado pela presença de um ou mais episódios depressivos maiores e pelo menos um episódio hipomaníaco ao longo da vida, sem histórico de episódios maníacos. Os episódios hipomaníacos são distintos dos episódios maníacos devido à sua menor intensidade e à capacidade dos pacientes de funcionarem bem nesse estado de humor, o que torna o diagnóstico mais desafiador. Por outro lado, os episódios depressivos causam um impacto significativo na vida dos pacientes, resultando em prejuízos no funcionamento profissional e social devido à instabilidade de humor característica dessa condição. Além disso, os pacientes com transtorno bipolar tipo II tendem a ter uma maior cronicidade da doença e passam, em média, mais tempo na fase depressiva, que pode ser grave e/ou incapacitante (Barlow; Durand, 2015; DSM-5-TR, 2023).

O transtorno ciclotímico apresenta semelhanças consideráveis com o transtorno depressivo persistente, manifestando-se de maneira mais suave, porém crônica, em comparação ao transtorno bipolar. Embora haja uma alternância crônica entre períodos de humor elevado e depressão, esses estados não atingem a gravidade dos episódios maníacos ou depressivos graves. Indivíduos com transtorno ciclotímico tendem a permanecer em um desses estados de humor por longos períodos, com poucos intervalos de humor neutro. Para o diagnóstico, o padrão de alternância crônica do transtorno ciclotímico deve persistir por pelo menos dois anos (um ano para crianças e adolescentes). Geralmente, não requer hospitalização ou intervenção imediata, sendo muitas vezes considerados apenas mal-humorados. No entanto, as flutuações de humor são suficientemente significativas para interferir no funcionamento diário. O tratamento é essencial, uma vez que as pessoas com ciclotimia têm um risco aumentado de desenvolver transtorno bipolar tipo I ou tipo II, que são mais graves (Barlow; Durand, 2016).

O diagnóstico de transtorno ciclotímico é feito em adultos que têm pelo menos dois anos (um ano em crianças) de períodos hipomaníacos e depressivos, sem jamais atender aos critérios para um episódio de mania, hipomania ou depressão maior descritos no DSM – 5 – TR (2023).

Diversos tipos de substâncias podem estimular o sistema nervoso central, levando à manifestação de episódios maníacos ou hipomaníacos completos ou parciais, configurando

quadros de transtorno bipolar induzido por substâncias. Nestes casos, os sinais e sintomas de mania são causados por efeitos fisiológicos de abuso de drogas, efeitos colaterais de medicamentos ou quando condições médicas não são suficientes para diagnosticar transtorno bipolar tipo I ou induzem quadros de hipomania que não configuram o TBII (DSM-5-TR, 2023).

Condições médicas diversas também podem induzir sintomas de mania ou hipomania. Esses episódios maníacos são considerados com base na coleta da história clínica, por meio resultados de exames laboratoriais ou físicos, como consequências fisiológicas diretas de outra condição médica (por exemplo, doença de Cushing ou esclerose múltipla), excluindo a possibilidade de diagnóstico de transtorno bipolar tipo I (DSM-5-TR, 2023).

Já o transtorno bipolar especificado é uma categoria que se aplica a situações em que os sintomas característicos do transtorno bipolar e transtornos relacionados estão presentes, causando um sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, mas não preenchem todos os critérios para qualquer transtorno específico dentro da classe diagnóstica de transtorno bipolar e transtornos relacionados. É uma classificação usada em situações em que o profissional opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno bipolar e transtorno relacionado específico (p. ex., “ciclotimia de curta duração”). De outro modo, quando se tem o mesmo quadro, contudo o médico opta por não especificar a razão pela qual os critérios não são atendidos, tem-se a categoria “outros transtornos bipolares relacionados não especificados”, onde estão as apresentações para as quais não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico, como em salas de emergência (DSM-5-TR, 2023).

Diante de toda complexidade de apresentação do transtorno bipolar, é indubitável que estudar a doença é muito relevante no contexto clínico. Esmiuçar os sinais e sintomas do TB e os motivos pelos quais eles podem gerar uma confusão com outros transtornos, postergando o diagnóstico e gerando subdiagnósticos ou diagnósticos equivocados ajuda a elucidar os quadros de adoecimento dos pacientes de maneira mais assertiva e eficaz. A identificação precoce do transtorno certamente abrirá a possibilidade de adequado tratamento e consequente estabilização precoce do paciente, lhe permitindo uma qualidade de vida muito mais otimizada, diminuindo eventuais prejuízos físicos, psicológicos, sociais, comunitários, econômicos e até espirituais.

Neste contexto, tem-se por objetivo discutir a sintomatologia para melhor configuração diagnóstica do transtorno bipolar, identificando os desafios para tanto. A partir desse foco será

feito o rastreio de transtornos ou morbidades mais comuns que eventualmente podem ser responsáveis pela confusão diagnóstica, além de detalhar as convergências e divergências com o transtorno bipolar e apontar marcadores críticos que necessitam de atenção clínica para o diagnóstico de transtornos mentais.

## **2 METODOLOGIA**

Como método para desenvolvimento do presente trabalho, optou-se pela revisão de literatura, a qual se fundamenta em material já elaborado, sobretudo livros e artigos científicos. Uma vantagem primordial da pesquisa bibliográfica está em possibilitar ao pesquisador abranger uma variedade de fenômenos muito mais ampla do que poderia investigar diretamente (Gil, 2002).

A revisão de literatura compartilha resultados de outros estudos que estão relacionados ao tema proposto. Sua finalidade, além de identificar os resultados de pesquisas relativas a um tema, é relacionar o estudo ao contexto atual, preenchendo lacunas e ampliando estudos anteriores, além de fornecer uma estrutura para avaliação para comparar os diversos estudos existentes (Creswell, 2007).

Inicialmente o intento era de realizar uma revisão do tipo integrativa, que reúne ou sintetiza resultados de estudos de forma sistemática e ordenada permitindo a inclusão de pesquisas experimentais e quase experimentais, bem como resultados teóricos e empíricos (Cavalcante; Oliveira, 2020).

Entretanto, ao iniciar a pesquisa, verificou-se que o tema não foi objeto de abordagem específica, sendo tratado de forma pontual e esparsa em publicações diversas e em artigos com temáticas que muitas vezes não se enquadravam em descritores específicos. Por este motivo, foi necessário alterar a metodologia para incluir publicações que foram sendo encontradas sem uma forma tão rígida.

Neste contexto, elegeu-se a revisão narrativa como método de desenvolvimento do estudo, uma vez que estas se destinam a descrever amplamente um assunto sob o ponto de vista teórico ou contextual proporcionando uma atualização do conhecimento da temática, sem, contudo, se propor a especificar a seleção da bibliografia de forma sistematizadas com o fim de reprodução dos dados encontrados (Cavalcante; Oliveira, 2020).

A pesquisa se deu de forma ampla, não restringindo o local de produção dos artigos, nem a língua em que foram escritos, mas a seleção se deu apenas por produções disponibilizadas de forma gratuita. Com a finalidade de buscar informações mais contemporâneas, mas sem deixar de lado produções relevantes do tema, fez-se o corte temporal, selecionando literatura

no período de 2008 a 2023.

Em que pese não ser necessário discriminar os descritores de pesquisa, ressalta-se que a seleção de artigos se deu pela busca ativa de dados, com os termos “transtorno bipolar”, “diagnóstico”, “bipolar disorder” combinados os termos como “diagnóstico”, “diagnose”, “prejuízos”, “damage”, “tdah”, “uso de substâncias”, “ansiedade”, dentre outros correlatos ao tema. Além disso, utilizou-se livros que tratavam da temática.

As obras encontradas foram selecionadas por meio dos títulos que guardassem alguma afinidade com o tema, uma vez que os resultados traziam inúmeros artigos que não tinham qualquer correlação com o tema. Seguindo, foram lidos os resumos e, enfim, selecionados os arquivos que seriam objeto de análise.

Uma vez rastreadas as dificuldades que permeiam o diagnóstico do transtorno bipolar, identificou-se temas relevantes do TB, optando-se por dividir o trabalho nos seguintes tópicos: aspectos gerais desafiadores da doença; prevalência do transtorno bipolar; transtorno bipolar na infância e adolescência e TDAH; transtorno bipolar e transtornos depressivos; transtorno bipolar e transtorno de ansiedade; transtorno bipolar e uso de substâncias.

Ressalte-se que não foi possível enumerar todos os transtornos confundidores, uma vez que o tema é bastante extenso, motivo pelo qual foi necessário elencar os que apareceram como mais intrincados com a bipolaridade, quais sejam, TDAH, transtornos depressivos, transtornos ansiosos e os transtornos por uso de substâncias, ficando de fora da pesquisa, por exemplo, transtorno borderline, esquizofrenia, transtornos de personalidade, dentre outros.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 Aspectos gerais desafiadores da doença**

Quando se fala em aspectos desafiadores que cercam o tema da bipolaridade, a primeira questão que se deve trazer diz respeito ao desconhecimento e preconceito que permeiam o tema. Em estudo no Programa de Transtorno Afetivos (PROGRUDA), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pesquisadores identificaram a necessidade de fornecer informações atualizadas e baseadas em evidências médicas para pacientes e familiares em virtude da identificação de três fatores que comprometiam o entendimento e o tratamento da doença, quais sejam, o desconhecimento, o preconceito e o estigma que levam a disseminação de ideias preconcebidas, julgamentos e opiniões distorcidas e incompatíveis com o que de fato a doença representa (Moreno *et al*, 2015).

Tavares e Moreno (2023) ressaltam que é importante desfazer o estigma de que doenças

psiquiátricas, como é o caso do TB, são doenças produzidas pela mente porque isso faz com que as pessoas não reconheçam que os sintomas são produzidos na verdade de forma involuntária e fisiológica e não podem ser mudados pela simples vontade do indivíduo. Além disso, retoma que o termo transtorno psiquiátrico leva à ideia de loucura, o que não condiz com a maior parte dos quadros que podem se manifestar de forma leve ou moderada e não geram perda de controle por parte do indivíduo ou ausência de contato com a realidade.

A falta de informação, o preconceito e a discriminação, via de regra, ocorrem por causa de crenças negativas que atravessam os transtornos mentais, o que gera rejeição e evitação por parte das pessoas, ocasionando abalo e sentimento de medo, vergonha e tristeza quando se tem o diagnóstico confirmado. Os estigmas arraigados desestimulam as pessoas a procurarem ajuda por receio de serem enquadradas em rótulos estereotipados de pessoas doidas ou loucas, o que por si só gera consequências emocionais, sociais e laborais que podem agravar o quadro (Moura *et al*, 2019).

A doença tem impacto emocional, não só no bipolar, mas também na família que muitas vezes se vê sobrecarregada em relação à lida com o estigma social e com a sobrecarga de trabalho que o portador pode gerar para seus cuidadores, modificando a dinâmica familiar, de várias formas, como física, financeira, emocional e especialmente social. Tal contexto gera a necessidade de que a família compreenda a doença e o grau de comprometimento da mesma, não deixando de reconhecer que o indivíduo muitas vezes continua a ter grandes potencialidades (Moura *et al*, 2019).

No caminho de conhecer amplamente a doença e quebrar os estigmas é importante ressaltar que, dada a ampla gama de sintomas clínicos e as várias maneiras pelas quais os estados de humor podem se manifestar e alternar, incluindo períodos assintomáticos, o processo de diagnóstico dos transtornos bipolares torna-se bastante desafiador. Não é suficiente basear-se apenas no exame clínico quando o paciente busca ajuda, mas é essencial realizar uma avaliação detalhada da história evolutiva do paciente (Clemente *et al*, 2015). Além de ser bastante difícil distinguir os sintomas patológicos da doença e as alterações psicológicas de cunho emocional e comportamental na idade adulta jovem, ainda é de se destacar o desafio relacionado à alta variabilidade de apresentação clínica da doença e a sobreposição de sintomas que ocorre principalmente quando se tem ocorrência de comorbidades (Bach, 2021).

Tavares e Moreno (2023) ressaltam que a apresentação clássica do transtorno, caracterizada por fases marcantes de euforia alternadas com episódios depressivos, é rara. O diagnóstico do transtorno bipolar pode ser demorado devido às comorbidades clínicas que frequentemente o acompanham, obscurecendo a identificação da doença. Outras formas da

doença podem manifestar sintomas que não estão associados à depressão, mas sim a um aumento de energia e impulsividade. Esses sintomas podem se apresentar através de comportamentos como uso abusivo de drogas, compulsão sexual, roubo recorrente, uso excessivo de tecnologia e hiperfoco em determinados assuntos. Por isso, é de fundamental importância que diagnósticos em saúde mental sejam feitos com atenção voltada a possíveis fases prodrômicas, uma vez que estudos relatam que indivíduos costumam experimentar sintomas indicadores de TB até 12 anos antes do início do transtorno bipolar completo (Bach, 2021).

Ademais, uma outra dificuldade diz respeito à interpretação de que há prejuízos na manifestação de sintomas, especialmente, se o indivíduo se encontra em mania ou hipomania, situações onde muitas vezes prevalecem os sentimentos de grandiosidade e bem-estar. Bach (2021) ressalta que a hipomania, por exemplo, apresenta um lado “brilhante”, onde os sintomas se apresentam como mais ativos e menos irritáveis ou de risco, gerando uma sensação de normalidade por parte do indivíduo, o que pode ser mais um dificultador para o diagnóstico.

Constata-se, portanto, que é comum que pacientes com transtorno bipolar tenham dificuldades em reconhecer os sinais e sintomas de sua condição, variando o nível e a qualidade dos *insights* que se referem a percepção de estar doente ou a má compreensão dos sinais e sintomas específicos associados à doença (Silva *et al*, 2015). Os autores descrevem associações entre o entendimento e o temperamento afetivo destacando uma correlação significativa entre temperamento hipertímico e pior insight o que significa que pacientes bipolares em mania apresentaram menor percepção sobre sua condição do que pacientes em depressão ou eutímia. Outros estudos encontraram, ainda, correlação entre menor insight e maior comprometimento da cognição, especialmente da memória, aprendizagem emocional, inteligência geral e função psicomotora, compreensão e habilidades perceptivo-motoras, atenção, fluência verbal e função executiva, velocidade de processamento e informações, com consciência do sofrimento causado pela fuga de ideias.

Neste ponto, mostra-se de fundamental importância o relato de familiares e conviventes do paciente que podem identificar as alterações comportamentais do indivíduo uma vez que o próprio paciente muitas vezes não reconhece o comportamento como sintomático. São casos em que o sujeito fica mais extravagante, mais verborreico, faz mais piadas e está com o humor mais expansivo denotando um estado de felicidade (Bach, 2021). Há também a vertente onde o paciente depressivo é visto como uma pessoa tendente ao pessimismo ou que suas reações são apenas exageradas ou parte de seu temperamento (Moreno *et al*, 2015).

Os pacientes com transtorno bipolar enfrentam dificuldades significativas para obter um

diagnóstico preciso, geralmente levando cerca de oito a nove anos e passando por pelo menos três psiquiatras, até que o diagnóstico adequado seja estabelecido. Isso significa que o tratamento costuma ser iniciado em média após 10 anos desde o surgimento dos primeiros sintomas. Estudos realizados nos Estados Unidos revelaram que 70% dos pacientes com diagnóstico de TB tipo I ou tipo II inicialmente receberam diagnósticos incorretos, sendo mais comum a confusão com depressão unipolar, transtornos de ansiedade e esquizofrenia (Clemente *et al*, 2015).

Em termos de características clínicas do transtorno bipolar, é comum que os sintomas surjam em uma idade precoce, geralmente antes dos 25 anos, apresentando-se frequentemente por meio de episódios depressivos. Isso sugere a importância de uma vigilância mais cuidadosa quando esses sintomas surgem nessa faixa etária, especialmente porque é comum que na adolescência se tenha mais oscilações de humor que podem levar à confusão no diagnóstico (Tavares; Moreno, 2023).

Além do próprio curso da doença, importa ressaltar que ela é altamente comórbida com outras condições clínicas e o subdiagnóstico ocorre justamente por conta de sua delimitação com outros transtornos mentais (Clemente *et al*, 2015). O caráter multissistêmico do transtorno bipolar faz com que a comorbidade seja uma ocorrência comum, em vez de algo raro. De forma consistente, as literaturas nacional e internacional relatam que as taxas de comorbidades ao longo da vida com outros transtornos psiquiátricos ou condições médicas no TB estão em cerca de 90%. Além disso, evidências indicam que aproximadamente metade dos pacientes diagnosticados como bipolares recebem tratamento para pelo menos três comorbidades (Altinbas, 2021).

A coexistência de diferentes diagnósticos em um paciente pode afetar o desenvolvimento da doença, a resposta ao tratamento e/ou o prognóstico da enfermidade. Existe um debate na literatura sobre se esse dado é um artefato dos sistemas de diagnóstico atuais, que utilizam uma abordagem categórica, ou se realmente reflete a existência de diferentes condições médicas com um substrato neurobiológico comum. Não está claro se essas comorbidades clínicas estão relacionadas diretamente ao transtorno bipolar em si, se são consequência do tratamento medicamentoso ou uma combinação de ambos os fatores. Apesar da importância da presença de comorbidades psiquiátricas e clínicas na avaliação, prognóstico e curso do transtorno bipolar, a maioria dos estudos farmacoterápicos ignora essa questão (Barlow, 2016).

Barbosa *et al* (2011), destaca como comorbidades as doenças que tenham por base a desregulação afetiva, observando-se que suas maiores correlações são com transtornos de

ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno opositor desafiador e transtornos relacionados ao uso de substâncias. Considerando a alta incidência e os impactos adversos no desenvolvimento da doença em pacientes bipolares que apresentam comorbidades, é razoável antecipar que a resposta ao tratamento será menos eficaz em comparação com aqueles que não têm comorbidades. (Altinbas, 2021)

Assim, sendo o transtorno bipolar uma comorbidade crônica e que causa inúmeros prejuízos ao seu portador, é importante que se busque detectar sinais e sintomas prodrômicos, ou seja, que se identifique possíveis estágios iniciais da doença, onde se tem sintomas e sinais que fazem parte do curso da TB, mas que eventualmente também se configuram como doenças autônomas, e acabam por serem identificadas como tal e não como o transtorno de humor que de fato existe, o que pode estar impactando nos dados acerca da prevalência da bipolaridade. É o que ocorre quando se confunde o transtorno bipolar com TDAH, depressão unipolar, transtorno de ansiedade e transtorno por uso de substâncias.

### **3.2 Prevalência do transtorno bipolar**

O transtorno bipolar é uma morbidade de difícil rastreamento e diagnóstico e um dos fatores que denotam tal fato é a imprecisão que se tem acerca de sua prevalência. O DM-5-TR destaca que o transtorno bipolar do tipo I, bipolar II e transtornos bipolares não especificados geram uma taxa de prevalência entre 1,8% a 2,7% (DSM-5-TR, 2023). Ocorre que tais números não são consenso na literatura. Dalgalarondo (2019, p.637-638) destaca que o transtorno bipolar é relativamente frequente no Brasil, sendo a prevalência constatada por estudos de 1,5%, enquanto que o apurado em produções de 44 países resultaram na identificação do percentual de 1,02% em adultos.

Apesar das considerações do psicopatologista, Costa (2008) ressalta que “estudos de *screening* mostram que tal prevalência deve ser maior, indicando taxas acima de 3,7%”, citando trabalho brasileiro em que reanálise de dados epidemiológicos determinou que a prevalência no Brasil pode ser de 8,3%, configurando-se, segundo a Organização Mundial de Saúde, como a sexta doença mais incapacitante, e a terceira entre os transtornos mentais, atrás apenas de depressão e esquizofrenia.

Os dados epidemiológicos, portanto, não são conclusivos para se determinar a real prevalência do transtorno bipolar, contudo, todos convergem para demonstrar que uma parcela relevante da população é acometida pela doença e que ela tem um curso que impacta diretamente em todos os aspectos da vida do seu portador (Costa, 2008).

A divergência em relação à prevalência do transtorno bipolar denota que os dados epidemiológicos reais podem ser muito maiores do que os explícitos em alguns estudos. Isso

certamente se dá pela dificuldade de diagnosticar a doença adequadamente, separando-a de morbidades que muitas vezes têm curso parecido, como é o caso do TDAH, transtornos depressivos, ansiosos, por uso de substâncias, dentre outros.

### **3.3 Transtorno bipolar na infância e adolescência e TDAH**

O transtorno bipolar de início precoce vem sendo objeto de mais diagnósticos na última década, contudo, continua a ser tema controverso e que gera debates no universo da psiquiatria infantil, especialmente por conta das altas taxas de comorbidades e sobreposição do TB com outros transtornos psiquiátricos, o que pode interferir nas decisões diagnósticas dos especialistas. Esse problema pode explicar o motivo pelo qual as baixas taxas de prevalência de bipolaridade em crianças e adolescentes no mundo não se coadunam com as taxas encontradas em estudos nos Estados Unidos e no Brasil (Zappitelli *et al*, 2011).

Detectar precocemente o transtorno bipolar é de fundamental importância, não só porque é uma doença grave que tem relevante comprometimento funcional do paciente, mas também porque a identificação da doença e tratamento adequado podem reduzir a morbimortalidade dos seus portadores (Estrada, *et al*, 2009).

Quando se fala em transtorno bipolar em crianças é fundamental não considerar a ocorrência isolada ou episódica de um sintoma. É muito importante que ao se diagnosticar se faça uma anamnese ampla, colhendo informações sobre desenvolvimento, antecedentes patológicos do indivíduo e de sua família, histórico de relacionamentos familiares e sociais, hábitos de vida e os seus impactos no desempenho acadêmico e social do indivíduo. Isso porque alguns sintomas ocorrem em vários transtornos psicológicos, como é o caso de agitação psicomotora, impulsividade, irritabilidade, agressividade, desmotivação e reatividade emocional que ocorrem nos transtornos do humor, bem como no TDAH, esquizofrenia, transtorno de conduta, transtorno opositor desafiador, por abuso de substâncias, transtornos do desenvolvimento, transtornos de personalidade e até mesmo em decorrência de doenças sistêmicas (Farias; Cordeiro, 2011).

Outro fator importante a ser avaliado no diagnóstico são os pródromos do TB, dentre eles a consideração da população com alto risco de desenvolver a doença. Um dos grandes preditores é a genética, onde os filhos de pais bipolares têm quatro vezes mais probabilidade de sofrer de um transtorno de humor e 2,7 vezes mais propensão a desenvolver algum transtorno mental que os filhos de pais saudáveis. Também deve-se ter atenção especial nesta população em relação aos sintomas depressivos que precedem a fase maníaca (Zappitelli *et al*, 2011).

Neste contexto, destaca-se uma grande dificuldade em diagnosticar o TB em crianças e adolescentes, tendo em vista que não se fez previsão específica de quadros sintomáticos para

configuração da doença, utilizando-se os mesmos critérios diagnósticos previstos para os adultos no DSM-5-TR. Entretanto, estudos vêm sendo desenvolvidos para identificar os sintomas mais comuns neste público de modo a facilitar o diagnóstico precoce e o tratamento da doença.

Esperón, Quintana e Chang (2012), relatam que crianças e adolescentes em quadros maníacos, apresentam frequentemente sintomas como aumento do nível de energia, distração, pressão por falar, irritabilidade, grandiosidade, pensamento acelerado, diminuição da necessidade de sono, euforia ou humor mais elevado, julgamento crítico ruim, fuga de ideias, hipersexualidade. Os autores destacam, entretanto, que há uma convergência na literatura de que a apresentação mais comum de humor nesta fase é a irritabilidade, e que a euforia e grandiosidade estão presentes, segundo os estudos, em menos da metade dos casos.

A bipolaridade iniciada na infância tem pior prognóstico do que aquela que se inicia na idade adulta, especialmente quando se tem a presença de sintomas psicóticos. Nesta fase a irritabilidade é um dos sintomas maníacos mais persistentes e cronificados, não costuma ocorrer por motivos específicos ou se dá por gatilhos mínimos, e geralmente está associada a episódios de agressão, violência, ou comportamentos disruptivos rotineiros. Em relação aos adultos, as crianças e adolescentes com TB costumam apresentar mais ideações suicidas com planos estruturados e sintomas psicóticos com alucinações e delírios, prevalecendo os episódios mistos do transtorno, caracterizados por grande irritabilidade e explosividade. Além disso, o padrão de ciclagem é mais complexo e as mudanças de humor são graves e rápidas, tendo pequenos períodos de humor eutímico entre elas, caracterizando ciclagens rápidas ou ultrarrápidas (Esperón; Quintana; Chang, 2012).

A avaliação diagnóstica no caso em que crianças apresentam possíveis sintomas de transtorno bipolar não deve ser feita apenas com um recorte clínico do momento em que a criança é avaliada e os sintomas têm de ser considerados nos diversos contextos do paciente: familiar, acadêmico, social, etc. Deve-se proceder à uma entrevista inicial estruturada ou sistemática com os pais e o paciente investigando sintomas atuais e passados, o tempo em que tais sintomas se manifestam, sua duração, e o histórico familiar de doenças mentais. Ademais, é importante descartar previamente qualquer tipo de doença de origem médica que possa vir acompanhada de sintomas depressivos, maníacos ou hipomaníacos (Esperón; Quintana; Chang, 2012).

Um dos indicativos precoces de TB é que portadores de TDAH que estejam em episódio depressivo atual, que apresentem tentativas de suicídio e/ou abuso de substâncias, conjugados a alguma possibilidade de herança genética de bipolaridade, possuem um risco aumentado de

desenvolver a doença (Palácios *et al*, 2008).

Apesar da variabilidade na prevalência, tem sido visto de forma bastante consistente em diferentes estudos que o curso clínico é pior quando o TDAH acompanha o TB. Neste caso a doença cursa com idade de início mais precoce, maior depressão e sintomas mistos durante episódios agudos, taxas mais elevadas de uso de substâncias alcoólicas e má resposta ao tratamento no TB (Altinbas, 2021).

Nos casos de portadores de transtorno bipolar que possuem comorbidade com TDAH e ansiedade, tem-se que os sintomas destes últimos se manifestam de maneira mais precoce do que os relacionados ao transtorno de humor o que induz à conclusão de que tais comportamentos podem ser precursores da bipolaridade (Zappitelli *et al*, 2011). Três dos sete critérios para TB são comuns ao TDAH, quais sejam, hiperfoco, distraibilidade e loquacidade. E tal confluência de sintomas acaba por tornar a distinção mais complexa (Palácios *et al*, 2008).

Quando se fala em TB e TDAH pode-se dizer que os sintomas de irritabilidade, hiperatividade, problemas de sono, distração e impulsividade são comuns aos dois, contudo, grandiosidade, humor elevado, hipersexualidade, pensamento acelerado, aumento de energia e baixa necessidade de sono são sintomas associados a bipolaridade. A diferenciação destes sintomas será de grande valia para separação das duas doenças (Farias; Cordeiro, 2011). As crianças com manifestações bipolares se apresentam continuamente irritadas, com humor disfórico e incomodadas com qualquer coisa, contudo, às vezes podem oscilar o humor sendo eufóricos nas interações e em seguida interrompem o contato. Além disso, podem apresentar comportamentos de riscos e os episódios de descontroles passam a ser mais frequentes. E o ponto fundamental é que o tratamento para TDAH não é mais eficaz para a estabilidade (Estrada *et al*, 2009).

Assim importante ressaltar alguns indícios que podem ser sinais de alerta para o diagnóstico de TB especialmente na infância e adolescência, quais sejam, sintomas repentinos ou tardios de TDAH, perda de resposta a medicações das quais tinham efeito anteriormente, sintomas intermitentes, humor exacerbado, pouca necessidade de sono, mudanças abruptas de humor, alucinações, distúrbios no pensamento, além dos fatores genéticos e ausência de resposta a tratamentos propostos (Estrada *et al*, 2009).

### **3.4 Transtorno bipolar e transtorno depressivo**

Os episódios de depressão no transtorno bipolar, também conhecidos como depressão maior, são caracterizados por um humor rebaixado persistente ou uma perda de interesse/prazer em quase todas as atividades por um período mínimo de duas semanas. Além disso, o indivíduo pode experimentar perturbações nas funções vegetativas, como alterações no apetite ou peso,

no padrão de sono e na atividade psicomotora; uma redução significativa na energia; sentimentos de culpa e/ou inutilidade; dificuldade de concentração, raciocínio ou tomada de decisões; e pensamentos persistentes sobre a morte, incluindo ideação, planos ou até tentativas de suicídio (Tavares; Moreno, 2023).

Embora o TB possa começar ao longo de todo o ciclo de vida, estudos apontam que os sintomas da doença surgem mais cedo do que no transtorno depressivo maior (Bosaipo; Borges; Juruena, 2017). Os portadores de TB do tipo I tendem a manifestar os primeiros sintomas por volta dos 15 anos e os do tipo II, em média, aos 20 anos, enquanto os portadores de transtorno depressivo maior iniciam seus sintomas por volta dos 30 anos de idade. Por isso, pessoas que apresentem depressão antes dos 30 anos de idade devem ser investigadas com maior acuidade porque tendem a pertencer ao espectro bipolar e não ao unipolar (Tavares; Moreno, 2023).

Costa (2008) ressalta que a doença que costuma mais se confundir com o transtorno bipolar é a depressão unipolar. Moreno *et al* (2015), destacam que “mais de 20% dos deprimidos atendidos em postos de saúde ou unidades de atendimento médico geral, e cerca de 50% dos que são vistos em ambulatórios psiquiátricos, são, na realidade, portadores de TB, e, nesses casos, a depressão constitui o motivo principal de procura por tratamento”. A depressão é geralmente o quadro mais comum e persistente entre os pacientes com TB, e também a principal causa de incapacitação (Bosaipo; Borges; Juruena, 2017).

Os quadros depressivos se configuram muitas vezes como a manifestação sintomatológica inicial do TB, o que gera uma grande necessidade de diferenciação do que seja depressão bipolar e depressão unipolar, especialmente porque o tratamento equivocado de depressão unipolar nos casos de transtorno bipolar pode piorar os sintomas e o desenvolvimento da doença (Moreno *et al*, 2015). É importante observar que muitas pessoas podem passar por vários episódios depressivos antes de experimentarem o primeiro episódio subsequente de mania ou hipomania (Bosaipo; Borges; Juruena, 2017).

A maior parte dos bipolares são do tipo II que tem como curso comum da doença quadros depressivos recorrentes, acumulando um histórico de anos de trocas de medicações antidepressivas e tratamentos não efetivos para lhes dar estabilidade, especialmente porque não é incomum que estes pacientes desenvolvam resistência ao uso de antidepressivos, sem resposta a estas medicações, o que agrava o quadro. O diagnóstico inadequado de transtorno de depressão maior e a introdução de antidepressivos por longos períodos acaba por atrasar o diagnóstico do TB que tem sua estabilidade vinculada ao uso de estabilizadores de humor que são drogas que previnem a recorrência e a manifestação de quadros mais agravados da doença, como os estados mistos e de ciclagem rápida (Tavares; Moreno, 2023).

Entretanto, deve-se desmistificar a ideia de alguns de que a administração de antidepressivos em pacientes bipolares irá levar à ciclagem para fase de mania ou hipomania. A minoria dos pacientes irá responder dessa maneira. Alguns pacientes podem simplesmente não responder a estas drogas e outros, maior parte deles, terá resposta muito positiva nos primeiros anos da doença, o que direcionará à ideia de que se trata de um paciente com TDM, contudo, com o tempo estas medicações se tornam pouco eficazes ou nulas, e o quadro pode se agravar (Tavares; Moreno, 2023).

Alguns indicadores podem sugerir que um paciente que está experimentando seu primeiro episódio depressivo pode, na verdade, estar enfrentando transtorno bipolar. Por sua forte influência genética, avaliar a história familiar do paciente pode ser um indicador. Nesse contexto, no conceito de espectro bipolar destacam-se alguns aspectos como a importância da história familiar de transtorno bipolar em parentes de primeiro grau, a presença de uma personalidade hipertímica, episódios depressivos recorrentes e breves, sintomas de depressão atípica com características psicóticas e início antes dos 25 anos, além de uma possível resistência ou tolerância a antidepressivos. Levar em consideração o espectro bipolar emerge como um aspecto crucial na diferenciação entre pacientes com depressão unipolar e bipolares na prática clínica (Bosaipo; Borges; Juruena, 2017).

No mesmo sentido, Tavares e Moreno (2023) destacam que os episódios depressivos no TBI, no TBII e no TDM possuem sintomatologia idêntica, não se podendo separar as doenças com base na avaliação dos sintomas depressivos por si só. Por isso, ressaltam que alguns aspectos devem ser observados de modo a configurar as depressões bipolares: início antes dos 30 anos de idade, instalação repentina dos sintomas depressivos, episódios curtos que muitas vezes se resolvem espontaneamente, recorrência alta, histórico familiar de bipolaridade e de outras doenças psiquiátricas e suicídio, ocorrência de depressões atípicas, presença de sintomas psicóticos, início após o parto e que tem vínculo com a mudança de estações.

Os episódios depressivos com características mistas que podem ocorrer em ambos transtornos também são um tema de difícil configuração. Contemporaneamente passou-se a ter por diretriz diagnóstica que pacientes que nunca tenham tido episódios de mania ou hipomania possam apresentar sintomas destes polos em um episódio depressivo, sem que se tenha o quadro de transtorno bipolar. Pacientes com depressão mista terão o predomínio de lentificação com associação de sintomas de ativação, ficam deprimidos e acelerados, com angústia, desespero, aumento de tristeza e sofrimento, irritabilidade exacerbada, excesso ou aceleração de pensamentos, aumento de impulsividade e distratibilidade como sintomas de ativação (Tavares; Moreno, 2023).

Deste modo, se observa a grande dificuldade na separação do diagnóstico dos transtornos depressivos e dos transtornos bipolares uma vez que a apresentação destes tem curso muito parecido e, muitas vezes, a depressão se configura como um pródromo da bipolaridade. Por isso, é de fundamental importância que os clínicos não avaliem o paciente somente com base no recorte atual da doença, mas que investiguem o histórico familiar e clínico do paciente de modo a rastrear sintomas ou quadros sugestivos de manifestação de TB, com a identificação de possíveis episódios de mania ou hipomania durante a vida.

### **3.5 Transtorno bipolar e transtorno de ansiedade**

Os transtornos de ansiedade (TA) são as condições comórbidas mais comuns em indivíduos diagnosticados com transtorno bipolar. A prevalência de transtornos de ansiedade ao longo da vida chega a 45% quando o TB está presente e os pacientes bipolares têm uma probabilidade de 3 a 7 vezes maior de cumprir os critérios para o diagnóstico de transtorno de ansiedade em comparação com a população em geral (Ott, 2018). Os transtornos de ansiedade generalizada (TAG), modalidade de manifestação comum em quadros bipolares, se apresentam por meio de preocupações excessivas e diárias sobre atividades e eventos gerais, onde estão presentes sintomas como inquietação, fadiga, problemas de concentração, irritabilidade, tensão muscular e alterações na qualidade do sono e que duram de seis meses ou mais (Moreno *et al*, 2015).

Durante a fase aguda dos episódios ou nos períodos de estabilidade emocional do transtorno bipolar, é frequente a presença de sintomas de ansiedade, que exercem um impacto adverso sobre o tratamento e a progressão da condição (Altinbas, 2021). Os transtornos de ansiedade potencialmente mascaram a bipolaridade por se confundir com os sintomas das fases maníacas e hipomaníacas (Bach, 2021). Além disso, a combinação desses sintomas ansiosos dificulta no manejo do TB, resultando em uma intensificação dos sintomas bipolares, aumentando a utilização de serviços de saúde mental, gerando episódios depressivos mais frequentes e graves, implicando desistência e má adesão ao tratamento e redução geral da funcionalidade e qualidade de vida do indivíduo (Ott, 2018).

As taxas de prevalência ao longo da vida da comorbidade do transtorno de ansiedade no TB atingem quase 90%, quando considerado o transtorno de pânico, transtorno de ansiedade social e transtorno de ansiedade generalizada, contexto que gera quadros de depressão mais severos e aumento da tendência ao uso de substâncias, o que reduz a eficácia do tratamento e impacta diretamente em uma maior incidência de tentativas de suicídio (Altinbas, 2021).

A combinação dos quadros de transtorno bipolar com ansiedade é bastante complexa e requer várias considerações em virtude da interseção dos sintomas. Em primeiro lugar, destaca-

se que há alta taxa de comorbidade com TA e TB, o que por si só já traz uma complexidade para o quadro. Em segundo lugar, observa-se que há uma alta prevalência de TB e TA, incluindo o transtorno de ansiedade generalizada – TAG, em filhos de pessoas com transtorno bipolar (36%), em comparação com as taxas em filhos de indivíduos psiquiatricamente saudáveis (14%), sugerindo que os TA nestes casos podem ser pródromos para o desenvolvimento do TB. Em terceiro lugar, ressalta-se que o diagnóstico de TAG permanece como o mais provisório dos TA devido à dificuldade diagnóstica relacionada à definição de preocupações excessivas e irreais, influenciadas por fatores sociais, culturais, pessoais e valores em relação ao que constitui uma preocupação legítima, além das características clínicas da síndrome, nas quais há sobreposição de sintomas subjacentes ao TAG e aqueles resultantes da insônia crônica, assim como fadiga e irritabilidade, que fazem parte do diagnóstico e, por sua vez, também são sintomas observados no TB (Andrade-Nascimento *et al.*, 2012).

Barbosa *et al* (2011), afirma que há evidências de que o transtorno bipolar e os transtornos de ansiedade compartilham características como aumento da atividade monoaminérgica, mudanças na plasticidade neuronal na amígdala e outras estruturas do sistema límbico, além de terem genes em comum. Isso sugere a possibilidade de um mecanismo fisiopatológico comum entre esses dois transtornos.

O transtorno de ansiedade generalizada é uma condição comórbida subsindrômica que parece estar ligada ao transtorno bipolar como resultado de uma disfunção geral nos mecanismos associados à neurotransmissão, sendo que os sintomas de ansiedade frequentemente persistem mesmo após a resolução do episódio de humor, resultando em uma deterioração gradual do funcionamento e da qualidade de vida, mesmo quando o paciente está em um estado de eutímia (Andrade-Nascimento *et al.*, 2012; Ott, 2018). Quando tais sintomas antecedem quadros depressivos ou de TB, diz-se que eles integram e fazem parte destes episódios, não configurando novo diagnóstico de transtorno de ansiedade que só pode ser dado a um paciente bipolar, como condição comórbida, quando ele não estiver apresentando quadro de depressão, caso contrário, considera-se que se tem apenas resíduo de sintomas que ainda não melhoraram e necessitam de atenção (Moreno *et al*, 2015).

### **3.6 Transtorno bipolar e transtorno por uso de substâncias**

Há uma elevada prevalência de dependência de substâncias associada ao transtorno bipolar e de acordo com uma perspectiva psicológica, os pacientes bipolares podem recorrer ao uso de substâncias como uma maneira de aliviar sintomas de humor considerados desagradáveis, como a aceleração do pensamento e a irritabilidade. Por outro lado, o uso prejudicial de substâncias pode desencadear o primeiro episódio maníaco. Além disso, o TB

está associado a uma maior impulsividade, envolvimento excessivo em atividades prazerosas e falta de crítica durante o episódio maníaco, o que pode estimular a busca por substâncias psicoativas (Barbosa *et al*, 2011).

Segundo Tavares e Moreno (2023), é corriqueiro que as pessoas encarem a dependência química como uma condição separada, mas frequentemente ela surge como um sintoma da impulsividade associada ao transtorno bipolar. Isso ocorre porque substâncias como álcool e outros estimulantes podem elevar o humor e aumentar a hiperatividade, levando à percepção de que a mudança de comportamento é causada pela droga, em vez de considerar a possibilidade de uma bipolaridade subjacente que pode, inclusive, predispor ao uso de substâncias.

O consumo de substâncias como cocaína, anfetamina e crack induzem quadros maníacos ou hipomaníacos, o que pode gerar confusão diagnóstica com o TB. Ademais, pacientes bipolares em estados maníacos têm predisposição ao uso e abuso de substâncias psicoativas, sobrepondo as doenças e confundindo ainda mais o diagnóstico (Garcia; Melgaço; Trajano, 2022).

O consumo de álcool por pacientes bipolares é cinco vezes maior que a média da população e o abuso no uso da substância acomete mais da metade dos portadores de transtorno bipolar do tipo I, o que tem por consequência o aumento da impulsividade e amplificação dos sintomas de mania e dos estados mistos (Garcia; Melgaço; Trajano, 2022). A comorbidade entre TB e transtorno por uso de álcool pode chegar a 45% e os indivíduos com este último apresentam risco três vezes maior de desenvolver a bipolaridade (Gigliotti; Copetti, 2021).

No que tange ao uso de *cannabis* a suscetibilidade para TB aumenta em duas vezes quando relacionada à população em geral, favorecendo o aparecimento de quadros psicóticos e maníacos agravados (Garcia; Melgaço; Trajano, 2022). Nos casos dos indivíduos que já possuem o diagnóstico, 70% já usaram cannabis em algum momento da vida e 30% apresenta sintomatologia compatível com transtorno por uso de cannabis (Gigliotti; Copetti, 2021). O uso de maconha pode induzir tanto a depressão, como mania, ansiedade e sintomas psicóticos (Tavares; Moreno, 2023).

A cocaína também é uma substância que tem forte ligação com o TB. Em torno de 20% dos pacientes que possuem transtorno por seu uso apresentam comorbidade com bipolaridade, e vários estudos apontam que esta droga além de precipitar o início do transtorno bipolar também contribuiu sobremaneira para sua progressão (Gigliotti; Copetti, 2021). Essa substância, assim como outros estimulantes do sistema nervoso central, pode desencadear o aparecimento de depressão nos casos de abstinência (Tavares; Moreno, 2023).

Indivíduos que sofrem de transtorno bipolar e fazem uso abusivo de substâncias

apresentam traços específicos, como uma maior incidência de estados mistos, ciclagem rápida, recuperação prolongada, maior taxa de hospitalizações, aumento das tentativas de suicídio e um início mais precoce do transtorno (Costa, 2008).

A questão do diagnóstico das pessoas com transtorno de humor que fazem uso de substâncias é de grande complexidade porque os sintomas tanto da intoxicação como da retirada do álcool e outras drogas se assemelham aos transtornos de humor e grande parcela destes pacientes ao procurar os serviços de saúde omitem serem usuários de substâncias (Gigliotti; Copetti, 2021). Quando conhecido o uso, é indispensável que no diagnóstico do tipo de transtorno tenha-se a interrupção do consumo de álcool e drogas, para que se possa avaliar se o quadro sintomatológico persiste, com o fim de se fazer o diagnóstico diferencial para possível hipótese de TB (Garcia, Melgaço; Trajano, 2022).

Assim, uma vez constatado o uso de substâncias é fundamental realizar uma avaliação abrangente do estado psiquiátrico, visando identificar possíveis transtornos de humor subjacentes. Muitas vezes, os usuários de drogas exibem flutuações de humor que podem sugerir agressividade e violência, características frequentemente ligadas a distúrbios do humor. No entanto, esses sinais são por vezes desconsiderados durante a avaliação, pois o foco tende a ser exclusivamente no uso de drogas, e todos os comportamentos disruptivos são atribuídos à substância, sem considerar possíveis condições médicas associadas (Tavares; Moreno, 2023).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O transtorno bipolar é uma doença crônica de difícil diagnóstico em virtude da ampla gama de combinação sintomática possível, com elementos psicopatológicos que muitas vezes possuem intersecção com outros transtornos ou doenças clínicas. Apesar dos manuais de diagnósticos de transtornos mentais elencarem de forma objetiva a sintomatologia para configuração do TB, na prática a nosologia não se faz suficiente para configuração assertiva do diagnóstico, demandando dos profissionais que manejam o tema maior habilidade e conhecimento dos desdobramentos possíveis dos sintomas e sua combinação com outros tipos patológicos que se aproximam, são pródromos ou continuum dele. O não conhecimento adequado destes aspectos acaba por atrasar e até impossibilitar o diagnóstico, implicando sofrimento ao indivíduo.

O diagnóstico do TB se configura por grande complexidade e perfaz um desafio clínico permeado por preconceitos e estigmas que causam grande impacto físico, emocional, laboral, social e financeiro aos seus portadores e familiares. Neste contexto, cabe ao profissional de saúde ampliar seu olhar e conhecimento, observando especialmente as diversas maneiras que

os estados de humor podem se manifestar, que não a clássica que tem sua ocorrência mais rara.

Assim, é importante observar aspectos específicos que devem acender o alerta para bipolaridade como: possíveis sobreposições de sintomas e comorbidades com outras doenças; oscilação de energia (não necessariamente de humor); manifestações hipomaníacas em que prevalecem sentimentos de grandiosidade, aumento de energia (especialmente irritabilidade, impulsividade, ativação noturna) e bem-estar onde o paciente não necessariamente compreenderá que está em fase maníaca, confundindo-se muitas vezes com traços de personalidade; prejuízos de *insights* onde o paciente não se percebe sintomatológico; prejuízos cognitivos que não se justificam por outras doenças; existência de histórico familiar de TB; manifestação precoce de depressão e/ou transtornos de ansiedade; recorrência de episódios depressivos; ausência de resposta a antidepressivos; aumento exacerbado de energia quando a administração de antidepressivos; manifestação tardia de sintomas de TDAH; uso ou abuso de substâncias.

Dentre as comorbidades que tem maior intersecção e que demandam maior atenção dos profissionais as que se confundem ou tem clara repetição da sintomatologia com a bipolaridade são: TDAH, transtornos depressivos, transtorno de ansiedade e transtorno por uso ou abuso de substâncias. Nestes casos é importante que o profissional sempre fique em alerta para fazer o diagnóstico diferencial com o TB e a coleta de anamnese ampla e não restrita ao recorte atual do indivíduo.

Ressalte-se que normalmente os pacientes somente buscam os serviços de saúde quando em crises maníacas ou depressivas e nestes casos, o profissional deverá ter um olhar muito mais atento na anamnese observando sua história de vida integral em busca de possíveis sintomas que possam indicar tratar-se de TB. Algumas vezes será necessário, inclusive, colher o relato de familiares para esclarecer como se dá a manifestação sintomatológica e conhecer a história familiar prévia que traga dados relevantes ao diagnóstico que podem revelar possíveis pródromos da doença.

Fica claro, portanto, o grande desafio que permeia a investigação do transtorno bipolar o que justifica a demora no diagnóstico correto, que se supõe que ocorra somente depois de 10 anos do surgimento dos primeiros sintomas, período onde o paciente muitas vezes lida com inúmeros diagnósticos e tratamentos incorretos, agravando seu quadro clínico. Em alguns casos, supõe-se que os confundidores levem, inclusive, ao não diagnóstico do indivíduo o que pode impactar na correta apuração de prevalência da doença que hoje já é bem divergente nas várias pesquisas encontradas.

De todo o exposto, tem-se que o estudo da temática descrita é de suma importância dado

que o diagnóstico é complexo e com muitas particularidades para sua configuração. Entretanto, o processo de selecionar produções científicas relacionadas ao diagnóstico assertivo da bipolaridade foi bastante difícil, o que justifica a conclusão que o tema necessita de maiores pesquisas e estudos, tanto que se relacionem ao curso longitudinal, aos sintomas incomuns e aos confundidores com outros transtornos e doenças. Tal direcionamento é indispensável para que se tenham protocolos mais assertivos no diagnóstico que não a pura nosologia descrita atualmente no DSM-5-TR que por vezes se torna insuficiente para o enquadramento da doença por não trazer um olhar integrativo da história do paciente e as várias combinações de sintomas. O diagnóstico claro, objetivo e rápido do transtorno bipolar, é absolutamente necessário para diminuir o sofrimento destes pacientes uma vez que lhes permite o acesso a tratamentos adequados, específicos e eficazes para o seu quadro.

## 5 REFERÊNCIAS

ALTINBAS, Kürsat. Treatment of Comorbid Psychiatric Disorders with Bipolar Disorder. **Archives of Neuropsychiatry**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.29399/npa.27615>. Acesso em: 4 maio 2024.

ANDRADE-NASCIMENTO, Monica *et al.* Transtorno bipolar em comorbidade com transtorno de ansiedade generalizada: um diagnóstico possível? **Archives of Clinical Psychiatry** .v. 39, n. 4,p. 149-152. São Paulo, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0101-60832012000400006>. Acesso em: 4 maio 2024.

BACH, Suelen de Lima. Como prever o diagnóstico de transtorno bipolar em população comunitária?. **Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações**. Brasília: Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, 2021. Disponível em: [https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UCPe\\_da5cbd535d0bb871839b385f690ca1ca](https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UCPe_da5cbd535d0bb871839b385f690ca1ca). Acesso em: 20 abr.. 2024.

BARBOSA, Izabela Guimarães *et al.* Comorbidades clínicas e psiquiátricas em pacientes com transtorno bipolar do tipo I. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, p. 271-276, 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/s7jhFqRvfmD4YQGLnVRXRKP/#:~:text=Resultados%3A%20As%20comorbidades%20mais%20prevalentes,hipotireoidismo%20\(19%2C10%25\)](https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/s7jhFqRvfmD4YQGLnVRXRKP/#:~:text=Resultados%3A%20As%20comorbidades%20mais%20prevalentes,hipotireoidismo%20(19%2C10%25).). Acesso em 20 abr. 2024,

BARLOW, D. H. **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BARLOW, David H.; DURAND, V. Mark. **Psicopatologia Uma abordagem integrada**. 7. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015. 786 p.

BOSAIPO, Nayanne Beckmann; BORGES, Vinícius Ferreira; JURUENA, Mario Francisco. Bipolar disorder: a review of conceptual and clinical aspects. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 50, supl1., p. 72, 4 fev. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176->

7262.v50isupl1.p72-84. Acesso em: 4 maio 2024.

CARNEIRO, Franciellen Gonçalves; SORATTO, Maria Tereza. Transtorno bipolar: fatores genéticos e ambientais. **Enfermagem Brasil**, v. 15, n. 1, p. 39-43, 2016. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/97>. Acesso em 20 abr. 2024.

CAVALCANTE, Lívia Teixeira Canuto; OLIVEIRA, Adélia Augusta Souto de. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. **Psicologia em revista**. Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 83-102, abr. 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682020000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682020000100006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 02 maio 2024.

CHENIAUX, Elie. **Manual de Psicopatologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. 230 p.

CLEMENTE, Aduino Silva *et al.* **Concepções dos psiquiatras sobre o Transtorno Bipolar do Humor e sobre o estigma a ele associado**. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-766589>. Acesso em 20 abr. 2024.

COSTA, Anna Maria Niccolai. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. **Archives of Clinical Psychiatry**. São Paulo, v. 35, p. 104-110, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/BZkzc4XPngLHbXqwwS7CYXP/abstract/?lang=pt>. Acesso em 15 abr. 2024.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2.<sup>a</sup> ed. Artmed, 2007.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3<sup>a</sup> PORTO ALEGRE: ARTMED, 2019, 505 p.

DOS SANTOS, Michaelle G. *et al.* Estudo da Inflamação no Transtorno Afetivo Bipolar: Avaliação de Citocinas Inflamatórias. **Revista Neurociências**, v. 22, n. 1, p. 134-143, 2014. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8124>. Acesso em 15 abr. 2024.

DSM - 5 - TR **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução: Daniel Vieira, Marcos Viola Cardoso, Sandra Maria Mallmann da Rosa. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023. 1331 p.

ESPERÓN, César Soutullo; QUINTANA, Ana Figueroa; CHANG, Kiki D. El trastorno bipolar, ¿puede diagnosticarse en la edad pediátrica? **Anales de Pediatría Continuada**, v. 10, n. 4, p. 208-216, jul. 2012. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s1696-2818\(12\)70089-6](https://doi.org/10.1016/s1696-2818(12)70089-6). Acesso em: 26 abr. 2024.

ESTRADA, Santiago J. *et al.* Trastorno afectivo bipolar en niños. **Revista Colombiana de Psiquiatría**, v. 38, p. 125-139, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502009000500008#:~:text=Se%20refiere%20a%20la%20presencia,aumento%20o%20disminuci%C3%B3n\)%20y%20locuacidad](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000500008#:~:text=Se%20refiere%20a%20la%20presencia,aumento%20o%20disminuci%C3%B3n)%20y%20locuacidad). Acesso em 20 abr. 2024.

FARIAS, Antonio Carlos de; CORDEIRO, Mara Lucia. **Transtornos do humor em crianças e adolescentes: atualização para pediatras**. *Jornal de Pediatria*, v. 87, p. 373-381, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/8Br33vFNz3mLkp4pjJcxpzd/abstract/?lang=pt>. Acesso em 20 abr. 2024.

GARCIA, B. N.; MELGAÇO, T. R. P.; TRAJANO, A. G. Perspectivas epidemiológicas, clínicas e terapêuticas do transtorno bipolar em comorbidade com o uso de drogas: revisão de literatura em língua portuguesa. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1–23, 2022. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/277>. Acesso em: 26 abr. 2024.

GIGLIOTTI, Analice; COPETTI, Juliana. **Transtorno bipolar e transtorno por uso de substâncias**. In: Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABEAD). (Org) Diretrizes para o Diagnóstico e Tratamento de Comorbidades Psiquiátricas e Transtornos por Uso de Substâncias. 1. ed. Curitiba: Appris Editora, 2021, v. 1, p.55.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4<sup>a</sup> ed. Atlas S.A, 2002.

MAGALHÃES, Pedro V. S.; FRIES, Gabr.iel R.; KAPCZINSKI, Flávio. Marcadores periféricos e a fisiopatologia do transtorno bipolar. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 39, p. 60-67, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/8MzjH96XhLtwHx9JsFxMFJf/#>. Acesso em 20 abr. 2024.

MOREIRA, Camila L. R. L.; BRIETZKE, Elisa; LAFER, Beny. Comorbidades médicas em pacientes ambulatoriais com transtorno do humor bipolar tipo I. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 38, p. 227-230, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/VJWNQVbmDBhzmGHskpqZZRw/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 20 abr. 2024

MORENO, Ricardo A. *et al.* **Aprendendo a Viver com o Transtorno Bipolar: Manual Educativo**. Porto Alegre: Artmed, 2015. 208 p.

MOURA, Hérica Dayanne de Sousa *et al.* Transtorno afetivo bipolar: sentimentos, estigmas e limitações. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1049594#:~:text=identificou%2Dse%20que%20o%20transtorno,ap%C3%B3s%20a%20manifesta%C3%A7%C3%A3o%20do%20transtorno>. Acesso em: 15 abr. 2024.

OLIVEIRA, Elbes Campos de. Comprometimento neuropsicológico no transtorno bipolar. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 10, p. 866-883, 2023. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/download/11647/5273/20986>. Acesso em 15 abr. 2024.

PALACIOS CRUZ, Lino *et al.* Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno bipolar pediátrico, ¿comorbilidad o traslape clínico?: una revisión. Primeira parte. **Salud mental**, v. 31, n. 1, p. 19-22, 2008. Disponível em: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252008000100003](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000100003). Acesso em 15 abr. 2024.

SILVA, Rafael de Assis da *et al.* Insight in bipolar disorder: a comparison between mania, depression and euthymia using the Insight Scale for Affective Disorders. **Trends in**



**Psychiatry and Psychotherapy**, v. 37, n. 3, p. 152-156, set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0014>. Acesso em 20 abr. 2024.

SILVA, Rafael de Assis da *et al.* The relationship between insight and affective temperament in bipolar disorder: an exploratory study. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 40, n. 3, p. 210-215, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0073>. Acesso em 15 abr. 2024

TAVARES, Diego F.; MORENO, Ricardo A. **Depressão e Transtorno Bipolar: A complexidade das doenças afetivas**. São Paulo: Vital, 2023.

WHITBOURNE, Susan Krauss; HALGIN, Richard P. **Psicopatologia Perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos**. Tradução: Maria Cristina G. Monteiro. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 488 p.

ZAPPITELLI, Marcelo C. *et al.* Lifetime psychopathology among the offspring of bipolar I parents. **Clinics**, v. 66, p. 725-730, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/clin/a/MggbF5BFcC7Jhk4scJSmZgS/?lang=en>. Acesso em 20 abr. 2024.