

TRANSTORNO BIPOLAR: DOS CONCEITOS À FARMACOTERAPIA

Data de aceite: 01/08/2023

Geiza da Silva Sousa

Centro Universitário Maurício de Nassau –
UNINASSAU. São Luís – MA
<https://orcid.org/0009-0003-5616-5824>

Julianne Rocha de Araújo

Centro Universitário Maurício de Nassau –
UNINASSAU. São Luís – MA
<https://orcid.org/0000-0002-4295-9135>

Rayane Danyelle Sousa Gusmão

Centro Universitário Maurício de Nassau –
UNINASSAU. São Luís – MA
<https://orcid.org/0009-0004-1036-5676>

Tássia Gabrielly Lima Soeiro

Centro Universitário Maurício de Nassau –
UNINASSAU. São Luís – MA
<https://orcid.org/0009-0009-2608-8702>

Mariana Oliveira Arruda

Centro Universitário Maurício de Nassau –
UNINASSAU. São Luís – MA
<https://orcid.org/0000-0001-7097-7843>

Maria Cristiane Aranha Brito

Centro Universitário Maurício de Nassau –
UNINASSAU. São Luís – MA
<https://orcid.org/0000-0002-6979-8773>

Andressa Almeida Santana Dias

Centro Universitário Maurício de Nassau –
UNINASSAU. São Luís – MA
<https://orcid.org/0000-0002-1671-8338>

Mauricio Avelar Fernandes

Centro Universitário Maurício de Nassau –
UNINASSAU. São Luís – MA
<https://orcid.org/0000-0002-0795-2085>

Ana Paula Muniz Serejo

Universidade Federal do Maranhão,
Departamento de Farmácia
São Luís – MA
<https://orcid.org/0000-0002-4376-4364>

Denise Fernandes Coutinho

Universidade Federal do Maranhão,
Departamento de Farmácia
São Luís – MA
<https://orcid.org/0000-0002-5665-9280>

RESUMO: O Transtorno Bipolar trata-se de um distúrbio humoral, identificado pela ocorrência de episódios maníacos, hipomaníacos e depressivos que podem ocorrer isoladamente ou de maneira simultânea em curto espaço de tempo. Esta pesquisa tem como objetivo elucidar os conceitos do Transtorno Bipolar e compreender a farmacoterapêutica aplicada. A metodologia utilizada foi baseada em pesquisa bibliográfica nas bases de dados Scielo, PubMed e google acadêmico. Os resultados mostraram que

os sintomas variam de acordo com o tipo do transtorno e podem possuir semelhança com outros distúrbios psíquicos. O tratamento envolve uma sistemática entre medicamentos estabilizadores de humor, antidepressivos e anticonvulsivantes associados a terapias cognitivas e psicoeducação. O carbonato de lítio, o valproato de sódio e carbamazepina são os medicamentos de primeira escolha, entretanto, possuem efeitos adversos e interações medicamentosas importantes que devem ser avaliadas cautelosamente. O preconceito com a doença afeta fortemente na baixa adesão ao tratamento, o que pode levar o indivíduo a ter pensamentos pessimistas por desacreditar no sucesso terapêutico. Portanto, a conscientização e a perpetuação de conhecimentos sobre o Transtorno Bipolar para a sociedade é de fundamental para quebrar este paradigma.

PALAVRAS-CHAVES: Transtorno bipolar; adesão ao tratamento; efeitos adversos; tratamento farmacológico.

ABSTRACT: Bipolar Disorder is a mood disorder, identified by the occurrence of manic, hypomanic and depressive episodes that can occur alone or simultaneously in a short period of time. This research aims to elucidate the concepts of Bipolar Disorder and understand applied pharmacotherapeutics. The methodology used was based on bibliographical research in the Scielo, PubMed and academic google databases. The results showed that the symptoms vary according to the type of disorder and may be similar to other psychic disorders. The treatment involves a systematic combination of mood stabilizers, antidepressants and anticonvulsants associated with cognitive therapies and psychoeducation. Lithium carbonate, sodium valproate and carbamazepine are the first choice drugs, however, they have adverse effects and important drug interactions that should be carefully evaluated. Prejudice with the disease strongly affects poor adherence to treatment, which can lead the individual to have pessimistic thoughts due to disbelief in therapeutic success. Therefore, awareness and perpetuation of knowledge about Bipolar Disorder for society is fundamental to break this paradigm.

KEYWORDS: Bipolar disorder; adherence to treatment; adverse effects; pharmacological treatment.

1 | INTRODUÇÃO

Mudanças de humor são comuns no decorrer da vida especialmente quando confrontados com eventos estressantes. O transtorno bipolar (TB) é um transtorno de humor crônico caracterizado com base na extensão e gravitação da elevação de humor, de unipolar a bipolar I e II (GRANDE *et al.*, 2016) (MILLER *et al.*, 2020).

A principal característica que distingue o transtorno bipolar de outros transtornos afetivos é a presença de episódios maníacos ou hipomaníacos recorrentes que podem se alternar com episódios depressivos (FREITAS *et al.*, 2021). O transtorno bipolar I é definido como a presença de episódios maníacos evidentes com múltiplas manifestações, incluindo excesso de confiança, arrogância, loquacidade, extrema desinibição, irritabilidade, diminuição da necessidade de sono e humor elevado (CARVALHO *et al.*, 2020).

Conforme relata MCINTYRE e colaboradores (2020), o transtorno bipolar II por sua vez apresenta um estado de depressão que se alternam com hipomania em vez de

mania. Pelo menos um episódio hipomaniaco na vida é considerado consistente para o diagnóstico de transtorno bipolar tipo II. Segundo a American Psychiatric Association (2014) o transtorno mental é uma síndrome de perturbação intelectual, emocional ou comportamental de um indivíduo, com prejuízos psicológicos, biológicos e sociais. Sendo frequentemente associado ao sofrimento socioemocional ou limitação das atividades do cotidiano.

A Organização Mundial da Saúde (2008), afirma que transtorno bipolar afeta aproximadamente 30 milhões de pessoas em todo o mundo. A sua incidência e sintomas revelam-se como uma das condições de saúde com elevada probabilidade de incapacidade. O TB afeta mais de 1% da população mundial, independentemente de nacionalidade, etnia ou status socioeconômico, e é uma das principais causas de incapacidade em adultos jovens, principal massa da econômica mundial (GRANDE *et al.*, 2016).

A prevalência do transtorno bipolar I é bastante semelhante em homens e mulheres, enquanto o transtorno bipolar II é mais comum em mulheres. Dados encontrados no Brasil referentes à apresentação do quadro ao longo da vida apontam, em média, 1% da população brasileira apresentam TB (BOSAIPO *et al.*, 2017). O tratamento farmacoterapêutico com antipsicóticos ou estabilizadores de humor é a base do tratamento para mania aguda e hipomania, além de estratégias não farmacológicas que também podem ser usadas em pacientes com mania grave ou refratária. No entanto a resposta ao tratamento está diretamente ligada a adesão do paciente ao tratamento (CASSINELLI *et al.*, 2022).

Diante da problemática do transtorno bipolar sobre a população mundial, o presente estudo tem como objetivo analisar dados de prevalência de casos de transtornos mentais e comportamentais no Brasil, e correlacionar com a literatura.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura que teve como intuito o levantamento de informações acerca do tema proposto, nesse contexto, as referências utilizadas tratam do assunto em relevância, ou seja, o transtorno mental e comportamental de bipolaridade.

A revisão bibliográfica foi realizada em bases científicas utilizando os dados dos últimos 6 anos, ou seja, de 2017 a 2022. A pesquisa dos artigos foi realizada em bases de dados eletrônicos como PubMed (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), SciELO (Scientific Eletronic Library OnLine) e Google Acadêmico. Para a busca dos artigos, foram utilizados os descritores em ciências da saúde: transtorno bipolar, diagnóstico e adesão ao tratamento. Foram incluídas na pesquisa todos os artigos relacionados com o tema, no entanto foram excluídos os artigos que não apresentavam relação com a temática e publicados fora do período determinado.

3 | TRANSTORNO BIPOLAR

3.1 Sintomas

Os sintomas incluem alterações humorais, que vão desde o estado depressivo, maníaco, misto e hipomaniaco que variam de intensidade, duração e frequência. De acordo com Moreno *et al.* (2005) a mania é uma excitação manifestada por hiperatividade mental e física, desorganização do comportamento e elevação do humor, faz com que as pessoas experimentem períodos prolongados de humor extremamente elevado. Esta condição é caracterizada por sintomas como aumento dos níveis de energia, conversatividade incomum e pouca necessidade de sono.

A mania bipolar é um dos principais sintomas do transtorno de humor bipolar, também conhecido como depressão maníaca. Durante um episódio maníaco, as pessoas geralmente experimentam humores elevados ou irritáveis. Eles também tendem a passar por mudanças comportamentais, como dormir menos que o habitual ou agir impulsivamente. A mania é frequentemente seguida por um surto de depressão (MORENO *et al.*, 2005).

Os sintomas da mania bipolar variam de pessoa para pessoa, sintomas típicos podem incluir um humor excessivamente feliz, extrovertido. Algumas pessoas com transtorno bipolar relatam sentimentos agitados e irritáveis (RAMIREZ *et al.*, 2021).

Episódios maníacos podem ser problemáticos para a pessoa com transtorno bipolar, assim como para amigos e familiares. Ele pode ameaçar relacionamentos devido à irritabilidade aumentada da pessoa e humor animado. Algumas pessoas entram em brigas, se colocam em perigo ou infringem a lei durante um episódio maníaco. Os altos da mania bipolar são normalmente substituídos por sentimentos tristes e vazios. Irritabilidade pode permanecer, mas a pessoa pode sentir-se lenta e incapaz de se concentrar. As mudanças no humor costumam ser tão graves que algumas pessoas com transtorno bipolar podem considerar ou tentar o suicídio (MORENO *et al.*, 2005).

	Estágio I	Estágio II	Estágio III
<i>Humor</i>	Lábil, eufórico, irritável	Disforia e depressão, hostil e irado	Claramente disfórico, em pânico, desesperado
<i>Pensamento e cognição</i>	Expansivo, grandioso, hiperconfiante e pensamento acelerado	Fuga de ideias, desorganização, ideias delirantes	Incoerente, bizarro, alucinações, desorientação, ideias delirantes
<i>Comportamento</i>	Aceleração psicomotora, maior iniciativa de discurso, gastos e tabagismo	Hiperatividade, maior pressão do discurso, agressões físicas	Atividade frenética e bizarra

Quadro 1. Estágios da mania (Adaptado de MORENO, *et al.*2005).

Fonte: Adaptado de MORENO, *et al.*, 2005

Hipomania é uma alteração humoral semelhante à mania, entretanto apresenta sintomas mais leves que interferem menos no comportamento do paciente. De acordo com Purse (2022) um episódio de hipomania é caracterizado por alegria, animação, extravagância ou irritação incomuns. Características secundárias também podem aparecer, como inquietação, falar demais, distração, necessidade menor de sono e foco intenso em uma atividade específica.

Estados mistos caracterizam-se por um período (no mínimo uma semana) durante o qual são satisfeitos tanto critérios para episódio maníaco quanto para episódio depressivo maior quase todos os dias. O indivíduo apresenta uma rápida alternância de humor (tristeza, irritabilidade, euforia) acompanhada de sintomas de um episódio de mania e de um episódio depressivo. A perturbação deve ser suficiente para causar prejuízo acentuado no funcionamento social, ocupacional ou exigir hospitalização, ou é marcada pela presença de aspectos psicóticos. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou condição médica geral (SCHWARTZMANN *et al.*, 2004).

Devido às intensas variações durante os estados mistos, isto é, a alternância entre momentos depressivos e maníacos durante certo período de tempo, o diagnóstico pode ser distorcido. Depressão, ansiedade, transtornos de personalidade e transtorno obsessivo compulsivo podem ser confundidos com o TB.

A importância dos estados mistos é óbvia se considerarmos que, dependendo da classificação, entre 20 e 74 % dos pacientes com doenças afetivas apresentaram em algum período um estado misto. O grupo de Akiskal, utilizando alguns conceitos de Kraepelin, sugere que esta classificação seja o resultado da interação entre os episódios depressivos maiores e maníacos com o temperamento prévio dos pacientes, nitidamente um temperamento oposto, resultando daí as diferentes apresentações. Assim, teríamos fundamentalmente 3 tipos de estados misto (ALCANTARA *et al.*, 2003):

Tipo I	Resultante de um temperamento depressivo com a mania. Geralmente psicótico, com sintomas incongruentes com o humor.
Tipo II	Resultante de um temperamento ciclotímico com uma depressão maior, no qual o substrato de temperamento ciclotímico permanece ativo durante o episódio depressivo, gerando sintomas como labilidade de humor, irritabilidade, fuga de ideias e abuso de substâncias, além de impulsividade sexual.
Tipo III	Resultante de um temperamento hipertímico com uma depressão maior, na qual o episódio depressivo inclui apetite sexual, agitação e pressão para falar.

Quadro 2. Tipos de estados mistos (Adaptado de ALCANTARA *et al.*, 2003).

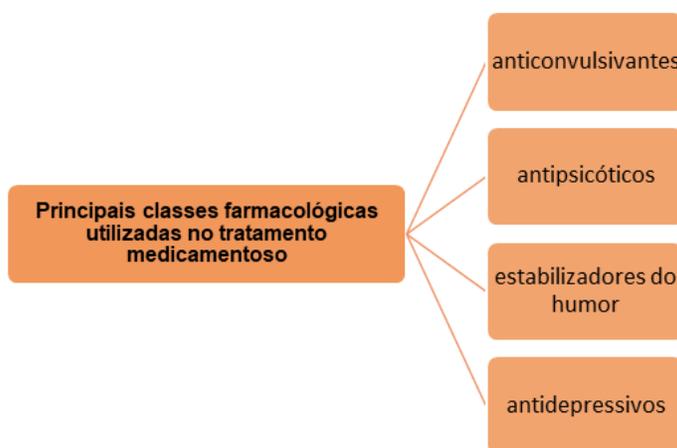
3.2 Diagnóstico

Para ser diagnosticado como portador de TB, o paciente deve apresentar um conjunto de sintomas que representem um desvio marcante na sua forma habitual, acompanhado

por prejuízos no convívio social, profissional e em outras áreas importantes da sua vida (MUSSI *et al.*, 2013).

As características da doença afetam profundamente o comportamento do indivíduo provocando, inclusive, pensamentos e tentativas de suicídio. Devido à essas circunstâncias, torna-se de fundamental importância a delimitação do diagnóstico precoce e a intervenção terapêutica adequada.

O tratamento farmacológico é geralmente realizado com estabilizadores do humor, tais como o lítio, os anticonvulsivantes, os antipsicóticos e os antidepressivos ou eletroconvulsoterapia. Contudo, apenas 40% dos pacientes que aderiram ao tratamento medicamentoso se mantêm sem recaídas. Por isso, o mais recomendado pela literatura é a combinação entre o uso de medicação e a psicoterapia, com enfoque na psicoeducação (MUSSI *et al.*, 2013).



Fonte: elaborado pelos autores.

3.3 Tipos de transtorno bipolar

Transtorno Bipolar Tipo 1	Caracterizado pela presença de sintomas de mania aguda, tais como: excesso de autoestima, sensação de grandiosidade, agitação psicomotora, mais falante que o habitual, fuga de ideias e pensamentos acelerados. A duração deve ser de pelo menos uma semana ou qualquer duração, quando a hospitalização for necessária.
Transtorno Bipolar Tipo 2	Identificado pela ocorrência de episódios depressivos acompanhados por, pelo menos, um episódio hipomaniaco. Vale ressaltar que nesse tipo não ocorre episódio maniaco.
Transtorno Ciclotímico	Descrito por pelos menos 2 anos com numerosos episódios depressivos e mistos em que há presença de mania, hipomania e depressão de forma simultânea.
Transtorno Bipolar não especificado	Quando não há similaridade com os outros tipos citados acima.

Quadro 3. Tipos de Transtorno Bipolar (Adaptado da APA, 2014).

O TB tipo 1 é caracterizado pela predominância de episódios de mania. De acordo com BOSAIPO *et al.* (2017) classifica-se como mania o estado severo de humor elevado ou irritabilidade, associado ou não a sintomas psicóticos, que provocam alterações no comportamento e na funcionalidade do indivíduo. A duração do estado de mania deve ser de no mínimo uma semana, estando o humor elevado ou irritabilidade presente na maior parte do dia, quase todos os dias. O critério de duração mínima é dispensável se a hospitalização se fizer necessária.

Segundo a American Psychiatric Association (2013), o tipo 2 caracteriza-se por um curso clínico de episódios de humor recorrentes consistindo em um ou mais episódios maiores e pelo menos um episódio hipomaniaco.

É comum a impulsividade, refletidos em tentativas de suicídio e uso de substâncias. Se inicia mais tardiamente quando comparada ao bipolar tipo I, em torno de 25 anos. Geralmente começam por depressão, mas pode também começar por depressão, transtornos alimentares, transtorno de ansiedade, uso de substância. Não ocorrem sintomas psicóticos (são causados pela mania). 1/3 dos pacientes tentam suicídio ao longo da vida. Ocorre prejuízo cognitivo (SANAR, 2021).

O tipo ciclotímico é um distúrbio de humor fluutuante, envolvendo períodos com sintomas hipomaniacos que não preenchem os critérios para um episódio hipomaniaco; e períodos com sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior (APA, 2014).

3.4 Tratamento farmacológico

O Transtorno Bipolar é uma doença biológica que causa mudanças no modo com que o cérebro processa substâncias químicas que o corpo produz, e a medicação destina-se a corrigir essa disfunção, porém mesmo usando a medicação os portadores do TB necessitam obter maior controle sobre seus sintomas a fim de prevenir recaídas (BASCO, 2009).

O recurso terapêutico não envolve apenas o uso de medicamentos antipsicóticos, mas também terapias associadas que tem como objetivos melhorar a sintomatologia e a qualidade de vida dos pacientes. O tratamento agudo deve ser seguido pelo planejamento e pela execução do tratamento a longo prazo, que requer o estabelecimento e a manutenção de uma aliança terapêutica por meio de um bom relacionamento médico–paciente–família–cuidador, que propicie uma relação terapêutica e de apoio (MORENO, 2005).

Com o objetivo de uniformizar condutas clínicas, a Rede Canadense para Tratamentos de Humor e Ansiedade (CANMAT) criou um protocolo de tratamento farmacológico baseado no nível do transtorno. Como farmacoterapia de primeira escolha para episódios agudos de mania, é recomendado o lítio, divalproato, e antipsicóticos atípicos como a, aripiprazol, asenapina, risperidona e quetiapina. Como tratamento de segunda linha carbamazepina, olanzapina, ziprasidona e haloperidol (BOSAIPO *et al.*, 2017).

3.4.1 Carbonato de lítio

É o medicamento de primeira escolha, pode reduzir os sintomas de mania e da depressão. Embora demore entre quatro ou dez dias para fazer efeito é o medicamento que age mais rápido. Só pode ser comprado com receita médica.

Adultos	<u>Dose de ataque</u> : 600mg, via oral, 3 vezes ao dia. <u>Dose de manutenção</u> : 300 a 600mg, via oral, 3 a 4 vezes ao dia. <u>Dose máxima de manutenção</u> : 2,4g/dia.
Adolescentes	<u>Dose usual</u> : 600 a 1800mg/dia, fracionados em 3 ou 4 administrações.
Crianças (6 a 12 anos)	<u>Dose usual</u> : 15 a 60mg/kg/dia, via oral, fracionados em 3 ou 4 administrações. Não exceder a dose de adultos.

Quadro 4. Posologia do Carbonato de Lítio (Manual farmacêutico Albert Einstein, 2018).

O lítio é absorvido e distribuído de maneira eficaz no organismo, entretanto seu mecanismo de ação não está totalmente elucidado. Sabe-se que não sofre biotransformação, sendo eliminado praticamente sem alterações químicas. A diferença entre a dose usada e a dose tóxica é estreita, tornando-se necessária a monitorização do usuário através de avaliação dos níveis séricos de lítio no sangue.

As consequências às reações adversas a medicamentos são muito variáveis, abrangendo desde reações de leve intensidade ou pouca relevância clínica, até as que causam prejuízos mais graves, como hospitalização, incapacitação ou morte (FERREIRA, 2017). Devido ao baixo índice terapêutico do lítio, certas reações adversas podem ocorrer, o que dificulta a adesão ao tratamento por parte dos pacientes.

De acordo com o Manual Farmacêutico do Hospital Albert Einstein (2018) as reações adversas mais frequentes, ocorrem em uma taxa acima de 10%, e incluem: tremores involuntários dos membros, sede anormal, hipotireoidismo, bócio, poliúria, incontinência urinária, diarreia e náuseas. Entre os efeitos adversos menos comuns, entre 1 a 10%, estão: palpitações, ganho de peso, acne, manchas avermelhadas na pele, dispneia, sensação de distensão abdominal e pré-síncope. Vale ressaltar que o carbonato de lítio é contraindicado durante a gravidez, para lactantes e pacientes com doenças renais e cardiovasculares. As interações medicamentosas acentuam ainda mais os riscos de efeitos adversos, determinados medicamentos devem ser evitados durante o tratamento com uso do lítio.

Medicamento	Efeito do uso concomitante com carbonato de lítio
Haloperidol	Causa síndrome encefalopática que é caracterizada por cansaço, letargia, febre, tremores, confusão mental, sintomas extrapiramidais, leucocitose, elevação de enzimas séricas seguidas de danos cerebrais podem ocorrer em alguns pacientes.
Carbamazepina	Pode ocorrer aumento do risco de efeitos neurotóxicos.
Bloqueadores de canal de cálcio	Pode aumentar o risco de neurotoxicidade na forma de ataxia, tremores, náuseas, vômitos, diarreia e/ou zumbido.
Metronidazol	Pode provocar toxicidade do lítio, devido à depuração renal reduzida.
Fluoxetina	Pode aumentar ou diminuir as concentrações séricas do lítio.
Anti-inflamatórios não esteroidais	Os níveis de lítio devem ser cuidadosamente monitorados quando pacientes iniciarem ou interromperem o uso de AINEs.

Quadro 5. Interações medicamentosas do lítio (Manual farmacêutico Albert Einstein, 2018).

Devido as desvantagens do Lítio, em alguns casos a terapia com diferentes fármacos associados é mais indicada. O ácido valproico e carbamazepina são comumente indicados, assim como outros anticonvulsivantes, antipsicóticos atípicos e antidepressivos. Devido a condição crônica da doença, a adesão ao tratamento torna-se um grande desafio devido ao prolongamento do tratamento.

3.4.2 Anticonvulsivantes

Valproato e carbamazepina agem como estabilizadores de humor, podem ser usados pra tratar mania e depressão quando ocorrem juntas.

Adultos	<u>Dose inicial:</u> 10 a 20 mg/kg/dia. <u>Dose máxima:</u> 60 mg/kg/dia.
Crianças (a partir de 5 anos)	<u>Dose inicial:</u> 15 a 20mg/kg/dia, via oral, em 2 a 3 doses divididas. <u>Dose máxima:</u> 750 mg.

Quadro 6. Posologia do valproato de sódio (Manual Farmacêutico Albert Einstein, 2018).

Quanto a sua apresentação, podem ser encontrados no mercado como comprimidos de 250mg, comprimidos revestidos de 300 mg e 500mg e xaropes de 50mg/ml. Segundo o Manual Farmacêutico do Hospital Albert Einstein (2018) os efeitos adversos do valproato de sódio ocorrem em uma taxa acima de 10%, e incluem: dores de cabeça, sonolência, tontura, insônia, dor, nervosismo, alopecia, náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia, anorexia, trombocitopenia, infecção, tremor, fraqueza, diplopia, distúrbios visuais e sintomas gripais.

Dentre as interações medicamentosas mais relevantes citadas na bula, os medicamentos, ritonavir, rifampicina, fenitoína, carbamazepina e fenobarbital podem causar

aumento da depuração do valproato, diminuindo assim a sua meia vida no organismo. Contraceptivos hormonais contendo estrogênio agem diminuindo a concentração plasmática do valproato, causando aumento na frequência de crises epilética.

A carbamazepina é outro anticonvulsivante utilizado para tratar mania aguda e para manutenção em distúrbios bipolares. Quanto à sua apresentação, pode ser encontrada na forma de comprimidos de 200 mg e como suspensão oral de 20 mg/mL.

Adultos	<u>Dose inicial</u> : 400-600 mg/dia, divididos em 2 a 3 doses. <u>Dose máxima</u> : 1600 mg/dia.
Crianças	<u>Dose inicial</u> : 10-20 mg/kg/dia, divididos em 2 ou 3 doses. Podendo aumentar a dose a cada semana até resposta terapêutica adequada. <u>Dose a partir de 6 anos</u> : 100 mg, 2 vezes ao dia ou 50 mg da suspensão, 4 vezes ao dia. <u>Dose a partir de 12 anos</u> : 200 mg, 2 vezes ao dia ou 100 mg da suspensão, 4 vezes ao dia. <u>Dose usual</u> : 800 a 1200 mg/dia.

Quadro 7. Posologia da carbamazepina (Guia Farmacêutico Hospital Sírio-Libanês, 2016).

De acordo com a bula da carbamazepina, os efeitos adversos mais comuns são: leucopenia, trombocitopenia, edema, retenção de líquida, vertigem, sonolência, diplopia, cefaleia, vômitos, náuseas e boca seca.

As reações adversas sérias incluem bloqueio atrioventricular, arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca congestiva, síncope, hipocalcemia, anemia aplástica, depressão de medula óssea, hepatite, lúpus eritematoso sistêmico, insuficiência renal aguda e nefrotoxicidade (Manual Farmacêutico Albert Einstein, 2018).

3.5 Terapias associadas

Embora o tratamento farmacológico seja fundamental ao tratamento, ainda há uma quantidade de pacientes que apesar da correta adesão à medicação, permanecem sintomáticos. Devido a isso é importante que a medicação seja associada a intervenções psicoterápicas, pois em suma a psicoterapia traz vários benefícios que incluem diminuição na frequência e na duração dos episódios de humor, aumento da adesão à medicação, diminuição nas recaídas, nas impressões clínicas de melhora geral e etc (KNAPP E ISOLAN, 2005).

O preconceito e o estigma social que os pacientes enfrentam, trazem sofrimento, sensação de incapacidade e afetam o quadro clínico, levando-os a descreditarem nos tratamentos. Esta barreira precisa ser quebrada.

4 | CONCLUSÃO

O diagnóstico do Transtorno Bipolar, em alguns serviços de saúde, pode ser equivocado devido a sintomatologia semelhante à outras doenças, como a depressão.

Tendo em vista os prejuízos funcionais, psicológicos e sociais na vida do portador, torna-se fundamental investigar profundamente os sintomas e o histórico familiar para identificar precocemente o transtorno.

As equipes de saúde devem ter conhecimento suficiente para orientar esses pacientes no que diz respeito à adesão ao tratamento e à importância do acompanhamento médico, buscando melhorar a qualidade de vida desses indivíduos. Ainda existem barreiras em relação ao tratamento, pois as taxas de não adesão são altas. Vários fatores estão relacionados com essa problemática, como a negação e o desconhecimento da doença por parte do paciente, descrença no tratamento, ocorrência de efeitos adversos e o histórico de transtornos psiquiátricos na família.

Uma das medidas para melhorar a adesão dos pacientes bipolares é identificar as atitudes que os fazem interromper o tratamento e discuti-las com o paciente nas consultas, promovendo informação e conhecimento sobre a doença e o tratamento. É vital que os clínicos questionem seus pacientes sobre problemas de adesão, a fim de resolvê-los e encorajar os indivíduos a continuarem o tratamento (SANTIN, 2005).

Portanto, devem ser associadas medidas terapêuticas conjuntas que envolvam tratamento medicamentoso associado a terapias comportamentais, educação e conscientização da família e paciente, com o intuito de formar uma rede de cuidado eficaz que permita melhores taxas de adesão e sucesso no tratamento.

REFERÊNCIAS

ALBERT EINSTEIN – SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA. **Manual Farmacêutico: carbonato de lítio**. 2018. Disponível em: <<https://www.aplicacoes.einstein.br/manualfarmaceutico/Paginas/Relacao-Medicamentos.aspx>> Acesso em: 05 out. 2022.

ALBERT EINSTEIN – SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA. **Manual Farmacêutico: valproato de sódio**. 2018. Disponível em: <<https://www.aplicacoes.einstein.br/manualfarmaceutico/Paginas/Relacao-Medicamentos.aspx>> Acesso em: 05 out. 2022.

ALCANTARA, Igor et al. **Avanços no diagnóstico do transtorno do humor bipolar**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 25, p. 22-32, 2003.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: Transtorno Bipolar Tipo 2**. 5. ed. Panamericana, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM - 5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora. 2014.

BASCO, M. R. **Vencendo o Transtorno Bipolar com Terapia cognitivo-comportamental. Tratamentos que Funcionam: Manual do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BASCO, M. R. & RUSH, J. A. **Terapia cognitivo-comportamental para transtorno bipolar. Tratamentos que Funcionam: Guia do Terapeuta**. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BOSAIPO, Nyanne Beckmann; BORGES, Vinícius Ferreira; JURUENA, Mario Francisco. **Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos**. Medicina (Ribeirão Preto), v. 50, n. 1, p. 72-84, 2017.

CARVALHO, Andre F.; FIRTH, Joseph; VIETA, Eduard. **Bipolar Disorder**. New England Journal of Medicine, v. 383, n. 1, p. 58-66, 2020.

CASSINELLI, Tamiris et al. **Tocados pelo Fogo: o transtorno bipolar a partir da análise cognitivo comportamental**. Revista Brasileira de Psicoterapia, p. 17-30, 2022.

DOS SANTOS FREITAS, Marcileia; DE SOUZA MENDES, Simara; DE SOUZA, Julio Cesar Pinto. **O transtorno bipolar: senso comum x a visão psicopatológica**. Research, Society and Development, v. 10, n. 12, p. 1-9, 2021.

FERREIRA, Claudia Aparecida Avelar et al. **Identificação dos potenciais riscos de reações adversas ao carbonato de lítio em um hospital público de Minas Gerais**. Revista de Saúde Pública do SUS/MG, v. 2, n.1, p 43-51, 2017.

GRANDE, Iria et al. **Bipolar disorder**. The Lancet, v. 387, n. 10027, p. 1561-1572, abr. 2016.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. **Guia Farmacêutico: carbamazepina**. 2016. Disponível em: <<https://www.guiafarmaceutico.hsl.org.br/carbamazepina>> Acesso em: 05 out. 2022.

KNAPP, Paulo; ISOLAN, Luciano. **Psychoterapeutic Approach in Bipolar Disorder**. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), v. 32, 98–104, 2005.

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

MILLER, Jacob N; BLACK, Donald W. **Bipolar Disorder and Suicide: a review**. Current Psychiatry Reports, v. 22, n. 2, p. 1-10, 18 jan. 2020.

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld; RATZKE, Roberto. **Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar**. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), v. 32, p. 39-48, 2005.

MUSSI, Samir Vidal; SOARES, Maria Rita Zoéga; GROSSI, Renata. **Transtorno bipolar: avaliação de um programa de psicoeducação sob o enfoque da análise do comportamento**. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, v. 15, n. 2, p. 45-63, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID 10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª ed. São Paulo: EDUSP; 2008.

PURSE, Marcia. **What is Hypomania?**. Verywell mind, 2022. Disponível em: <<https://verywellmind.com/what-is-hypomania-how-is-it-diagnosed-380313>> Acesso em: 7 out. 2022.

RAMIREZ, Gonzalo. **Transtorno bipolar: o que é, sintomas e tratamento**. Tua Saúde, 2021. Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/transtorno-bipolar/>> Acesso em: 06 de out. 2022.

SCHWARTZMANN, Angela; LAFER, Beny. **Diagnóstico e tratamento dos estados mistos**. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 26, p. 7-11, 2004.

SANTIN, Aida; CERESÉR, Keila; ROSA, Adriane. **Adesão ao tratamento no transtorno bipolar.** Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), v. 32, p. 105-109, 2005.

Tipos de transtorno bipolar: Principais características e diferenças. SANARMED, 2021. Disponível em: <<https://sanarmed.com/tipos-transtorno-bipolar-pospsq>> Acesso em: 07 out. 2022.