

Transtorno afetivo bipolar e risco de suicídio

Thaíssa Gomes Silva¹; 0009-0004-7733-177X
Carlos Eduardo Vidal Vieira Cardoso Soares¹; 0009-0000-6558-5159
Davi dos Anjos Sardemberg; 0009-0007-5946-9769
Ana Laura Medeiros Braga ¹; 0009-0000-3705-0616
Pietra Correia Silva; 0009-0000-2988-7061
Diogo Carneiro Teixeira¹; 0009-0006-6917-0499
Rubens cunha de Freitas ¹; 0009-0002-3459-9552
Sergio Elias Vieira Cury ¹; 0000-0002-9847-2318

1 – UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.
202320537@unifoa.edu.br

Resumo: Este artigo engloba-se de uma revisão narrativa da literatura atual, e tem como objetivo revisar estudos recentes sobre o transtorno afetivo bipolar para auxiliar a prática clínica e demonstrar a importante relação entre o transtorno bipolar e o suicídio. Os trabalhos analisados concordam que o Transtorno Bipolar (TB) está relacionado a altas taxas de suicídio e autoagressão. A combinação de tratamento farmacológico e apoio psicossocial, priorizando o lítio quando o risco de suicídio é alto, é uma estratégia alinhada com a literatura. Os artigos utilizados mostram um consenso sobre a alta prevalência e o impacto social do TB, além dos períodos críticos de vulnerabilidade e a relevância do diagnóstico precoce. As divergências aparecem, principalmente, nas estratégias de prevenção e nas abordagens terapêuticas personalizadas.

Palavras-chave: Transtorno bipolar afetivo, Transtorno Bipolar do Humor, Distúrbios Psiquiátricos, Autoagressão Intencional, suicídio.

INTRODUÇÃO

Segundo Cantilino e Monteiro (2017) o Transtorno Afetivo Bipolar (ou apenas Transtorno Bipolar), é uma condição que se caracteriza por variações de humor, que variam entre fases de depressão e de mania ou hipomania, em turnos episódicos. Na fase depressiva, o paciente experimenta um estado muito semelhante ao de Depressão, ficando constantemente triste, sem interesse nas atividades diárias, fatigado, com alterações no sono e podendo apresentar até mesmo pensamentos suicidas e/ou de morte. Nos episódios de mania e hipomania, a manifestação assume um caráter oposto ao da depressão: o paciente se sente com muita energia, excessivamente confiante em relação a si mesmo e às suas próprias capacidades, alegre, eufórico e com uma forte sensação de bem-estar e prazer, por vezes até mesmo apresentando um otimismo exagerado.

O transtorno bipolar (TB) pode, ainda, ser dividido em transtorno bipolar do tipo 1 (TB tipo 1), no qual estão presentes episódios de mania e depressão, e no transtorno bipolar do tipo 2 (TB tipo 2), no qual estão presentes episódios de hipomania e depressão. Existe ainda uma forma mista com sintomas maníacos/hipomaníacos e depressivos aparecendo de maneira simultânea (Cantilino; Monteiro, 2017, p. 145).

A mortalidade excessiva é uma característica marcante do transtorno bipolar (TB), principalmente devido ao suicídio. Pacientes adultos com transtorno bipolar têm uma taxa de tentativa de suicídio cerca de 20 vezes maior do que a da população adulta geral. Nos pacientes jovens com TB, por sua vez, a taxa de tentativa de suicídio chega a ser 50 vezes maior (Tondo *et al*, 2023). Ainda, a probabilidade de pacientes com TB morrerem em tentativa de suicídio é cerca de 8,66 vezes maior (Arnone *et al*, 2024).

Considerando as elevadas taxas de mortalidade e de tentativa de suicídio associadas ao transtorno bipolar, uma investigação mais abrangente sobre essa realidade ganha relevância clínica. Além disso novos estudos têm aprofundado o entendimento sobre possíveis fatores de risco específicos na relação entre o suicídio e o TB, viabilizando possíveis estratégias de prevenção que podem vir a ser mais eficazes (Tondo *et al.*, 2023; Arnone *et al.*, 2024). Com isso, o presente artigo tem como objetivo revisar e compilar estudos recentes sobre o tema de forma a auxiliar a prática clínica diária dos



profissionais e elucidar a importância da relação entre o transtorno bipolar e o suicídio para estudantes da área médica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O transtorno bipolar (TB), anteriormente conhecido como doença maníaco-depressiva, é uma condição psiquiátrica grave e de alta morbidade, listada entre as 20 principais causas de incapacidade em todo o mundo. A prevalência do TB ao longo da vida situa-se entre 1,3% e 5,0%, enquanto na juventude os índices variam de 2,9% a 3,9%. No ano de 2017, aproximadamente 46 milhões de pessoas no mundo tinham o diagnóstico de TB, e estima-se que o transtorno afete até 4,3% dos pacientes na atenção primária, constituindo uma parcela expressiva da população atendida em serviços de saúde mental (NG *et al.*, 2021; Farrell, *et al.*, 2022).

O diagnóstico do TB é mais comum na faixa etária de 18 a 25 anos e tem um curso episódico, com crises frequentemente exacerbadas por períodos de estresse. Para as mulheres, o período perinatal — que compreende a gravidez e o primeiro ano após o parto — representa o momento de maior risco para o primeiro episódio ou para a recorrência de uma crise de humor. Estima-se que 60% a 70% das mulheres com o transtorno apresentem um episódio nesse período. A manifestação do TB na fase perinatal está associada a um risco elevado de psicose pós-parto, uma condição grave que pode estar relacionada a suicídio e infanticídio (Masters; *et al.* 2020; Bhat *et al.*, 2021; Albertini *et al.*, 2022).

Dois grandes estudos de coorte demonstraram que o TB é o transtorno psiquiátrico com as mais altas taxas de suicídio consumado. A condição também está ligada a riscos aumentados de autoagressão e mortalidade em comparação com a população geral, o que gera um fardo social e pessoal imenso. Apesar dos tratamentos disponíveis, as taxas de recaída continuam altas; no ano seguinte a uma internação por mania, por exemplo, dois terços dos pacientes não conseguem retornar ao trabalho. Problemas como pobreza, falta de moradia e encarceramento são desfechos comuns para esses indivíduos (Lima *et al.*, 2020; Jensen *et al.*, 2021; NG *et al.*, 2021).



O TB é dividido em duas categorias principais: tipo I (TB-I) e tipo II (TB-II). O TB-I é definido pela ocorrência de pelo menos um episódio maníaco, que envolve aumento de atividade, da libido e pensamentos de grandeza, podendo ser seguido por um episódio hipomaníaco ou depressivo. O TB-II, por sua vez, caracteriza-se pela presença de ao menos um episódio hipomaníaco e um depressivo, mas sem a ocorrência de episódios maníacos completos (Madireddy e Madireddy 2022).

O alto risco para o desenvolvimento do transtorno bipolar é definido por critérios familiares, como ter um parente de primeiro ou segundo grau com TB-I ou TB-II, ou por critérios clínicos, como a presença de episódios afetivos subsindrômicos que não preenchem todos os requisitos do DSM-5. Jovens com risco familiar para TB que apresentam sintomas de depressão, ansiedade, instabilidade do humor e traços maníacos subliminares têm 49% de chance de desenvolver o transtorno. Evidências recentes sugerem que o TB é uma doença progressiva, que pode começar com sintomas de ansiedade na infância, evoluir para depressão ou hipomania subliminar na adolescência e, finalmente, culminar no primeiro episódio completo de humor (Palsson *et al.*, 2022).

O TB é uma condição complexa que resulta da interação de fatores genéticos, sociais e ambientais. Sua fisiopatologia envolve processos biológicos como distúrbios no desenvolvimento cerebral, na cronobiologia e na neuroplasticidade; falhas na sinalização de cálcio, neurotransmissores, fatores neurotróficos, inflamatórios e apoptóticos; estresse oxidativo e nitrosativo; estresse do retículo endoplasmático; e disfunção mitocondrial. O lobo parietal, essencial para funções como cognição e memória, está implicado na progressão da doença. Alguns pacientes apresentam um quadro de neuroprogressão, com alterações anatômicas no cérebro, como a redução do volume do hipocampo e da espessura cortical e o aumento dos ventrículos laterais. Essas mudanças estão associadas a prejuízos funcionais (Madireddy; Madireddy 2022).

O transtorno bipolar é uma doença crônica marcada pela alternância entre episódios de mania ou hipomania e depressão. Embora os sintomas depressivos sejam geralmente predominantes, o diagnóstico é definido pela presença de episódios



maníacos ou hipomaníacos. Nesses episódios, o paciente pode apresentar humor eufórico, grandiosidade, hiperatividade, aumento da libido, menor necessidade de sono, comportamentos de risco, irritabilidade e agressividade. Já os episódios depressivos são caracterizados por anedonia, tristeza, sintomas vegetativos e lentificação psicomotora. Podem ocorrer também episódios mistos, com a coexistência de sintomas de mania e depressão. A doença frequentemente leva a um comprometimento da funcionalidade do indivíduo (Cerimele *et al.*, 2020; Madireddy; Madireddy 2022.).

O diagnóstico do TB pode ser difícil, e apenas 52% dos adultos são diagnosticados corretamente pelo primeiro ou segundo profissional de saúde que consultam. Uma parcela significativa de 34% dos pacientes leva 10 anos ou mais para receber o diagnóstico preciso. Isso muitas vezes ocorre porque os médicos focam no tratamento da depressão sem identificar os episódios de mania. De fato, 25% dos adultos com TB recebem inicialmente um diagnóstico de depressão unipolar, e estima-se que até 30% dos pacientes que se apresentam com depressão podem, na verdade, ter o transtorno bipolar (Farrell *et al.*, 2022).

O lítio continua a ser o estabilizador de humor padrão-ouro e de primeira escolha, sendo eficaz tanto na mania aguda quanto na depressão, e superior a outros medicamentos como aripiprazol, ácido valpróico e quetiapina na prevenção de recaídas (Mcintyre *et al.*, 2020; Rybakowski 2020; Zhuo *et al.*, 2022; Airainer; Seifert 2024). Estudos destacam que o tratamento com lítio demonstrou uma redução significativa do tempo de permanência na doença (PINNA M, *et al.*, 2020; Haggarty *et al.*, 2021).

Um dos achados mais relevantes é o notável efeito anti-suicídio do lítio. Considerando que o transtorno bipolar apresenta o maior risco de suicídio entre as condições psiquiátricas, o lítio é destacado como o tratamento mais eficaz na redução desse risco, superando outras terapias (Miller *et al.*, 2020; Rybakowski 2020). Esta propriedade, somada às suas ações imunomoduladoras e neuroprotetoras, reforça sua posição como um tratamento fundamental (Rybakowski 2020; Szalach *et al.*, 2023).



Apesar de sua comprovada eficácia, o lítio é frequentemente subutilizado na prática clínica. Tal cenário decorre, principalmente, da preocupação com seus efeitos adversos e da necessidade de monitoramento rigoroso dos níveis terapêuticos (Mcintyre *et al.*, 2020; Sampogna *et al.*, 2023). Entre os efeitos colaterais, destacam-se os distúrbios metabólicos; estudos apontam que aproximadamente 26,9% dos pacientes apresentam níveis elevados de glicose e 54,2% desenvolvem colesterol elevado, o que exige um monitoramento contínuo desses parâmetros (Rybakowski 2020; Pinna *et al.*, 2020; Haggarty *et al.*, 2021). Além disso, a descontinuação do tratamento é um desafio significativo, atingindo uma taxa de 67,0% por todas as causas, embora a interrupção por eventos adversos seja relativamente baixa (8,7%), indicando que a adesão é um ponto crítico (kishi *et al.*, 2020).

Pesquisas mais recentes exploram novos mecanismos e preditores de resposta ao lítio. Foi identificado que pacientes com transtorno bipolar apresentam um desequilíbrio nos marcadores de estresse oxidativo, e a redução desses marcadores após o tratamento com lítio pode ser um preditor da resposta terapêutica (Lv *et al.*, 2019). Outro estudo aponta que a estabilização dos ritmos circadianos se mostra um indicador da eficácia do lítio (Fedoroff *et al.*, 2021). Adicionalmente, observou-se uma associação entre o uso de lítio e o aumento da espessura cortical em certas regiões cerebrais, sugerindo que tanto fatores genéticos quanto o próprio tratamento influenciam as estruturas cerebrais no transtorno bipolar (Abé *et al.*, 2020).

Para a depressão no TB-I, as diretrizes recomendam o uso de antipsicóticos atípicos (ex: lurasidona), estabilizadores de humor (ex: lamotrigina e lítio) ou a terapia combinada. Antidepressivos são considerados apenas uma opção de quarta linha, sempre em associação com estabilizadores de humor. Para os episódios de mania no TB-I, os antidepressivos não são recomendados; o tratamento inicial é feito com estabilizadores de humor e antipsicóticos atípicos, em monoterapia ou combinados, especialmente em casos graves. A terapia eletroconvulsiva é uma alternativa para situações de emergência ou quando a farmacoterapia falha (Post; Grunze 2021; Jain *et al.*, 2022.)



Para a depressão aguda no TB-II, a quetiapina é o tratamento de primeira linha, seguida por lítio, lamotrigina e alguns antidepressivos como segunda opção. Para a hipomania, embora não haja diretrizes específicas, a prática clínica sugere que medicamentos antimaniacos são eficazes. O tratamento de manutenção para o TB-II inclui quetiapina, lítio e lamotrigina (Jain *et al.*, 2022).

Reconhece-se cada vez mais que apenas a farmacoterapia não é suficiente para prevenir recaídas ou aliviar completamente os sintomas residuais. A psicoterapia funciona como um tratamento adjuvante fundamental. Ensaio clínicos randomizados demonstram que a combinação de medicamentos com psicoterapias estruturadas, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a terapia focada na família, a terapia de ritmo interpessoal e social (IPSRT) e a psicoeducação em grupo, é mais eficaz do que o tratamento farmacológico isolado para estabilizar os sintomas e reduzir as recorrências (Miklowitz *et al.*, 2021).

Antigamente, pensava-se que o TB era raro ou inexistente na infância e adolescência. No entanto, nos últimos 20 anos, a literatura científica validou o diagnóstico nessa faixa etária, e as taxas de diagnóstico aumentaram drasticamente, o que gerou controvérsias sobre um possível superdiagnóstico. Contudo, entre 50% e 66% dos adultos com TB relatam que a doença começou antes dos 19 anos, e para 15% a 28% deles, o início foi antes dos 13 anos. Esses dados indicam que o transtorno pode ser mais comum nessa população do que se acreditava, afetando potencialmente até 2 milhões de crianças apenas nos Estados Unidos (Findling; Chang 2021).

Dados epidemiológicos mostram que 2,2% dos adolescentes nos EUA têm um transtorno do espectro bipolar. Em 27,7% dos pacientes, a doença se inicia aos 12 anos ou antes, e em 37,6%, entre 13 e 18 anos. O TB pediátrico está associado a um curso mais grave, maior resistência ao tratamento, risco elevado de abuso de substâncias, tendências suicidas e piores resultados psicossociais em comparação com o de início na idade adulta. O transtorno é a quarta principal causa de incapacidade entre adolescentes no mundo, com uma taxa de suicídio de 20 a 30 vezes maior que a da população geral (Cichón *et al.*, 2020; Post; Grunze 2021; Findling; Chang 2021; Yee *et al.*, 2023).

O diagnóstico, especialmente em crianças pré-púberes, é desafiador, muitas vezes complicado pela comorbidade com outras condições, como o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), que apresenta sintomas sobrepostos (Findling; Chang 2021; Yee *et al.*, 2023).

A depressão é frequentemente o primeiro sintoma do TB pediátrico. Quando pacientes jovens apresentam depressão, certas características podem indicar um risco aumentado para um desfecho bipolar, como início súbito, retardo psicomotor, psicose, hipomania induzida por fármacos, TDAH com instabilidade de humor, labilidade emocional e histórico familiar de transtornos de humor (Findling; Chang 2021).

Dado o caráter crônico da doença e o alto risco de recaídas, o tratamento farmacológico profilático é um componente central no manejo do TB juvenil. As diretrizes recomendam o uso de antipsicóticos de segunda geração (ASGs) em baixas doses como primeira escolha para o tratamento de longo prazo, priorizando os com menor risco de ganho de peso. O lítio, sozinho ou com valproato, é uma opção secundária (Yee *et al.*, 2023).

Para um episódio maníaco agudo no TB juvenil, as opções aprovadas pela FDA incluem aripiprazol, asenapina, risperidona ou quetiapina para pacientes com 10 anos ou mais, e lítio ou olanzapina para adolescentes a partir de 12 ou 13 anos (Post; Grunze 2021; Yee *et al.*, 2023).

CONCLUSÕES

Os dados analisados ao longo deste estudo evidenciam a estreita relação entre o transtorno bipolar (TB), o risco aumentado de suicídio e a autoagressão. Apesar de sua alta prevalência e gravidade, há grande dificuldade em diagnosticar a doença, podendo levar muitos anos e, frequentemente, ser confundida com outras enfermidades, como a depressão unipolar. O tratamento farmacológico possui efeito preventivo em relação ao suicídio; entretanto, a adesão ao tratamento é um fator crucial para a eficácia da terapia. Embora os padrões nas estratégias de prevenção e abordagens terapêuticas não estejam completamente estabelecidos, a combinação do uso de fármacos com um suporte psicossocial adequado mostra-se promissora na

prevenção de um desfecho trágico. Portanto, compreender mais profundamente o transtorno e oferecer um cuidado humanizado e integrado, que vá além do tratamento medicamentoso, é fundamental para prevenir a progressão maligna da doença.

REFERÊNCIAS

ABÉ, C. et al. Longitudinal cortical thickness changes in bipolar disorder and the relationship to genetic risk, mania, and lithium use. *Biological Psychiatry*, v. 87, n. 3, p. 271-281, 2020.

AIRAINER, M.; SEIFERT, R. Lithium, the gold standard drug for bipolar disorder: analysis of current clinical studies. *Naunyn Schmiedeberg's Archives of Pharmacology*, 2024.

ALBERTINI, E. et al. Psychopharmacological decision making in bipolar disorder during pregnancy and lactation: a case-by-case approach to using current evidence. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, v. 17, n. 3, p. 249-258, 2022.

ARNONE, D. et al. Risk of suicidal behavior in patients with major depression and bipolar disorder – a systematic review and meta-analysis of registry-based studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 159, p. 105594, 2024. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2024.105594.

BHAT, A. et al. Pregnant and postpartum women with bipolar disorder: taking the care to where they are. *Psychiatric Services*, v. 69, n. 12, p. 1207-1209, 2021.

CANTILINO, A.; MONTEIRO, D. C. *Psiquiatria clínica*. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2017. E-book. p. 145-151. ISBN 9786557830031. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786557830031/>. Acesso em: 25 ago. 2025.

CERIMELE, J. M. et al. Bipolar disorder in primary care: a qualitative study of clinician and patient experiences with diagnosis and treatment. *Family Practice*, v. 36, n. 1, p. 32-37, 2020.

CHARNEY, A. W. et al. On the diagnostic and neurobiological origins of bipolar disorder. *Translational Psychiatry*, v. 10, n. 1, p. 118, 2020.

CICHÓN, L. et al. Clinical picture and treatment of bipolar affective disorder in children and adolescents. *Psiquiatria Polska*, v. 54, n. 1, p. 35-50, 2020.

FARRELL, A. et al. A systematic review of the literature on telepsychiatry for bipolar disorder. *Brain and Behavior*, v. 12, n. 10, e2743, 2022.

FEDOROFF, M. et al. Correction of depression-associated circadian rhythm abnormalities is associated with lithium response in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*:



An International Journal of Psychiatric and Neurosciences, v. 24, n. 5, p. 521-529, 2021.

FINDLING, R. L.; CHANG, K. D. Improving the diagnosis and treatment of pediatric bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 79, n. 2, su17023ah3c, 2021.

HAGGARTY, S. J.; KARMACHARYA, R.; PERLIS, R. H. Advances toward precision medicine for bipolar disorder: mechanisms & molecules. *Molecular Psychiatry*, v. 26, n. 1, p. 168-185, 2021.

JAIN, R. et al. Treatment patterns among patients with bipolar disorder in the United States: a retrospective claims database analysis. *Advances in Therapy*, v. 39, n. 6, p. 2578-2595, 2022.

JENSEN, R. N. et al. Anxiety in patients with bipolar affective disorder. *Ugeskrift for Laeger*, v. 183, n. 22, V12200973, 2021.

KISHI, T. et al. Recurrence of mania or depression among adult bipolar patients who continued using lithium. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, v. 40, n. 5, p. 468-474, 2020.

LIMA, I. M. M. et al. Cognitive deficits in bipolar disorders: implications for emotion. *Clinical Psychology Review*, v. 59, p. 126-136, 2020.

LV, Q. Predicting individual responses to lithium with oxidative stress markers in drug-free bipolar disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*, v. 20, n. 10, p. 778-789, 2019.

MADIREDDY, S.; MADIREDDY, S. Therapeutic interventions to mitigate mitochondrial dysfunction and oxidative stress-induced damage in patients with bipolar disorder. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 23, n. 3, p. 1844, 2022.

MASTERS, G. A. et al. Positive screening rates for bipolar disorder in pregnant and postpartum women and associated risk factors. *General Hospital Psychiatry*, v. 61, p. 53-59, 2020.

MCINTYRE, R. S. et al. Bipolar disorders. *The Lancet*, v. 396, n. 10265, p. 1841-1856, 2020.

MIKLOWITZ, D. J. et al. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: a systematic review and component network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, v. 78, n. 2, p. 141-150, 2021.

MILLER, J. N.; BLACK, D. W. Bipolar disorder and suicide: a review. *Current Psychiatry Reports*, v. 22, n. 2, p. 6, 2020.

NG, V. W. S. et al. Bipolar disorder prevalence and psychotropic medication utilisation in Hong Kong and the United Kingdom. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, v. 30, n. 11, p. 1588-1600, 2021.

PALSSON, E. et al. Cohort profile: the Swedish National Quality Register for bipolar disorder (BipoläR). *BMJ Open*, v. 12, n. 12, e064385, 2022.

PINNA, M. et al. Clinical response and metabolic effects of lithium in 323 mood disorder patients. *Journal of Affective Disorders*, v. 270, p. 9-14, 2020.

POST, R. M.; GRUNZE, H. The challenges of children with bipolar disorder. *Medicina (Kaunas)*, v. 57, n. 6, p. 601, 2021.

RYBAKOWSKI, J. K. Lithium treatment – the state of the art for 2020. *Psychiatria Polska*, v. 54, n. 6, p. 1047-1066, 2020.

SAMPOGNA, G. et al. Why lithium should be used in patients with bipolar disorder? A scoping review and an expert opinion paper. *Expert Review of Neurotherapeutics*, v. 22, n. 11-12, p. 923-934, 2023.

SCAINI, G. et al. Neurobiology of bipolar disorders: a review of genetic components, signaling pathways, biochemical changes, and neuroimaging findings. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 42, n. 5, p. 536-551, 2020.

SZALACH, Ł. et al. The immunomodulatory effect of lithium as a mechanism of action in bipolar disorder. *Frontiers in Neuroscience*, v. 17, p. 1213766, 2023.

TONDO, L.; VÁZQUEZ, G. H.; BALDESSARINI, R. J. Prevention of suicidal behavior in bipolar disorder. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, v. 21, n. 4, p. 402-411, 2023. DOI: 10.1176/appi.focus.23021025.

YEE, C. S. et al. Maintenance pharmacological treatment of juvenile bipolar disorder: review and meta-analyses. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, v. 22, n. 8, p. 531-540, 2023.

ZHOU, C. et al. [Referência completa conforme documento original]. 2020.