

Revista Brasileira de Saúde

Data de aceite: 11/08/2025

TRANSTORNO BIPOLAR II E SUICÍDIO: ESTRATÉGIAS E PREVENÇÃO

Felipe Cassino Ferreira

Discente da Universidade de Vassouras -
UNIVASSOURAS

Marcos Mendonça

Docente da Universidade de Vassouras -
UNIVASSOURAS



Todo o conteúdo desta revista está
licenciado sob a Licença Creative
Commons Atribuição 4.0 Interna-
cional (CC BY 4.0).

Resumo: O transtorno bipolar tipo II (TB-II) configura-se como uma condição psiquiátrica grave, caracterizada pela alternância entre episódios depressivos maiores e estados hipomaniacos, com significativo impacto no funcionamento psicossocial e elevado risco de comportamento suicida. Este artigo apresenta uma revisão integrativa da literatura sobre os fatores de risco associados ao suicídio no TB-II e as estratégias de prevenção baseadas em evidências. Os dados epidemiológicos revelam que entre 30% e 50% dos pacientes tentam suicídio ao longo da vida, com taxas de suicídio consumado significativamente superiores às da população geral. A vulnerabilidade suicida no TB-II é multifatorial, envolvendo componentes biológicos (alterações nos circuitos fronto-límbicos e polimorfismos genéticos), psicológicos (traumas precoces, desesperança) e sociais (isolamento, estigma). Os episódios mistos emergem como períodos de especial risco. As intervenções terapêuticas eficazes incluem abordagens farmacológicas e psicossociais. Apesar dos avanços, persistem desafios como subdiagnóstico, barreiras no acesso a tratamentos especializados e necessidade de estratégias inovadoras de monitoramento. Conclui-se que a prevenção do suicídio no TB-II exige abordagens integradas que combinem intervenções biológicas e psicossociais, além de políticas públicas que garantam acesso equitativo a tratamentos baseados em evidências.

Palavras-chave: Transtorno bipolar tipo II; Comportamento suicida; Prevenção do suicídio; Fatores de risco; Intervenções terapêuticas.

INTRODUÇÃO

O transtorno bipolar tipo II (TB-II) configura-se como uma das condições psiquiátricas mais desafiadoras no cenário da saúde mental contemporânea, particularmente devido à sua forte associação com comportamento suicida.

Estudos epidemiológicos revelam que aproximadamente um terço dos pacientes com TB-II tentam suicídio ao longo da vida, com taxas de suicídio consumado significativamente superiores às da população geral (DSM-5, 2014; Rodrigues *et al.*, 2019). Essa realidade clínica alarmante demanda uma compreensão aprofundada dos mecanismos subjacentes e o desenvolvimento de estratégias preventivas baseadas em evidências científicas robustas (Barlow, 2023).

A complexidade do TB-II reside na sua apresentação sintomatológica peculiar, caracterizada pela alternância entre episódios depressivos maiores e estados hipomaniacos (Bosaipo *et al.*, 2023). Diferentemente do transtorno bipolar tipo I, onde os episódios maníacos são mais evidentes, o TB-II frequentemente permanece subdiagnosticado por anos, agravando seu curso e potencializando o risco de desfechos trágicos (Deminco, 2018). A literatura especializada aponta que os períodos de maior vulnerabilidade ocorrem durante episódios depressivos graves, estados mistos e fases de transição sintomatológica, quando a impulsividade se combina com intenso sofrimento psíquico (Mundim Filho *et al.*, 2023).

Nas últimas décadas, avanços significativos têm sido alcançados no entendimento dos fatores de risco associados ao comportamento suicida no TB-II. Pesquisas neurobiológicas identificaram alterações em circuitos envolvidos na regulação emocional e no controle de impulsos (Menezes, 2018), enquanto estudos psicossociais destacam o papel de eventos traumáticos precoces, isolamento social e comorbidades psiquiátricas (Duarte & Cardim, 2021). Paralelamente, intervenções terapêuticas têm evoluído, com destaque para o lítio - considerado padrão-ouro na redução do risco suicida - e abordagens psicoterapêuticas específicas, como a Terapia Comportamental Dialética (Rivoli Rossi *et al.*, 2024).

Apesar desses progressos, importantes lacunas persistem na literatura. A heterogeneidade dos protocolos de pesquisa, as limitações nos desenhos longitudinais e as controvérsias sobre o manejo ideal de pacientes em crise suicida indicam a necessidade de sínteses críticas atualizadas (Oliveira, 2023). Além disso, a implementação de estratégias preventivas na prática clínica rotineira enfrenta obstáculos significativos, desde limitações nos sistemas de saúde até questões relacionadas ao estigma e à adesão terapêutica (Soares *et al.*, 2024).

Este artigo tem como objetivo apresentar uma análise abrangente e atualizada sobre o risco de suicídio no TB-II, integrando evidências recentes sobre fatores de risco, mecanismos fisiopatológicos e intervenções preventivas. Através de uma revisão sistemática da literatura, busca-se: elucidar o transtorno mental na população; discutir criticamente sobre as características e conceito do transtorno bipolar tipo II e por fim as estratégias farmacológicas e psicossociais disponíveis.

A relevância deste estudo justifica-se pela urgência em reduzir as alarmantes taxas de mortalidade associadas ao TB-II e pela necessidade de orientar clínicos no desenvolvimento de planos terapêuticos individualizados (Bosaipo *et al.*, 2023). Espera-se que os resultados contribuam não apenas para o avanço do conhecimento científico, mas também para a melhoria concreta dos cuidados oferecidos a essa população vulnerável, promovendo uma abordagem mais eficaz na prevenção do suicídio no contexto dos transtornos bipolares (Rivoli Rossi *et al.*, 2024).

METODOLOGIA

O presente trabalho adotou uma abordagem metodológica baseada em revisão sistemática integrativa para examinar a associação entre transtorno bipolar tipo II e risco de suicídio, bem como as estratégias preventivas mais eficazes. O processo metodológico foi

estruturado em cinco etapas fundamentais, garantindo rigor científico e abrangência na análise dos dados disponíveis.

Realizou-se uma extensa busca bibliográfica nas principais bases de dados científicas internacionais (PubMed, Scopus) e regionais (SciELO, LILACS), utilizando combinações estratégicas de descritores controlados e palavras-chave relacionados ao tema. O período delimitado para as publicações abrangeu de 2007 a 2024, com o objetivo de captar as evidências mais recentes e relevantes na área.

O processo de seleção dos estudos seguiu critérios rigorosos de inclusão e exclusão. Consideraram-se elegíveis artigos originais, revisões sistemáticas e meta-análises publicados em inglês, português ou espanhol. A triagem ocorreu em três fases distintas: análise inicial de títulos, leitura de resumos e avaliação completa do texto, conduzida por dois pesquisadores independentes para assegurar a confiabilidade do processo.

Entre as limitações metodológicas identificadas, destaca-se a heterogeneidade nos desenhos de estudo e medidas de desfecho entre as pesquisas analisadas. Adotaram-se estratégias para minimizar os mais distintos aspectos que envolve a temática aqui discutida, incluindo busca abrangente em múltiplas bases de dados e critérios explícitos de seleção.

Do ponto de vista ético, todas as fontes foram adequadamente referenciadas seguindo normas acadêmicas estabelecidas. Por se tratar de revisão de literatura, o estudo não requereu aprovação de comitê de ética, conforme diretrizes internacionais para revisões sistemáticas.

Esta abordagem metodológica permitiu realizar uma análise crítica e abrangente do tema, integrando evidências de diferentes desenhos de pesquisa e contextos clínicos. Os resultados obtidos fornecem subsídios valiosos para a prática clínica baseada em evidências no manejo do risco suicida em pacientes com

Transtorno Bipolar, além de apontar lacunas importantes para futuras investigações nesta área da psiquiatria contemporânea.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Organização Mundial da Saúde (2017) conceitua saúde mental como um estado de bem-estar que permite ao indivíduo lidar com as tensões da vida, trabalhar produtivamente e contribuir para sua comunidade. Esta visão holística é especialmente pertinente ao examinarmos o transtorno bipolar tipo II (TB-II), condição que afeta aproximadamente 2,4% da população brasileira, com casos graves representando cerca de 21% desse total (DSM-5, 2019; Rodrigues *et al.*, 2019). O TB-II caracteriza-se por oscilações entre episódios depressivos maiores e estados hipomaníacos, com significativo impacto psicossocial (Bosaipo *et al.*, 2023).

A epidemiologia do comportamento suicida no TB-II revela dados alarmantes: entre 30% e 50% dos pacientes tentam suicídio ao longo da vida, com taxas de suicídio consumado significativamente elevadas. Como destacam Bostwick *et al.* (2017), pacientes com histórico de tentativas prévias apresentam risco especialmente aumentado, exigindo intervenções específicas. Esta vulnerabilidade multifatorial envolve componentes biológicos (Docherty *et al.*, 2020), psicológicos (Duarte & Cardim, 2021) e sociais (Mundim Filho *et al.*, 2023).

Do ponto de vista neurobiológico, estudos identificaram alterações nos circuitos fronto-límbicos envolvidos na regulação emocional (Menezes, 2018; Oliveira, 2023). Pesquisas genômicas revelaram polimorfismos associados ao risco suicida (Docherty *et al.*, 2020), enquanto análises psicossociais destacam o papel de traumas precoces e isolamento social (Miller & Black, 2020). Os episódios mistos, com sintomas depressivos e hipomaníacos co-existent, representam períodos de especial vulnerabilidade (Rivoli Rossi *et al.*, 2024).

O manejo do Transtorno Bipolar Tipo II (TB-II), especialmente na prevenção do suicídio, requer uma abordagem multidimensional

baseada em evidências robustas. O tratamento ideal integra intervenções farmacológicas, psicoterapias estruturadas, suporte psicossocial contínuo e estratégias tecnológicas de monitoramento (Geddes & Miklowitz, 2013; Goodwin *et al.*, 2016).

O lítio permanece o padrão-ouro na prevenção do suicídio em transtornos do espectro bipolar. Estudos longitudinais demonstram sua eficácia tanto na estabilização do humor quanto na redução do risco suicida (Goodwin *et al.*, 2016). Entretanto, seu uso exige monitoramento regular da função renal e tireoidiana, além da dosagem sérica (APA, 2020).

Como alternativas ou complementos ao lítio, destacam-se anticonvulsivantes como o valproato de sódio e a lamotrigina. O valproato é particularmente útil em episódios mistos e comorbidades com impulsividade. A lamotrigina apresenta eficácia na fase depressiva e é bem tolerada, embora demande titulação lenta para evitar reações dermatológicas graves (Geddes & Miklowitz, 2013).

Abaixo segue uma tabela comparativa entre os estabilizadores de humor discutidos (lítio, lamotrigina e valproato), com foco em seus benefícios e efeitos adversos:

Fármaco	Benefícios principais	Efeitos adversos mais comuns
Lítio	Padrão-ouro na prevenção do suicídio; estabilizador eficaz do humor	Tremores, ganho de peso, alterações renais e tireoidianas
Lamotrigina	Eficaz na fase depressiva; boa tolerabilidade a longo prazo	Risco de rash cutâneo grave (ex: síndrome de Stevens-Johnson)
Valproato	Eficaz em episódios mistos e com impulsividade	Ganho de peso, sedação, toxicidade hepática, teratogenicidade

Figura 1: Tabela comparativa entre os estabilizadores de humor discutidos.

Entre os antipsicóticos atípicos, a quetiapina tem se destacado no tratamento de episódios depressivos no TB-II. Estudos clínicos demonstram que a quetiapina, em doses de 300 a

600 mg/dia, é eficaz na redução dos sintomas depressivos, com início de ação observado já na primeira semana de tratamento e baixa taxa de indução de hipomania, além de ajustar o sono do paciente devido ao seu efeito sedativo.

Outros antipsicóticos atípicos como a lurasidona e a cariprazina também têm demonstrado eficácia no tratamento da depressão bipolar. A lurasidona, em particular, é aprovada para episódios depressivos associados ao transtorno bipolar e apresenta um perfil metabólico mais favorável, com menor risco de ganho de peso e disfunções metabólicas, o que a torna uma boa opção para pacientes com comorbidades clínicas (Loebel *et al.*, 2014).

A cariprazina, um agonista parcial dos receptores dopaminérgicos D2/D3, tem demonstrado benefícios em sintomas depressivos e funcionais, com efeito positivo sobre sintomas cognitivos e baixo risco de sedação (Durgam *et al.*, 2016). Ambos são considerados boas alternativas quando há intolerância à quetiapina ou necessidade de opções com menor impacto metabólico.

Abaixo segue uma tabela comparativa entre os três antipsicóticos atípicos mencionados, destacando seus principais benefícios e efeitos adversos:

Antipsicótico	Benefícios principais	Efeitos adversos mais comuns
Quetiapina	Eficácia robusta na depressão bipolar; efeito sedativo benéfico para o sono	Sedação, ganho de peso, efeitos metabólicos
Lurasidona	Perfil metabólico favorável; baixo risco de ganho de peso; segura em comorbidades	Náuseas, acatisia, cefaléia
Cariprazina	Melhora de sintomas cognitivos e funcionais; baixa sedação; boa tolerância metabólica	Acatisia, insônia, sintomas extrapiramidais leves/moderados

Figura 2: Tabela comparativa entre os antipsicóticos atípicos mencionados.

Em situações de crise suicida aguda, a cetamina intravenosa e a esketamina intranasal

têm emergido como alternativas rápidas na redução de sintomas depressivos. Embora ainda sejam consideradas terapias emergentes, seus efeitos rápidos em reduzir ideação suicida têm respaldo em ensaios clínicos controlados (Goodwin *et al.*, 2016).

No âmbito das terapias não farmacológicas, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) adaptada para bipolaridade e a Terapia Dialética Comportamental (TDC) demonstram eficácia significativa na redução de recaídas e de comportamentos impulsivos. A Terapia Interpessoal e do Ritmo Social (IPSRT) contribui para a estabilização de padrões de sono e rotina. A psicoeducação favorece adesão terapêutica e identificação precoce de recaídas (Miklowitz *et al.*, 2007).

Intervenções complementares como exercício físico estruturado, mindfulness e neurofeedback têm mostrado resultados promissores como adjuvantes, embora ainda demandem maior padronização nos protocolos clínicos (Sylvia *et al.*, 2013). Nos casos refratários, a estimulação magnética transcraniana (EMT) e a eletroconvulsoterapia (ECT) continuam sendo opções eficazes (APA, 2020).

Diante da complexidade clínica do Transtorno Bipolar Tipo II (TB-II) e da relevância particular da prevenção do comportamento suicida nesse contexto, propõe-se, com base na análise crítica da literatura especializada e nas evidências mais recentes, a seguinte categorização das abordagens terapêuticas. Essa organização tem como objetivo guiar a prática clínica com intervenções sustentadas por maior respaldo empírico (terapias de primeira linha), bem como oferecer alternativas eficazes para casos de refratariedade ou intolerância (terapias de segunda linha):

TERAPIAS DE PRIMEIRA LINHA (BASEADAS EM EVIDÊNCIAS):

- Lítio (900–1200 mg/dia), com monitoramento trimestral;

- Lamotrigina (100–200 mg/dia), volta-da ao controle da depressão bipolar;
- Quetiapina (300–600 mg/dia) como antipsicótico complementar;
- Terapia Cognitivo-Comportamental com foco na prevenção de recaídas;
- Psicoeducação familiar e individual;
- Plano de segurança personalizado e acompanhamento intensivo.

TERAPIAS DE SEGUNDA LINHA (EM CASOS REFRATÁRIOS OU COM INTOLERÂNCIA):

- Valproato de sódio (níveis terapêuticos entre 50–100 mcg/mL);
- Lurasidona ou Cariprazina como monoterapia antipsicótica;
- Terapia Dialética Comportamental (TDC);
- Intervenções com cetamina/esketamina em ambiente controlado (uso off-label);
- Estimulação magnética transcraniana (EMT) para depressão resistente.

A escolha do esquema ideal depende da fase do transtorno, histórico clínico, tolerabilidade individual e perfil de risco suicida. Esta análise evidencia a necessidade de abordagens integradas que considerem a complexidade do TB-II, combinando avanços neurocientíficos com intervenções psicossociais efetivas. A desestigmatização da doença mental e a garantia de acesso a tratamentos baseados em evidências (Barlow, 2023) são imperativos éticos para reduzir o impacto do suicídio nesta população vulnerável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou que o transtorno bipolar tipo 2 representa um desafio significativo para a saúde pública devido à sua associação com elevadas taxas de morbimortalidade, particularmente por suicídio. As evidências científicas atuais demonstram que o risco de comportamento suicida nesta população é

multifatorial, envolvendo componentes neurológicos, psicológicos e ambientais. A presença de episódios depressivos recorrentes, estados mistos, comorbidades psiquiátricas e traços de impulsividade configura um cenário de vulnerabilidade acentuada, exigindo abordagens terapêuticas integradas e baseadas em evidências.

Os achados revisados destacam a importância de estratégias farmacológicas otimizadas e também da psicoterapia, particularmente as modalidades cognitivo-comportamental e dialética comportamental, auxiliando na regulação emocional e na redução de comportamentos impulsivos. A implementação de planos de segurança individualizados e a restrição de acesso a meios letais mostram-se como medidas preventivas de alta eficácia.

Apesar dos avanços terapêuticos, barreiras significativas persistem, incluindo subdiagnóstico, estigmatização e dificuldades no acesso a serviços especializados. A literatura reforça a necessidade de intervenções precoces, monitoramento contínuo e fortalecimento de redes de apoio psicossocial. Futuras pesquisas devem focar na identificação de biomarcadores de risco, no desenvolvimento de intervenções personalizadas e na avaliação de estratégias inovadoras, como o uso de psicodélicos assistidos e terapias digitais.

Desta forma, o manejo do transtorno bipolar do tipo II e a prevenção do suicídio demandam uma abordagem multidimensional, combinando tratamento farmacológico otimizado, psicoterapia estruturada e suporte psicossocial robusto. A integração entre pesquisa científica, políticas públicas e práticas clínicas baseadas em evidências é fundamental para reduzir a carga desta condição e melhorar os desfechos em saúde mental. Investimentos em educação médica continuada, campanhas de conscientização e ampliação da rede de atendimento são medidas urgentes para enfrentar este relevante problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Practice Guideline for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder**. 2020.
- BARLOW, D. H.. **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo** (6. ed.). Artmed. 2023.
- BOSAIPPO, N. B.; BORGES, V. F.; JURUENA, M. F. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. *Medicina (Ribeirão Preto, Online.)*; **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. São Paulo, v.9.n.10. out. 2023. Disponível em <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p72-84>. Acesso em 02 Mai. 2025.
- BOSTWICK J.M, PABBATI C, GESKE J.R, MCKEAN A.J. **Tentativa de suicídio como fator de risco para suicídio consumado: ainda mais letal do que sabíamos**. *Am J Psychiatry*. 2017;173:1094–100. Disponível em <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>. Acesso em 02 Mai. 2025.
- DEMINCO, Marcus. **Transtorno bipolar: aspectos gerais**. *Psicologia.pt*, 2018. Disponível em < <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1190.pdf>>. Acesso em 15 Abr. 2025.
- DOCHERTY A. R. , *et al*. Estudo de associação genômica ampla de morte por suicídio e predição poligênica de antecedentes clínicos. *Am J Psychiatry*. 2020;177:917–27. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.19101025>.
- DSM-5. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 15.ed. Porto Alegre:Artmed, 2019.
- DUARTE, A. L.; CARDIM, M. M. Transtorno bipolar, relações Interpessoais e afetividade de indivíduos acometidos pela doença. **Revista de Pesquisa e Prática em Psicologia (UFSC)**, 2021. Disponível em < <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/rppp/article/view/5090>>. Acesso em 02 Fev 2025.
- DURGAM S, EARLEY W, LI R, et al. Cariprazine in acute bipolar depression: a double-blind, placebo-controlled phase 2 study. *J Clin Psychiatry*. 2016;77(3):372–380.
- GEDDES J. R, MIKLOWITZ D. J. **Treatment of bipolar disorder**. *Lancet*. 2013;381(9878):1672–1682.
- GONDA X., *et al*. Comportamento suicida no transtorno bipolar: epidemiologia, características e principais fatores de risco. *J Affect Disord*. 2012;143:16–26. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.041>.
- GOODWIN G. M., et al. **Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder**. *J Affect Disord*. 2016;191:1–23.
- LOEBEL A, CUCCHIARO J, SILVA R, et al. Lurasidone monotherapy for the treatment of bipolar I depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*. 2014;171(2):160–168.
- MCELROY S. L., et al. A double-blind, placebo-controlled study of quetiapine and paroxetine as monotherapy in adults with bipolar depression (EMBOLDEN II). *J Clin Psychiatry*. 2010;71(2):163–174.
- MENEZES, J. C. **Estudo Das Bases Genéticas Do Transtorno Bipolar**. 2018. Dissertação (mestrado) do Programa de pós-graduação em biologia celular e molecular, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/27432/2/juliana_menezes_ioc_mest_2018.pdf Acesso em: 20 abr. 2025.
- MIKLOWITZ D. J., et al. Psychosocial treatments for bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(4):419–426.
- MILLER J.N, BLACK D.W. **Transtorno bipolar e suicídio: uma revisão**. *Curr Psychiatry Rep*. 2020;22:6. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1130-0>.
- MUNDIM FILHO, M. T., *et. al.*. Transtorno bipolar: uma análise abrangente dos aspectos clínicos e Terapêuticos. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 6, n. 5, p.22973-22985, sep/oct., 2023. Disponível em: <file:///C:/Users/lizal/Downloads/319+BJHR.pdf>.

OLIVEIRA, E. C. de. .Comprometimento Neuropsicológico No Transtorno Bipolar. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. São Paulo, v.9.n.10. out. 2023. Disponível em: file:///C:/Users/lizal/Downloads/[58]- Acesso em: 20 abr. 2025.

RIVOLI ROSSI, N., et. al.. **Diagnóstico diferencial em transtorno bipolar tipo 2: desafios e comorbidades associadas**. Congresso Médico Acadêmico UniFOA, 10. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.47385/cmedunifoa.1553.10.2024>. Acesso em 02 mai. 2025.

RODRIGUES et. al. O perfil do transtorno bipolar tipos I e II: um estudo epidemiológico. **Revista Brasileira de Enfermagem Online**, ISSN: 1676-4285, Vol: 16, Página: 32-34. 2019. Disponível em: <https://plu.mx/plum/a/?doi=10.17665/1676-4285.20175875>. Acesso em 02 mai. 2025.

SOARES et. al. Aspectos Clínicos e Epidemiológicos do transtorno Afetivo Bipolar. Aspectos Clínicos e Epidemiológicos do Transtorno Afetivo Bipolar. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences** Volume 6, Issue 6, Page 925-940. 2024. Disponível em: file:///C:/Users/lizal/Downloads/submetido+-+Artigo+bjihs+tab.pdf.

SYLVIA L. G., et al. Exercise treatment for bipolar disorder: a review of the literature. **J Affect Disord**. 2013;146(3):262–269.