

Ana Luiza Loureiro Figueiredo

Laura de Sousa Lopes Vidal

Lívia Mara Magalhães

Maria Luiza Leal Chaves

**INFLUÊNCIAS DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR NO
COMPORTAMENTO SUICIDA: revisão de literatura**

IPATINGA

2023

Ana Luiza Loureiro Figueiredo

Laura de Sousa Lopes Vidal

Lívia Mara Magalhães

Maria Luiza Leal Chaves

**INFLUÊNCIAS DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR NO
COMPORTAMENTO SUICIDA: revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga como
requisito parcial à graduação no Curso de Medicina.

Prof. Orientador: Maurício Lacerda Caldeira Filho.

IPATINGA

2023

INFLUÊNCIAS DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR NO COMPORTAMENTO SUICIDA: revisão de literatura

Ana Luiza Loureiro Figueiredo¹; Laura de Sousa Lopes Vidal¹; Livia Mara Magalhães¹; Maria Luiza Leal Chaves¹; **Maurício Lacerda Caldeira Filho**²

1. Acadêmicas do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.
2. Docente do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientador do TCC.

RESUMO

Introdução: assim como os transtornos mentais, os transtornos de humor, com maior ênfase no transtorno afetivo bipolar, são considerados fatores preditores de suicídio em todo o mundo, repercutindo severamente na saúde e na qualidade de vida dos pacientes. **Objetivo:** descrever a relação entre o transtorno afetivo bipolar e o suicídio, buscando identificar os principais fatores preditores de ideação, tentativa e consumação do autoextermínio. **Métodos:** estudo de revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, cuja pesquisa bibliográfica se baseou em artigos científicos digitais e *e-books* oriundos de bancos de dados eletrônicos. **Revisão de literatura:** contemplou, a partir de abordagem descritiva e qualitativa, os principais assuntos relacionados ao tema explorado, tais como: o contexto do transtorno afetivo bipolar, suas características, fatores de risco, implicações, epidemiologia, classificação e tratamento; e as relações existentes entre transtorno afetivo bipolar e suicídio, evidenciando os conceitos de suicídio, ideação e tentativa suicida, além da incidência do suicídio e sua prevalência na população que sofre de transtorno afetivo bipolar. **Conclusão:** o transtorno afetivo bipolar se estabelece como um importante fator de risco para o comportamento suicida, exercendo influência na ideação, tentativa e consumação do suicídio.

Palavras-chave: Transtorno Afetivo Bipolar. Suicídio. Comportamento Suicida. Transtornos de Humor.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Bipolar (TB) ou Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma patologia com apresentações clínicas variadas que provocam mudanças extremas de humor. Pertence ao grupo de transtornos afetivos que, por sua vez, envolve alterações de humor ou afeto, interferindo no comportamento, sentimento e pensamento, o que acaba impactando diversas áreas da vida do indivíduo. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o transtorno afetivo bipolar é classificado em diversos tipos, entre os quais os tipos I e II são mais prevalentes e debatidos. O tipo I é marcado pela alternância entre episódios de

mania e depressão, e o tipo II entre hipomania e depressão (ROSA; LEÃO, 2021; ALVES *et al.*, 2022).

Trata-se de uma patologia multifatorial que acomete um número expressivo de indivíduos em todo o mundo, afetando tanto homens quanto mulheres. O tratamento do TAB consiste na combinação entre farmacoterapia, mudança de estilo de vida e psicoterapia. O quadro pode provocar diversas repercussões na saúde e qualidade de vida do indivíduo, impactando em seu convívio social e familiar. Há evidências que correlacionam o transtorno afetivo bipolar com o suicídio, considerado aproximadamente 20 vezes mais prevalente em portadores da doença do que na população em geral (MIRANDA-SCIPPA, 2020; ROSA; LEÃO, 2021).

O suicídio é um fenômeno complexo que envolve diversos fatores, sendo caracterizado como autoagressão que resulta em morte. Sua definição também agrupa a motivação, ideação, tentativa e consumação do ato, sendo a tentativa de suicídio o momento mais adequado para a intervenção em saúde e um importante antecessor da consumação do ato. Trata-se de uma problemática mundial, com fator de risco multifatorial, entre os quais se destacam a baixa escolaridade, doenças crônicas, desemprego, uso abusivo de álcool e drogas, falta de apoio social, estresse, e uma forte relação com os transtornos psíquicos (FÉLIX *et al.*, 2016; BOTTI *et al.*, 2019; SILVA; PUCCI, 2021).

Do ponto de vista terapêutico, é de extrema importância que as equipes de saúde obtenham preparo e atuem em conjunto visando uma abordagem ampla e multifatorial, melhorando a comunicação entre os profissionais e elaborando propostas de intervenção e prevenção. O principal fármaco utilizado no tratamento do TAB é o lítio, estabilizador de humor que possui amplo efeito protetor contra o suicídio (AMERIO, 2019; ALMEIDA *et al.*, 2020; BORBA *et al.*, 2020; ALVES *et al.*, 2022).

De acordo com a literatura, a maior parte das pessoas que cometem suicídio possui algum transtorno de humor, estimativas internacionais apontam uma porcentagem em torno de 90% de prevalência, quando somado os indivíduos com transtorno psicótico, de ansiedade, de personalidade e uso de substâncias psicoativas. Entre os transtornos de humor, destaca-se o transtorno afetivo bipolar, que representa cerca de 14% das mortes por suicídio. Essa alta taxa pode estar relacionada a múltiplos fatores, como a idade precoce de início do TAB, tentativas

mais letais e dificuldade de diagnóstico (AMERIO, 2019; BORBA *et al.*, 2020; MIRANDA-SCIPPA, 2020).

Diante do contexto apresentado, este estudo tem como objetivo principal descrever a relação entre o transtorno afetivo bipolar e o suicídio, buscando identificar os principais fatores preditores de ideação, tentativa e consumação do autoextermínio no contexto dos transtornos de humor.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, embasado pela pesquisa bibliográfica, de caráter descritivo e abordagem qualitativa.

A revisão de literatura caracteriza-se como uma publicação ampla e adequada à apresentação descritiva do desenvolvimento ou do “estado da arte” de um tema específico, sob a perspectiva teórica ou contextual (DURÃO, 2020).

Ao contrário de outros tipos de revisão da literatura, como a sistemática e a integrativa, onde os critérios de seleção, pesquisa e análise são rígidos e estabelecidos a partir de planejamentos previamente organizados e sistematizados, a revisão narrativa não incorpora regras ou critérios rígidos, sofisticados e exaustivos, dispensando o esgotamento das fontes de informação, assim como a limitação relativa de períodos temporais de pesquisas. Nesse modelo, a seleção, interpretação e análise dos resultados e conteúdos reunidos podem se processar a partir da subjetividade da perspectiva do pesquisador. A revisão narrativa se destina a descrever e discutir um determinado tema, assunto, evento ou problema no contexto teórico ou conceitual de suas características e aspectos mais pertinentes ao objetivo de pesquisa; é constituída pela consideração e análise da literatura presente em livros, artigos, periódicos, dissertações e teses publicados física e eletronicamente (SOUSA *et al.*, 2018; DURÃO, 2020).

No caso deste estudo, a pesquisa narrativa foi constituída por publicações eletrônicas, especialmente artigos, *e-books*, dissertações e teses, obtidas a partir de busca realizadas em bancos de dados digitais de produções científicas, como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS), e repositórios e bibliotecas virtuais, como Biblioteca Digital de Teses e Dissertações

(SCRIBD) do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Divisão de Bibliotecas e Documentação da (DBD) DA PUC-Rio, Agência de Bibliotecas e Coleções Digitais (ABCD-USP) e Sistema de Bibliotecas da UFMG.

As buscas foram realizadas a partir dos descritores: transtorno afetivo bipolar; transtorno bipolar; comportamento suicida; relação entre transtorno afetivo bipolar e suicídio; ideação e tentativa suicida; riscos de suicídio em transtornos de humor; suicídio em transtorno bipolar. Para a seleção dos materiais, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: publicações nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa; estudos publicados a partir do ano 2016; conteúdos pertinentes ao tema pesquisado e aos objetivos propostos; materiais disponíveis na íntegra e de forma gratuita. Após a etapa de busca, todas as publicações obtidas foram submetidas à leitura exploratória de seus títulos, resumos e conteúdos, viabilizando, assim, a seleção das publicações mais pertinentes ao alcance do objetivo de pesquisa. A lista das principais revistas científicas utilizadas na revisão de literatura, com suas respectivas classificações, fatores de impacto e bases de dados de armazenamento, está disposta no quadro constante no Apêndice A.

REVISÃO DE LITERATURA

CARACTERIZANDO O TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: FATORES DE RISCO E IMPLICAÇÕES

O transtorno afetivo bipolar é uma doença psiquiátrica crônica, grave, cíclica, altamente incapacitante e muito heterogênea em suas apresentações clínicas, com manifestações que vão além das alterações de humor que os indivíduos vivenciam em resposta aos altos e baixos de suas vidas. Implica episódios de humor em que o pensamento, emoções e comportamento de uma pessoa se alteram visivelmente durante um período considerável, afetando suas ações, relacionamentos e cotidiano. É um transtorno do humor caracterizado por episódios de mania, hipomania e depressão maior, sendo que na maioria dos pacientes apresenta predominância de um ou do outro tipo de episódio, separados por períodos de humor normal (MIRANDA-SCIPPA, 2020; DONG *et al.*, 2020; MILLER; BLACK, 2020; AYANO *et al.*, 2020; ROSA; LEÃO, 2021).

O TAB se inicia com uma fase aguda de sintomas marcados por recaídas e remissões repetidas. As remissões completas são frequentes, porém, muitos pacientes podem apresentar sintomas residuais e ter sua capacidade funcional prejudicada. Os episódios podem durar de algumas semanas até três a seis meses, sendo que as fases depressivas têm maior duração do que as maníacas e do que as hipomaníacas. Os períodos de tempo, compreendido entre o início de um episódio e começo do próximo, são chamados ciclos, e variam em duração de acordo com o paciente. Alguns indivíduos afetados com esse transtorno podem manifestar episódios infrequentes, ou seja, apenas alguns ao longo de toda a vida, enquanto outros apresentam uma ciclagem rápida, geralmente caracterizada com mais de quatro episódios por ano. Apenas uma minoria alterna entre mania e depressão em cada ciclo, pois, na maioria dos casos, um ou outro episódio prevalece (BOSAIPO; BORGES; JURUENA, 2017; ROWLAND; MARAWAHA, 2018; KATZ *et al.* 2020; MIRANDA-SCIPPA, 2020).

Em geral, a existência de instabilidade severa e cíclica de humor tende a provocar sua oscilação entre polos opostos, principalmente de depressão, incluindo tristeza profunda, insônia, perda de interesse e prazer em atividades, lentidão psicomotora, sentimento exagerado de culpa, comportamentos suicidas, e de mania, que pode compreender euforia, alegria exacerbada, sentimentos de bem-estar em demasia ou irritabilidade acentuada, aumento de energia e motivação, aceleração psicomotora. Os episódios maníacos constituem a característica fundamental da doença, implicando, assim, na sua existência como aspecto necessário ao diagnóstico de transtorno afetivo bipolar; no entanto, os episódios depressivos são notadamente os mais frequentes ao longo da vida dos portadores desse transtorno, e são os maiores responsáveis pelos prejuízos e sofrimentos dessas pessoas (DEL PORTO; GRINBERG, 2016; BOSAIPO; BORGES; JURUENA, 2017; DOME; RIHMER; GONDA, 2019; LIMA; ROLIM NETO, 2019).

A mania é definida como um transtorno de humor persistentemente elevado, com duração maior que sete dias, expansivo ou irritável, com obsessão, aumento perceptível da energia como autoestima inflada, sensação de grandiosidade, diminuição da demanda de sono, fala em demasia, fuga de ideias ou pensamentos acelerados, facilidade em se distrair, envolvimento excessivo em atividades com alto potencial para consequências negativas, como, por exemplo, gastar em festas, ou investir elevados valores financeiros sem retorno. Os pacientes em estado de mania

podem se envolver em múltiplas atividades de alto risco, não conseguindo, muitas vezes, desempenhar seus papéis primários como trabalho, escola e tarefas domésticas. Além disso, podem usar roupas chamativas e coloridas; todavia, esses pacientes tendem a acreditar que estão em seu melhor estado mental. Tais comportamentos resultam em atritos interpessoais e conflitos sociais que podem levar os pacientes a sentir que estão sendo tratados injustamente ou perseguidos. Como resultado, eles podem se tornar perigosos para si mesmos e para outras pessoas, principalmente os familiares (MORENO; MORENO, 2016; KATZ *et al.* 2020; GARCIA; MELGAÇO; TRAJANO, 2022; PORTO *et al.*, 2023).

A mania psicótica é a manifestação mais extrema desse tipo de episódio, com sintomas psicóticos. Os pacientes podem ter delírios com alucinações, e a labilidade de humor aumenta, com frequência e concorrendo para a irritabilidade crescente. Durante os episódios de mania psicótica, o paciente pode evoluir com perda completa do pensamento e comportamento coerentes (MORENO; MORENO, 2016; DEL PORTO; GRINBERG, 2016).

Tondo, Vásquez e Baldessarini (2017, p.363-354) observam que “[...] os estados de excitação maníaca podem variar muito em duração, de semanas a vários meses, e que formas mais graves de mania com excitação intensa e características psicóticas tendem a episódios relativamente longos”. Além disso, os estados melancólicos (depressivos), tanto dos transtornos bipolares quanto dos transtornos depressivos maiores, são geralmente mais longos que os ataques maníacos e, muitas vezes, podem persistir por anos e tendem a se tornar mais proeminentes que a mania em idades mais avançadas (TONDO; VÁSQUEZ; BALDESSARINI, 2017; AMERIO, 2019; DOME; RIHMER; GONDA, 2019).

A hipomania é uma variação menos intensa de mania, classificada por um episódio que dura mais que quatro dias, com um comportamento diferente do habitual do paciente quando não está em depressão maior. Semelhante à mania, porém, mais branda e sem psicose e delírios, o episódio hipomaníaco conduz a uma elevação de humor, com redução da demanda de sono à medida que a energia aumenta. Em alguns casos, não há comprometimento no funcionamento e ocupação social, entretanto, para alguns acometidos, a hipomania se manifesta com alta distração, irritabilidade e humor lábil (MORENO, 2016; BOSAIPO; BORGES; JURUENA, 2017; MIKOLAS *et al.*, 2021; MONSON *et al.*, 2021).

A depressão maior caracteriza-se por um período médio de duas semanas, com humor deprimido ou perda de interesse ou prazer, humor deprimido durante a maior parte do dia, perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada, pensamentos recorrentes de morte ou suicídio, tentativa de suicídio ou plano específico para o suicídio. As características psicóticas são mais comuns na depressão bipolar do que na depressão unipolar (LIMA; ROLIM NETO, 2019; MIKOLAS *et al.*, 2021; PORTO *et al.*, 2023).

As causas do transtorno afetivo bipolar são complexas e multifatoriais e, portanto, envolvem fatores tanto biológicos quanto ambientais, sociodemográficos e comportamentais (FRIES; PFAFFENSELLER; KAPCZINSKI, 2016). Os fatores de risco que mais colaboram para o desenvolvimento da patologia são: histórico familiar positivo, estresse psicológico intenso, uso abusivo de drogas recreativas e/ou álcool, mudanças de vida e experiências traumáticas idade entre 15 e 25 anos, devendo-se considerar que homens e mulheres possuem as mesmas chances de desenvolver a doença. É importante reforçar que o fator de risco de maior incidência e consistência para o transtorno afetivo bipolar é a história familiar positiva da doença, aumentando em magnitude segundo o grau de parentesco (FRIES; PFAFFENSELLER; KAPCZINSKI, 2016; ROWLAND; MARAWAHA, 2018; AYANO *et al.*, 2020; MILLER; BLACK, 2020; GARCIA; MELGAÇO; TRAJANO, 2022).

O transtorno afetivo bipolar traz maior risco de suicídio em comparação a outras doenças psiquiátricas, se associando ao comprometimento funcional, mortalidade prematura por doenças crônicas, e a prejuízos no funcionamento cognitivo, comportamento social, saúde laboral, qualidade de vida, alta sobrecarga clínica e de cuidados, além de custos sociais substanciais. A comorbidade é bastante comum, especialmente quando há associação a transtornos de ansiedade e uso de substâncias, visto que ambos se relacionam à piora da saúde física e da qualidade de vida, com maior probabilidade de tentativas de suicídio (CHARNEY *et al.*, 2020; KRAISS *et al.*, 2021; PORTO *et al.*, 2023).

EPIDEMIOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

A incidência do TAB se mostra variável em todo o mundo e, uma vez que sofre influência de diversos fatores, incluindo idade, gênero, genética, entre outros, se diferencia significativamente de um país para outro e até mesmo dentro de

regiões geográficas específicas. Alguns estudos sugerem que a incidência é mais alta em países ocidentais industrializados, devido ao maior acesso da população ao diagnóstico preciso da doença. Os padrões de incidência do TAB também variam por gênero, sendo que o TAB tipo I (com episódios maníacos) parece ocorrer igualmente em ambos os sexos, enquanto o tipo II (com episódios hipomaníacos) pode ser mais comum em mulheres. Ele pode se manifestar em diferentes idades, com início mais prevalente na adolescência ou no começo da idade adulta, mas também pode ocorrer em crianças e idosos. A forte predisposição genética para o TAB indica que a incidência é maior em pessoas com familiares de primeiro grau afetados, mas, além dos fatores genéticos, eventos estressantes da vida, uso abusivo de substâncias e comorbidades psiquiátricas são considerados fatores de risco elevado para a doença (MAGALHÃES; COSTA; PINHEIRO, 2016; MILLER; BLACK, 2020; ZAKOWICZ *et al.* 2021; ROSA; LEÃO, 2021)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que os transtornos mentais graves afetem 350 milhões de pessoas em todo o mundo, incluindo transtorno afetivo bipolar, depressão maior e esquizofrenia, e impõem a esses pacientes uma expectativa de vida de 10 a 20 anos menor do que a da população geral. Dados da OMS também mostram que, globalmente, o transtorno afetivo bipolar acomete 30 milhões de indivíduos, com uma prevalência ao longo da vida de 0,6% do tipo I, de 0,4% para o tipo II e de 2,4% para o espectro da doença, independentemente da nacionalidade, origem étnica ou *status* socioeconômico. Entretanto, esses números podem ser ainda maiores. Estudos revelam que a prevalência mundial do TAB é de 1,3% a 5,0% durante a vida e de 2,9% a 3,9 na juventude, sendo que, somente em 2017, cerca de 46 milhões de indivíduos foram diagnosticados com a doença, com estimativas de que 4,3% dos pacientes de cuidados primários foram afetados (MILLER; BLACK, 2020; CRUZ *et al.*, 2022; GARCIA; MELGAÇO; TRAJANO, 2022; HU *et al.*, 2023; BRUNETTE *et al.*, 2023; PORTO *et al.*, 2023).

No Brasil, informações do Ministério da Saúde, referentes à apresentação do quadro no decorrer da vida, apontam para uma média de prevalência de 1% incluindo todas as tipologias da doença. Esse cenário indica que a incidência e a sintomatologia justificam o fato do TAB ser considerado uma das condições de saúde com maior potencial de incapacidade e abranger uma parcela significativa das populações clínicas de saúde mental, incluindo o Brasil (BOSAIPO; BORGES;

JURUENA, 2017; LIMA; ROLIM NETO, 2019; MIRANDA-SCIPPA, 2020; GARCIA; MELGAÇO; TRAJANO, 2022; PORTO *et al.*, 2023).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), referências amplamente utilizadas por profissionais de saúde mental para diagnóstico de transtornos psiquiátricos, estabelece os critérios para classificação do transtorno afetivo bipolar. No TAB tipo I, os critérios incluem pelo menos um episódio maníaco com duração mínima de sete dias ou de gravidade suficiente para requerer hospitalização; episódios mistos, ou seja, sintomas maníacos e depressivos ao mesmo tempo; ou um episódio maníaco seguido de um episódio depressivo maior. Já entre os critérios para o TAB tipo II está a ocorrência de episódio hipomaníaco por, no mínimo, quatro dias, associada a, pelo menos, um episódio depressivo maior, não tendo ocorrido episódio maníaco. No tipo ciclotímico, os critérios se referem a períodos de sintomas hipomaníacos com duração de pelo menos dois anos em adultos e um ano em crianças e adolescentes e períodos de sintomas depressivos que duram, no mínimo, dois anos em adultos e um ano em crianças e adolescentes. Além desses, são considerados outros quatro tipos menos comuns, mas que também repercutem negativamente na saúde mental e na qualidade de vida dos pacientes: TAB e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento; TAB e transtorno relacionado devido a outra condição médica; TAB e transtorno relacionado especificado; e TAB e transtorno relacionado não especificado (Quadro 1) (PRATES; KUNZ, 2016; BOSAIPO; BORGES; JURUENA, 2017; MILLER; BLACK, 2020; DONG *et al.*, 2020; PORTO *et al.*, 2023).

Nesse contexto, cabe acrescentar que: “Apenas 20% dos pacientes com transtorno bipolar que apresentam episódio depressivo maior são diagnosticados com transtorno bipolar no primeiro ano de tratamento”; e o atraso médio no diagnóstico tem sido relatado em cinco a 10 anos desde o início da doença (MILLER; BLACK, 2020, p.1).

Quadro 1: Classificação do transtorno afetivo bipolar e transtornos relacionados.

Transtorno	Definição
Transtorno bipolar tipo I	Distúrbio de humor em que se verifica a ocorrência de pelo menos um episódio maníaco, que pode ter sido precedido ou sucedido de episódios hipomaníacos ou depressivos.
Transtorno bipolar tipo II	Distúrbio de humor recorrente, constituído por um ou mais episódios depressivos maiores e pelo menos um episódio hipomaníaco.
Transtorno ciclotímico	Distúrbio de humor fluuante, com períodos com sintomas hipomaníacos que não são critérios para um episódio hipomaníaco; e períodos com sintomas depressivos que não são critérios para um episódio depressivo maior.
Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento	Distúrbio de humor com as mesmas características de mania, hipomania ou depressão, mas os sintomas se desenvolveram durante ou logo após a intoxicação por substância ou exposição a uma medicação, e a substância ou medicamento envolvido é capaz de produzir tais sintomas.
Transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica	Distúrbio de humor que ocorre como consequência fisiopatológica direta de outra condição médica, comprovada por evidências provenientes da história clínica, de exames físicos ou laboratoriais.
Transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado	Apresenta sintomas característicos do transtorno bipolar e transtorno relacionado (que causam sofrimento clinicamente significativo, prejuízo nas áreas social, ocupacional e outras), mas não atendem aos critérios de qualquer tipo de transtorno dessa classe.
Transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado	Apresenta sintomas característicos do transtorno bipolar e transtorno relacionado (que causam sofrimento clinicamente significativo, prejuízo nas áreas social, ocupacional e outras), mas não atendem aos critérios de qualquer tipo de transtorno dessa classe; não há informação suficiente para um diagnóstico mais específico.

Fonte: *American Psychiatric Association* (2014).

A literatura relata que o transtorno bipolar permanece pouco reconhecido e subdiagnosticado, aspecto que contribui para o tratamento inadequado ou tardio, sendo impulsionador para graves sinais, sintomas e situações. Nesse sentido, o diagnóstico preciso e prévio depende fortemente de uma anamnese psiquiátrica bem colhida, incluindo história familiar e medicações em uso, exame psíquico, além da observação atenta do espectro de caracterização dos tipos relacionados à classificação da doença, descartar causas clínicas e/ou uso de substâncias e drogas. Se possível, colher informações também com familiares ou cuidadores na ausência do paciente (APA, 2014; BOBO, 2017).

A abordagem terapêutica deve considerar que se trata de uma condição crônica com episódios de agudização recorrentes. A maioria dos pacientes, se não

todos, necessitará de tratamento tanto na fase aguda, quanto na manutenção. Portanto, uma abordagem multidisciplinar de longa data está indicada. O tratamento pode incluir intervenções psicossociais como a psicoeducação, psicoterapia (com destaque para a terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia de família, terapia interpessoal), a estruturação da rotina, adaptando os horários de sono, alimentação, prática de atividade física e o apoio social. É importante ainda avaliar a presença de comorbidades e descontinuar medicações antidepressivas, estimulantes, incluindo cafeína e drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool). Na presença de comorbidades, deve-se lembrar que a prioridade é, em primeiro lugar, estabilizar o humor para depois tratar as comorbidades. Objetivo de curto prazo: tratar os episódios depressivos, maníacos ou mistos, buscando sua remissão. Objetivo de longo prazo: profilaxia da recorrência e manutenção (NEVES; LIMA; MALLOY-DINIZ, 2016; CANMAT, 2018; GAMA *et al.*, 2016).

O tratamento farmacológico de primeira escolha envolve estabilizadores de humor, anticonvulsivantes e antipsicóticos atípicos. Estabilizadores de humor são fundamentais em todas as fases do tratamento, o ideal é com eficácia antidepressiva e antimaníaca. O lítio é padrão ouro, considerado o melhor estabilizador de humor na profilaxia do TAB, um medicamento que se baseia na atividade serotoninérgica, sobretudo, por meio de sua ação nos receptores 5-HT₁, levando ao aumento dos níveis de serotonina no organismo, diminuindo os sintomas agressivos e impulsivos e, assim, reduzindo os comportamentos suicidas e os sinais típicos. A latência de resposta antimaníaca é de duas a três semanas. A medicação apresenta boa resposta para os quadros de mania e moderado efeito antidepressivo, a dose do fármaco deve ser titulada de acordo com a litemia (os níveis séricos devem estar entre 0,8 e 1,2 mEq/L), a coleta de sangue deve ser feita entre quatro e sete dias após o início do tratamento e após dez a catorze horas de jejum. A litemia deve ser repetida sempre que houver dúvida sobre a eficácia, a toxicidade e a adesão. Contraindicações absolutas: IAM recente, arritmias cardíacas graves, psoríase e insuficiência renal aguda. Efeitos colaterais comuns: tremor fino de membros superiores, náusea, polidipsia, poliúria, ganho de peso e acne. Um quinto dos pacientes de longo prazo pode desenvolver hipotireoidismo. Exames: litemia (estreita faixa terapêutica) e função tireoidiana (CANMAT, 2018; GAMA *et al.*, 2016; MALHI; GESSLER; OUTHRED, 2017).

Outro estabilizador muito usado é o ácido valproico, com boa ação antimaniaca e em comorbidades com transtornos ansiosos e por uso de álcool ou outras substâncias. É a primeira opção em alternativa ao lítio na mania aguda. Pode haver melhora clínica em cerca de uma semana de tratamento, níveis séricos entre 45 e 125 microgramas/mL são adequados, os possíveis efeitos colaterais são náusea, tremores dose-dependentes, aumento do apetite e peso, queda ou modificação na estrutura dos cabelos, elevação discreta das transaminases. Exames a serem solicitados: enzimas hepáticas e hemograma (raros casos de hepatotoxicidade aguda). A carbamazepina também é um excelente estabilizador de humor, sua eficácia é maior em manias disfóricas e ciclagem rápida, é opção para casos menos graves, boa eficácia profilática, mas baixa antidepressiva. A lamotrigina possui papel adjuvante no tratamento da depressão bipolar e na profilaxia dos episódios depressivos. Não há evidência sobre a prevenção dos episódios maníacos. Nos episódios agudos, associa-se antipsicóticos e estabilizadores do humor. Para eficácia antimaniaca, os melhores são quetiapina, olanzapina, risperidona, ziprasidona e aripiprazol. Para eficácia antidepressiva, os melhores são quetiapina e olanzapina. Em casos refratários deve-se optar pela clozapina. Os efeitos colaterais dos antipsicóticos atípicos são obesidade e síndrome metabólica. Os benzodiazepínicos são usados de forma a auxiliar no tratamento da insônia, agitação ou comorbidade. A eletroconvulsoterapia é indicada na mania refratária e é a primeira escolha em depressões com estupor grave ou com alto risco de suicídio, assim como nas depressões psicóticas. É o tratamento de primeira escolha para gestantes. Os antidepressivos devem ser evitados, pois podem induzir episódios de mania ou hipomania. Seu uso é reservado quando as estratégias de primeira linha não são eficazes no tratamento ou na profilaxia dos episódios depressivos. Quando escolhidos, há preferência pela bupropiona ou pelos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) (CANMAT, 2018; GAMA *et al.*, 2016; LJUBIC *et al.*, 2021; PORTO *et al.*, 2023).

Quando não tratados, os portadores de transtorno afetivo bipolar podem apresentar baixa expectativa de vida, com uma redução de vida entre nove e 17 anos em comparação à estimativa de vida da população geral. Muito embora o maior número de casos de morte em pessoas com a doença possa ser atribuído a causas naturais, como por exemplo, doenças cardiovasculares ou diabetes, e não naturais, o suicídio apresenta grande prevalência nesse grupo de indivíduos,

indicando que o transtorno afetivo bipolar se encontra fortemente ligado à ideação suicida, tentativas e consumação do suicídio (NEVES; LIMA; MALLOY-DINIZ, 2016; MIRANDA-SCIPPA, 2020; DOME; RIHMER; GONDA, 2019; KATZ *et al.*, 2020).

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR COMO FATOR PREDITOR DO SUICÍDIO

O suicídio caracteriza-se como fenômeno multifatorial praticado de forma consciente por meio de um ato voluntário para colocar fim à própria vida. O termo "suicídio" deriva do latim, da aglutinação das palavras "sui" (próprio) e "caedere" (matar), significando "matar a si mesmo". Geralmente, o suicídio está associado a problemas emocionais, psicológicos ou sociais profundos, como depressão, ansiedade generalizada, solidão, abuso de álcool e drogas ou questões pessoais insuportáveis, ou até a um conjunto desses fatores. Entretanto, não se pode descartar a forte relação que o suicídio mantém com doenças ou transtornos de origem psicológica, como transtorno de bipolaridade, esquizofrenia, depressão maior, Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), entre outros (FÉLIX *et al.*, 2016; DOME; RIHMER; GONDA, 2019; ALMEIDA *et al.*, 2020; MILLER; BLACK, 2020; MONSON *et al.*, 2021).

A pessoa que tem ideias suicidas, muitas vezes, demonstra de algumas formas os seus sentimentos, por meio de mudança drástica de comportamento, uso descontrolado de álcool; desorganização na fala a respeito de assuntos pessoais, isolamento social e/ou falta de expressões, sentimento de inutilidade ou culpa intensa. O indivíduo que fala abertamente sobre morrer, e expressa sua falta de interesse em viver, é tipicamente alguém em que tem ou terá ideias suicidas, necessitando, portanto, de medidas de cuidados psiquiátricos. Trata-se de uma situação complexa e grave, que exige apoio e intervenção adequada, não somente de profissionais da saúde, mas principalmente daqueles que fazem parte da convivência diária (FÉLIX *et al.*, 2016; BORBA *et al.*, 2020; ALMEIDA *et al.*, 2020; SILVA; PUCCI, 2021; ALVES *et al.*, 2022).

A ideação suicida é definida como pensamentos sobre a morte com ou sem qualquer intenção de executar a ação, podendo ser de intensidade variável, variando de pensamentos fugazes ocasionais à ruminação sobre a própria morte e um plano atual ou futuro para cometer suicídio. A tentativa de suicídio se refere ao ato autolesivo cometido com pelo menos alguma intenção de morrer, acarretando em

morte ou não. Às vezes, mesmo que um indivíduo negue a intenção, é possível inferi-la clinicamente a partir das circunstâncias ou do comportamento. A tentativa interrompida ocorre quando o indivíduo é interrompido e impedido por circunstâncias externas de iniciar o comportamento autolesivo; essas tentativas são relatadas como sendo três vezes mais propensas a culminar em suicídio do que as tentativas ininterruptas. Por sua vez, a tentativa abortada ocorre quando o indivíduo inicia o ato suicida, mas se interrompe antes que qualquer comportamento destrutivo tenha sido concluído. Um aspecto crítico da definição de uma tentativa abortada é que a pessoa não apenas teve ideiação suicida com um plano detalhado e disponibilidade do método idealizado, mas também tomou medidas reais para iniciar um ato suicida, estando, assim, em perigo iminente de agir antes de decidir contra ela (DONG *et al.*, 2020; KATZ *et al.*, 2020; MONSON *et al.*, 2021; HU *et al.*, 2023).

O suicídio pode ser considerado um importante problema de saúde pública, pois a sua incidência tem tido um aumento significativo nos últimos anos. Na população geral, ocorrem cerca de 800 mil a 1 milhão de mortes anuais por suicídio, em escala global (ALMEIDA *et al.*, 2020).

Portadores de transtorno afetivo bipolar apresentam elevadas taxas de tentativa de suicídio, quase o dobro daquelas relacionadas à depressão maior, e de morte por suicídio, em torno de 15% a 20%, maior do que quase todos os transtornos, perdendo apenas para esquizofrenia, que lidera em 1º lugar. Além disso, há um risco estimado de suicídio de 0,4% ao ano entre pacientes com transtorno afetivo bipolar, se mostrando 23 vezes maior que as taxas da população geral que são estimadas em 0,017%; e a taxa de mortalidade por suicídio em pacientes não tratados é de 10 a 30 vezes superior à da população geral. É estimado ainda que 50% das pessoas com transtorno afetivo bipolar tentam suicídio ao menos uma vez na vida, e entre 11% e 19% atingem esse objetivo. Esse cenário sugere uma elevação potencial do risco biológico de suicídio específico para transtorno afetivo bipolar. No entanto, apesar de haver uma alta frequência de suicídio entre esses pacientes, muitos deles nunca tentaram suicídio e, por isso, entende-se que pode haver diferentes subgrupos entre esses indivíduos (DOME; RIHMERE; GONDA, 2019; MIRANDA-SCIPPA, 2020; KATZ *et al.*, 2020; MILLER; BLACK, 2020; MONSON *et al.*, 2021; ZAKOWICZ *et al.*, 2021; ALVES *et al.*, 2022).

É relevante ressaltar que 50% dos jovens com transtorno bipolar tentarão o suicídio até os 18 anos de idade, constituindo, assim, um grupo-chave de risco para

esforços direcionados à prevenção do suicídio. Embora os comportamentos suicidas tendam a atingir o pico na adolescência, a tendência suicida em crianças mais novas com TAB também se mostra altamente prevalente: crianças bipolares relatam taxas de pensamentos e comportamentos suicidas que variam de 20% a 55% em amostras pediátricas (WEINSTEIN *et al.*, 2018).

A taxa anual estimada de suicídio em pacientes com TAB é de cerca de 200 a 400/100 mil pessoas, sendo que os transtornos bipolares tipo I e II estão entre os tipos mais comuns e que mais se relacionam ao suicídio. Apesar da incidência de tentativa de suicídio ser maior em pacientes com transtorno afetivo bipolar, a proporção entre tentativas de suicídio e mortes por suicídio é muito menor para esses pacientes do que para a população geral. Informações consideravelmente intrigantes, e até ambíguas, dão conta de que uma possível razão para essa discrepância, é que indivíduos com TAB geralmente empregam métodos de suicídio mais letais em comparação àqueles utilizados por outros indivíduos membros da população em geral (DOME; RIHMER; GONDA, 2019; MILLER; BLACK, 2020; ZAKOWICZ *et al.*, 2021).

Também é relevante considerar que as causas do suicídio são múltiplas e complexas e que, muito embora o transtorno afetivo bipolar se apresente como um importante gatilho, isoladamente, não basta para explicar o comportamento suicida sem a interação de outros fatores, como gravidade da doença, desesperança, impulsividade, hostilidade e agressividade. Na maioria dos casos, suicídio e comportamento suicida resultam da combinação de fatores de risco individuais, estressores precipitantes e características mais preponderantes da doença naquele momento. Portanto, é importante compreender que, além dos principais transtornos do humor, como o transtorno afetivo bipolar, por exemplo, outros fatores de risco, que incluem características clínicas especiais da doença mental e alguns aspectos demográficos, familiares e de personalidade, devem contribuir para a tendência suicida, que, por isso, deve ser considerada um fenômeno de causas multifatoriais (DOME; RIHMER; GONDA, 2019; KATZ *et al.*, 2020; ZAKOWICZ *et al.*, 2021; MONSON *et al.*, 2021).

O risco de suicídio no transtorno bipolar é variável, dependendo das características e da fase da doença. O comportamento suicida está relacionado principalmente às fases deprimidas e mistas da doença, e os episódios de depressão maior estão associados ao maior risco de suicídio, seguidos dos

episódios mistos e, finalmente, dos episódios maníacos, que mantêm estrita relação com o menor risco de suicídio. Pacientes com transtorno bipolar de ciclagem rápida também correm um risco maior de tentarem ou cometerem suicídio em comparação àqueles com ciclagens lentas (MILLER; BLACK, 2020; ROSA; LEÃO, 2021; ALVES *et al.*, 2022). A esse respeito, cabe observar que “O risco de suicídio aumenta entre pacientes bipolares com maior duração da doença não tratada. Esse achado é atribuído a uma maior frequência e duração da depressão” (MILLER; BLACK, 2020, p.2).

O estudo exploratório-descritivo, de abordagem prospectiva, realizado por Zakowicz *et al.* (2021) teve objetivo de identificar um potencial método auxiliar na avaliação da predisposição individual dos pacientes com transtorno afetivo bipolar agir de acordo com ideias suicidas, e incluiu 60 indivíduos (39 mulheres e 21 homens), com idades entre 18 e 70 anos, diagnosticados com a doença, mas sem problemas somáticos e neurológicos graves, com duração da doença variando entre um e 49 anos (média de 16,5 anos). Entre os resultados, foi verificado que houve 17 tentativas de suicídio entre os participantes, que podem ter sido influenciadas por diversos fatores combinados, como histórico de internações psiquiátricas, histórico familiar de suicídio e tentativas, abuso de drogas e álcool em períodos recentes e episódios prolongados de depressão, indicando que, isoladamente, a impulsividade não se configura como um forte preditor. Além disso, o estudo constatou que as mulheres tendem a ter uma tomada de decisão mais segura e maior preocupação antecipatória, sentimentalismo e empatia, apresentando menor risco de suicídio em comparação aos homens.

Por meio de estudo clínico randomizado, Katz *et al.* (2020) buscaram analisar a influência do transtorno afetivo comórbido no comportamento suicida, a partir de uma amostra de 482 pacientes com transtornos tipo I e II, com pelo menos sintomas leves iniciais, todos com mais de cinco anos de duração da doença e tratados em 10 diferentes instituições clínicas especializadas. O estudo revelou que 25,3% dos pacientes apresentaram tendência suicida de elevado risco, estando associada a diversos fatores como tentativa anterior de suicídio, transtorno de ansiedade comórbido, tabagismo, hospitalização psiquiátrica anterior e uso de substâncias comórbidas no último ano. O estudo concluiu que, mesmo isoladamente, o transtorno afetivo bipolar constitui um fator de risco para o suicídio, mas que, quando

ocorre conjuntamente com o transtorno de estresse pós-traumático, a probabilidade de comportamento suicida aumenta expressivamente.

Cabe mencionar também o estudo observacional, de abordagem quantitativa, publicado por Rosa e Leão (2021), cujo propósito foi correlacionar o risco de suicídio com a intensidade da dor crônica de pacientes com transtorno afetivo bipolar, utilizando uma amostra composta por 60 pacientes, com média de idade de 10 anos e tempo médio de tratamento de 13 anos. Os resultados indicaram que a tentativa de suicídio (pelo menos uma após o diagnóstico da doença) foi relatada por 57% dos participantes, constatando ainda que a intensidade dessa dor crônica apresentou correlação significativa com o risco de suicídio. Por fim, o estudo concluiu que, em face da gravidade da doença e sua relação direta com o comportamento suicida, o diagnóstico tardio e o elevado número de internações psiquiátricas vivenciadas pelos pacientes com TAB são fatores que colaboram com risco aumentado de tentativas e cometimento de suicídio, assim como com a morbidade e mortalidade desses indivíduos.

Pacientes com transtorno afetivo bipolar passam aproximadamente a metade da vida como sintomáticos, principalmente com episódios depressivos ou sintomas depressivos subsindrômicos, o que aumenta potencialmente o risco de suicídio. A polaridade predominante da doença pode ser utilizada como forma prever o risco de suicídio, com a depressão predominante apresentando o maior risco. Estados mistos com depressão predominante também apresentam uma associação marcadamente aumentada com suicídio, e a polaridade predominante no episódio inicial do transtorno também pode ser usada para a previsão da polaridade dos episódios subsequentes. Nesse sentido, é sugerido que o uso da polaridade predominante pode ser útil para a seleção do tratamento de manutenção apropriado com estabilizadores de humor para depressão, ou estabilizadores de humor e/ou antipsicóticos para mania, funcionando como ação preventiva às tentativas de suicídio (MIRANDA-SCIPPA, 2020; MILLER; BLACK, 2020; DONG *et al.*, 2020; ZAKOWICZ *et al.*, 2021).

De forma geral, os fatores de risco do suicídio no transtorno afetivo bipolar incluem variáveis sociodemográficas, de história clínica, comorbidades psiquiátricas e genéticas. Entre os fatores sociodemográficos estão: homens com taxas mais elevadas de suicídio consumado; mulheres com maiores taxas de tentativas de suicídio; indivíduos caucasianos; solteiros; viúvos ou divorciados; morando sozinhos;

sem filhos; idade mais jovem (menos de 35 anos), idade avançada (75 anos ou mais); e em situação de desemprego. A história clínica inclui: histórico de tentativas anteriores de suicídio; história familiar de tentativa ou suicídio consumado; ideação suicida; polaridade depressiva predominante; episódio depressivo maior persistente; fase da doença apresentando depressão, mista, mania disfórica, mania pura e eutímia; subtipo de ciclagem rápida; idade de início mais precoce; estágio inicial do curso da doença; maior duração da doença não tratada; número de episódios depressivos; hospitalizações anteriores; comorbidade médica concomitante; e sintomas psicóticos incongruentes com o humor. A comorbidade psiquiátrica se refere a transtornos de personalidade: limítrofe, antissocial, histriônico, narcisista. Já os fatores genéticos são: RNA não codificante e genes relacionados à serotonina. Outros fatores contemplam transtornos por uso de álcool e drogas, abuso e negligência na infância, comportamento agressivo ou impulsivo, traços de personalidade disfuncionais, e ausência ou fraco apoio social (DOME; RIHMER; GONDA, 2019; PLANS *et al.*, 2019; MILLER; BLACK, 2020; KATZ *et al.*, 2020).

É relevante atentar para o fato de que mais da metade dos indivíduos bipolares que cometem suicídio não estão em tratamento no momento da morte. Além disso, as tentativas de suicídio desses pacientes apresentam maior letalidade do que qualquer outro transtorno psiquiátrico, sendo que a proporção de tentativas de suicídio em relação ao suicídio consumado no transtorno bipolar é de um em cada três indivíduos, enquanto na população em geral é de um em cada 35 indivíduos. Por isso, os pacientes bipolares não apenas carregam cargas muito maiores de depressão em comparação a outros transtornos psiquiátricos, como também fazem tentativas mais letais, o que contribui significativamente para a alta taxa de conclusão do suicídio, reforçando a relação da doença com o autoextermínio ou sua tentativa (PLANS *et al.*, 2019; MIRANDA-SCIPPA, 2020; MILLER; BLACK, 2020)

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou verificar que o transtorno afetivo bipolar se estabelece como um importante fator de risco para o comportamento suicida, exercendo influência na ideação, tentativa e consumação do suicídio, evidenciando, assim a plena consecução do objetivo de pesquisa proposto.

Foi possível compreender que o transtorno afetivo bipolar, assim como outros transtornos de humor, depressão e ansiedade, mantém uma estrita relação com ações e comportamentos autolesivos, perdendo apenas para a esquizofrenia. Com pensamentos e desejos suicidas, que podem culminar em desfecho de suicídio e que, por isso, requer cuidados constantes e tratamento psiquiátrico e farmacológico adequados, como medidas de prevenção aos riscos associados e de proteção ao paciente. Nesse sentido, é importante destacar que, conforme exposto, os riscos de comportamento suicida, assim como de perdas funcionais, são mais elevados nos indivíduos não tratados em comparação àqueles que recebem tratamento e apoio contínuo. Também cabe refletir acerca das características, fatores de risco e repercussões do transtorno afetivo bipolar, visto que se trata de uma doença complexa, de grande magnitude e que provoca inúmeras consequências, na saúde, comportamento e qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

Por fim, cabe explicitar que, apesar de suas limitações, o presente estudo pode contribuir para a elaboração de pesquisas mais consistentes e aprofundadas acerca do tema, sendo que, por outra perspectiva, serviu como ponto de reflexão e aprendizado a respeito de assuntos que demonstram grande relevância para os acadêmicos e profissionais da área da saúde, especialmente para aqueles que estudam ou trabalham com saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Thainara Kauanne Pacheco; OLIVEIRA, Monique Maiara Almeida de; FERNANDES, Flávia Emília Cavalcante Valença; SANTOS, Nadja Maria dos. Prevalência da tentativa de suicídio e os fatores associados em pacientes com transtorno psíquico. *Archives of Health Sciences*, v. 27, n. 1, p.51-55, 2020.

ALVES, Vanessa Nunes; RÉGO, Tatyane Heitmann Mares; NADAI, Eduarda Pinheiro de; MACHADO, Yuri de Castro. Análise da eficácia do lítio na prevenção de suicídio em pacientes com transtornos do humor: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 15, e88111537054, 2022.

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5ª ed.; M.I., Trad. Porto Alegre: Artmed; 2014.

AMERIO, Andrea. *Suicide risk in comorbid bipolar disorder and obsessivecompulsive disorder: a systematic review*. *Indian Journal of Psychological Medicine*, v. 14, n. 2, p.133-137, 2019.

AYANO, Getinet; SHUMET, Shegaye; TESFAW, Getachew; TSEGAY, Light. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of bipolar disorder among homeless people. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, p.1-10, 2020.

BOBO, William V. *The diagnosis and management of bipolar I and II disorders: clinical practice update*. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 92, n. 10, p.1532-1551, 2017.

BORBA, Letícia de Oliveira; FERREIRA, Aline Cristina Zerwes; CAPISTRANO, Fernanda Carolina; KALINKE, Luciana Puchalski; MAFTUM, Mariluci Alves; MAFTUM, Gustavo Jorge. Fatores associados à tentativa de suicídio por pessoas com transtorno mental. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, e1284, 2020.

BOSAPO, Nayanne Beckmann; BORGES, Vinícius Ferreira; JURUENA, Mario Francisco. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. **Medicina**, v. 50, supl. 1, p.72-84, 2017.

BOTTI, Nadja Cristiane Lappann; SILVA, Aline Conceição; CANTÃO, Luiza; DIAS, Thais Gonçalves; CASTRO, Ramon Azevedo Silva de; ASSUNÇÃO, Júlia Esteves de. Ideação suicida e tentativa de suicídio entre pessoas em tratamento psiquiátrico. **Psicologia em Revisão**, v. 25, n. 3, p.1135-1151, 2019.

BRUNETTE, Mary F.; GOWARTY, Minda A.; GAUGHAN-MAHER, Ashley E.; PRATT, Sarah I.; ASCHBRENNER, Kelly A.; CONSIDINE-SWEENEY, Sheila *et al.* Health status of young adults with serious mental illness enrolled in integrated care. **Early Intervention in Psychiatry**, v. 17, n. 2, p.167-176, 2023.

CHARNEY, Alexander W.; MULLINS, Niamh; PARK, You Jeong; XU, Jonathan. *On the diagnostic and neurobiological origins of bipolar disorder*. **Translational Psychiatry**, v. 10, n. 118, p.1-10, 2020.

CRUZ, Joana; LI, Guangquan; ARAGON, Maria Jose; COVENTRY, Peter A.; JACOBS, Rowena; PRADY, Stephanie L.; WHITE, Piran C. L. *et al.* Association of environmental and socioeconomic indicators with serious mental illness diagnoses identified from general practitioner practice data in England: a spatial Bayesian modeling study. **PLoS Medicine**, v. 19, n. 6, e1004043, 2022.

DEL PORTO, José Alberto; GRINBERG, Luiz Paulo. Estados mistos e ciclagem rápida. In: KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João. **Transtorno bipolar: teoria e clínica**. [e-PUB]. Porto Alegre: Artmed, 2016.

DOME, Peter; RIHMER, Zoltan; GONDA, Xenia. *Suicide risk in bipolar disorder: a brief review*. **Medicina**, v. 55, n. 8, e403, 2019.

DONG, Min; LU, Li; ZHANG, Ling; ZHANG, Qinge; UNGVARI, Gabor S.; NG, Chee H. *et al.* Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 29, n. 63, p.1-9, 2020.

FÉLIX, Tamires Alexandre; OLIVEIRA, Eliany Nazaré; LOPES, Marcos Vinícios de Oliveira; PARENTE, José Reginaldo Feijão; DIAS, Maria Socorro de Araújo; MOREIRA, Roberta Magda Martins. Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. **Revista Contexto & Saúde**, v. 16, n. 31, p.173-185, 2018.

FRIES, Gabriel Rodrigo; PFAFFENSELLER, Bianca; KAPCZINSKI, Flávio. Fisiopatologia do transtorno bipolar: novas tendências. In: KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João. **Transtorno bipolar: teoria e clínica**. [e-PUB]. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GAMA, Clarissa Severino; GOLDANI, André Akira Sueno; FIJTMAN, Adam; ROSA, Adriane R. Tratamento farmacológico do transtorno bipolar. In: KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João. **Transtorno bipolar: teoria e clínica**. [e-PUB]. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GARCIA, Bruno Nogueira; MELGAÇO, Thayusa Rayan Passos; TRAJANO, Andreza Gonçalves. Perspectivas epidemiológicas, clínicas e terapêuticas do transtorno bipolar em comorbidade com o uso de drogas: revisão de literatura em língua portuguesa. **Debates em Psiquiatria**, v. 12, p.1-23, 2022.

KATZ, Douglas; PETERSEN, Timothy; AMADO, Selen; KUPERBERG, Maya; DUFOUR, Steven; RAKHILIN, Marina *et al.* *An evaluation of suicidal risk in bipolar patients with comorbid posttraumatic stress disorder*. **Journal of Affective Disorders**, v. 266, p.49-56, 2020.

KRAISS, Jannis T.; KLOOSTER, Peter M. ten; FRYE, Emily; KUPKA, Ralph W.; BOHLMMEIJER, Ernst T. *Exploring factors associated with personal recovery in bipolar disorder*. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v. 94, n. 3, p.667-685, 2021.

LIMA, Nádia Nara Rolim; ROLIM NETO, Modesto Leite. O transtorno bipolar do humor em pacientes atendidos em unidade básica de saúde. **ID onLine Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 13, n. 48, p.796-806, 2019.

LJUBIC, Nemanja; UEBERBERG, Bianca; GRUNZE, Heinz; ASSION, Hans-Jörg. *Treatment of bipolar disorders in older adults: a review*. **Annals of General Psychiatry**, v. 20, n. 1, 1-11, 2021.

MAGALHÃES, Pedro Vieira da Silva; COSTA, Marta Haas; PINHEIRO, Ricardo Tavares. Epidemiologia do transtorno bipolar. In: KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João. **Transtorno bipolar: teoria e clínica**. [e-PUB]. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MALHI, Gin S.; GESSLER, Danielle; OUTHRED, Tim. *The use of lithium for the treatment of bipolar disorder: recommendations from clinical practice guidelines*. **Journal of Affective Disorders**, v. 217, p.266-280, 2017.

MIKOLAS, Pavol; BRÖCKEL, Kyra; VOGELBACHER, Christoph; MÜLLER, Dirk K.; MARXEN, Michael; BERNDT, Christina *et al.* *Individuals at increased risk for development of bipolar disorder display structural alterations similar to people with manifest disease*. **Translational Psychiatry**, v. 11, n. 1, 485, 2021.

MILLER, Jacob N.; BLACK, Donald W. *Bipolar disorder and suicide: a review. Annals of General Psychiatry*, v. 22, n. 2, p.1-10, 2020.

MIRANDA-SCIPPA, Ângela. Transtorno bipolar e suicídio. **Medicina Interna de México**, v. 36, n. 1, p.6-8, 2020.

MONSON, Eric T.; SHABALIN, Andrey A.; DOCHERTY, Anna R.; DIBLASI, Emily; BAKIAN, Amanda V.; LI, Qingqin S. *et al. Assessment of suicide attempt and death in bipolar affective disorder: a combined clinical and genetic approach. Translational Psychiatry*, v. 11, n. 1, p.1-8, 2021.

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld. Mania. In: KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João. **Transtorno bipolar: teoria e clínica. [e-PUB]**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

NEVES, Fernando Silva; LIMA, Isabela Maria Magalhães; MALLOY-DINIZ, Leandro F. Tratamento psicoterápico do transtorno bipolar. In: KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João. **Transtorno bipolar: teoria e clínica. [e-PUB]**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

PLANS, L.; BARROT, C.; NIETO, E.; RIOS, J.; SCHULZE, T.G.; PAPIOL, S. *et al. Association between completed suicide and bipolar disorder: a systematic review of the literature. Journal of Affective Disorders*, v. 242, p.111-122, 2019.

PORTO, Eluiza Ramos Silva Nogueira; OLIVEIRA, Catherine Ramos de Medeiros; NEVES, Thauana Ribeiro de Carvalho; MENDONÇA, Marcos Antonio. Uma abordagem geral do transtorno bipolar. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 23, n. 5, p.1-7, 2023.

PRATES, Antônio; KUNZ, Mauricio. Fenomenologia e diagnóstico do transtorno bipolar. In: KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João. **Transtorno bipolar: teoria e clínica. [e-PUB]**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

ROSA, Ana Carolina Ferreira; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Dor no transtorno bipolar: prevalência, características e relação com risco de suicídio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, e3463, 2021.

ROWLAND, Tobias A.; MARWAHA, Steven. *Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, v. 8, n. 9, p.251-269, 2018.

SILVA, Helena Ferreira Ramos; PUCCI, Silvia Helena Modenesi. Transtornos mentais como fator de risco para suicídio e ideação suicida. **Saúde Coletiva**, v. 11, n. 68, p.7227-7234, 2021.

TONDO, Leonardo; VÁSQUEZ, Gustavo H.; BALDESSARINI, Ross J. *Depression and mania in bipolar disorder*. **Current Neuropharmacology**, v. 15, n. 3, p.353-358, 2017.

WEINSTEIN, Sally M.; CRUZ, Rick A.; ISAIA, Ashley R.; PETERS, Amy T.; WEST, Amy E. *Child – and family – focused cognitive behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: applications for suicide prevention*. **Suicide Life-Threatning Behavior**, v. 48, n. 6, p.797-811, 2018.

CANMAT. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments and (ISBD). YATHAM LN, KENNEDY SH, PARIKH SV. International Society for Bipolar Disorders 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. **Bipolar Disorders**. v.20, p, 97-170, 2018.

ZAKOWICZ, Przemysław; SKIBINSKA, Maria; WASICKA-PRZEWOZNA, Karolina; SKULIMOWSKI, Bartosz; WASNIEWSKI, Filip; CHORZEPA *et al*. *Impulsivity as a risk factor for suicide in bipolar disorder*. **Frontiers in Psychiatry**, v. 12, e706933, 2021.

APÊNDICE A

Revista	Qualis	Fator de Impacto	Base de Dados
AcervoMédico	-	-	AcervoMédico
Annals of General Psychiatry	A2	3,30	Medline; PubMed; NCBI; SciELO
Archives of Health Sciences	B1	2,73	BVS;Capes Periódicos; IBICT; DOAJ
BMC Public Health	A1	4,13	Medline; PubMed; NCBI
CurrentNeuropharmacology	A1	7,70	Medline; PubMed; NCBI; ResearchGate
Debates em Psiquiatria	B4	3,00	Capes Periódicos; DOAJ
EarlyIntervention in Psychiatry	A3	2.72	Medline; PubMed; NCBI; Lilacs
Epidemiology and Psychiatric Sciences	A1	8,10	Medline; PubMed; NCBI; Lilacs
Frontiers in Psychiatry	A3	5,43	SciELO; Medline; PubMed; NCBI; BVS
ID on Line Rev. Multid. e de Psicologia	B2	4,10	Latindex; Redib; Lilacs; Capes Periódicos
Indian J. Psychological Medicine	A1	2,81	Medline; PubMed; NCBI; ResearchGate;
Journal of Affective Disorders	A1	6,53	ScieceDirect; Medline; PubMed; NCBI
Mayo Clinic Proceedings	A1	12,21	ScieceDirect; Medline; PubMed; NCBI
Medicina	A1	4,30	MPDI; Medline; PubMed; NCBI;
MedicinaInterna de México	-	-	Medigraphic; SciELO; Lilacs
PLoS Medicine	A1	11,61	Medline; PubMed; NCBI; BVS
Psychology and Psychotherapy	A2	3,96	Medline; PubMed; NCBI;
Revista Mineira de Enfermagem	B1	1,66	BVS
Research, Society and Development	A3	1,78	RDS Journal; BVS
Revista Contexto & Saúde	B3	2,00	ResearchGate; Repositório UFC
Rev. Latino-Americana Enfermagem	A1	172	SciELO; Revistas USP
Saúde Coletiva	B3	0,91	BVS; Editora MPM
Suicide Life-ThreatningBehavior	A3	1,33	Medline; PubMed; NCBI; ResearchGate

Therap.AdvancesPsychopharmacology	B1	4,98	Medline; PubMed; NCBI; ResearchGate
TranslationalPsychiatry	A1	7,98	Medline; PubMed; NCBI; BVS