



ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Isadora Veras Araújo Soares ¹, Pedro Augusto Cirilo de Medeiros ², Arianne Pires Nunes Batista ¹, Gustavo Coutinho Tomaz ³, Thayne de Fátima Pierre Freitas Oliveira ⁴, Laura de Sousa Lopes Vidal⁵, Hilton Carlos Ribeiro ⁶

REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

Apresenta-se uma revisão integrativa de literatura acerca do transtorno afetivo bipolar (TAB), seus aspectos clínicos, epidemiológicos, bem como o impacto dessa condição na vida do indivíduo. Essa condição caracteriza-se como um transtorno de humor que causa alterações comportamentais repentinas, recorrentes, crônicas e graves. Há alterações de humor que vão do estado de depressão profunda à euforia extrema. É um transtorno que apresenta episódios maníacos ou hipomaníacos separados por períodos de normalidade, além de poder apresentar delírios, alucinações, em padrão sazonal, que podem levar ao acometimento temporário de suas funções cognitivas, comportamentais e afetivas. Utilizam-se critérios diagnósticos para definir o quadro, que pode coexistir com outras comorbidades. Há necessidade de uma equipe multidisciplinar para intervir na melhoria e na qualidade de vida dos pacientes, assim como um tratamento voltado para os vários aspectos que esse transtorno apresenta.

Palavras-chave: Transtorno bipolar, clínica, epidemiologia.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

ABSTRACT

An integrative literature review is presented on bipolar affective disorder, its clinical and epidemiological aspects, as well as the impact of this condition on the individual's life. This condition is characterized as a mood disorder that causes sudden, recurrent, chronic and severe behavioral changes. Mood swings range from deep depression to extreme euphoria. It is a disorder that presents manic or hypomanic episodes separated by periods of normality, as well as delusions and hallucinations in a seasonal pattern, which can lead to temporary impairment of cognitive, behavioral and affective functions. Diagnostic criteria are used to define the condition, which can coexist with other comorbidities. There is a need for a multidisciplinary team to intervene to improve patients' quality of life, as well as treatment aimed at the various aspects of this disorder.

Keywords: Bipolar disorder, clinic, epidemiology.

Instituição afiliada – 1- Centro Universitário Uninovafapi; 2- Faculdade de ciências médicas da Paraíba; 3- Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos-Porto; 4- Centro Universitário São Lucas - Afya; 5- Faculdade de ciências médicas de Ipatinga 6- Universidade Unigranrio

Dados da publicação: Artigo recebido em 24 de Abril e publicado em 14 de Junho de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p925-940>

Autor correspondente: Isadora Veras Araújo Soares isadora.veras@hotmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma doença recorrente, crônica e grave. Esse transtorno foi descrito por Jules Baillarger, em meados do século XIX, psiquiatra-neurologista com a denominação de “la folie à double forme” (forma dual de insanidade), cuja principal característica era ocorrência de episódios de mania e depressão em um mesmo paciente (COSTA, 2008). Divide-se o TAB em tipos I e II, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5). Caracteriza-se o tipo I por elevação do humor, em uma perspectiva grave e persistente, denominada de mania, em que há episódios depressivos leves e/ou graves intercalados com períodos de normalidade e fases maníacas bem caracterizadas. Configura-se o tipo II por elevação branda de humor, descrita por hipomania, o qual requer um ou mais episódios depressivos maiores e, pelo menos, um episódio hipomaníaco durante o curso da vida (MOURA, et al, 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o TAB é a sexta causa de incapacidade e a terceira entre as doenças mentais, após depressão unipolar e esquizofrenia, que cursam com maior carga. A carga da doença é causada pelas comorbidades psiquiátricas e físicas e pela baixa adesão ao tratamento. Os custos da doença são decorrentes, principalmente, dos custos indiretos da doença. A incapacidade funcional ocasionada pelo TAB é comparável à de muitas doenças crônicas (COSTA, 2008).

O objetivo desta revisão é oferecer uma visão geral acerca da epidemiologia e características clínicas do TAB, bem como do seu tratamento, destacando os impactos vivenciados pelos indivíduos portadores e por seus familiares.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada no período de junho de 2024. Para a seleção dos artigos, foram aplicados os descritores transtorno bipolar, clínica, epidemiologia, aliados ao operador AND, que foram utilizados de forma combinada em

buscas nas bases de dados eletrônicas LILACS, MedLine/Pubmed e Google Acadêmico. Foram incluídos artigos originais com textos completos nos idiomas português e inglês, publicados entre os anos de 2005 a 2024. Foram excluídos artigos duplicados nas bases de dados, aqueles não disponíveis em texto completo e artigos de revisão.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Definição e epidemiologia

O Transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma doença crônica, complexa e com altos índices de morbidade e mortalidade no mundo. É classificado em transtornos bipolares tipo I (um ou mais episódios maníacos ou episódios mistos), tipo II (um ou mais episódios depressivos maiores acompanhados por, pelo menos, um episódio hipomaníaco), ciclotímicos (perturbação crônica e flutuante do humor) e aqueles sem outra especificação (FERREIRA; SILVA; LEAL, 2023).

Estima-se que a prevalência em 12 meses nos Estados Unidos foi de 0,6% para transtorno bipolar tipo I e a prevalência em 12 meses do transtorno em 11 países variou de 0,0 a 0,6%. A razão da prevalência ao longo da vida entre indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino é de aproximadamente 1,1:1. A prevalência em 12 meses do transtorno bipolar tipo II, internacionalmente, é de 0,3%. Nos Estados Unidos, a prevalência em 12 meses é de 0,8%. No DSM-IV, transtornos bipolar tipo I, bipolar tipo II e bipolar sem outras especificações resultaram em uma taxa de prevalência combinada de 1,8% em amostras de comunidades nos Estados Unidos e fora do país, com taxas superiores (2,7% inclusive) em jovens com 12 anos de idade ou mais.

A idade de início encontrada foi de de 18 anos para bipolar tipo I e de 22 anos para bipolar tipo II. Os grandes estudos populacionais não encontraram diferenças significativas entre os sexos no que se refere ao TAB I e II. No entanto, há divergências quanto à prevalência do espectro bipolar, tendo sido sugerido uma relação de 1,5 mulher para cada homem. Variações étnicas significativas não são encontradas nos grandes estudos populacionais. Embora em amostras clínicas tenham sido identificadas

maiores taxas de prevalência entre indivíduos com maior escolaridade, os estudos em comunidade não encontram essa associação. Em relação ao estado conjugal, constatou-se que indivíduos casados tinham taxas significativamente mais baixas de TAB que solteiros ou divorciados, o que possivelmente reflete as consequências da doença (LIMA, M.S., et al, 2005).

Fatores de risco

Segundo o DSM-V, o transtorno bipolar é mais comum em países com pessoas com renda elevada do que com renda mais baixa (1,4 vs. 0,7%). Pessoas separadas, divorciadas ou viúvas têm taxas mais altas de transtorno bipolar tipo I do que aquelas casadas ou que nunca casaram, mas o sentido em que a associação se modifica não é clara. História familiar de transtorno bipolar é um dos fatores de risco mais fortes e mais consistentes para transtornos dessa categoria. Há, em média, risco 10 vezes maior entre parentes adultos de indivíduos com transtornos bipolar tipo I e tipo II. A magnitude do risco aumenta com o grau de parentesco. Esquizofrenia e transtorno bipolar provavelmente partilham uma origem genética, refletida na coagregação familiar de esquizofrenia e transtorno bipolar.

Depois que uma pessoa teve um episódio maníaco com características psicóticas, há maior probabilidade de os episódios maníacos subsequentes incluírem características psicóticas. A recuperação incompleta entre os episódios é mais comum quando o episódio atual está acompanhado de características psicóticas incongruentes com o humor.

Quadro clínico e diagnóstico

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V, para diagnosticar o transtorno bipolar tipo I, é necessário o preenchimento dos critérios a seguir para um episódio maníaco. O episódio maníaco pode ter sido antecedido ou seguido por episódios hipomaníacos ou depressivos maiores. Já o transtorno bipolar tipo II, é necessário preenchimento dos critérios a seguir para um episódio hipomaníaco atual ou anterior e para um episódio depressivo maior atual ou anterior:

Episódio Maníaco

- Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária).
- Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual: 1) Autoestima inflada ou grandiosidade; 2) Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono); 3) Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando; 4) Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados; 5) Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado; 6) Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (i.e., atividade sem propósito não dirigida a objetivos); 7) Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).
- A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existem características psicóticas.
- O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, outro tratamento) ou a outra condição médica.
- Um episódio maníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um episódio maníaco e, portanto, para um diagnóstico de transtorno bipolar tipo I.

Episódio Hipomaníaco

- Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.
- Durante o período de perturbação do humor e aumento de energia e atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) persistem, representam uma mudança notável em relação ao comportamento habitual e estão presentes em grau significativo: 1) Autoestima inflada ou grandiosidade; 2) Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono); 3) Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando; 4) Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados; 5) Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado; 6) Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora; 7) Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).
- O episódio está associado a uma mudança clara no funcionamento que não é característica do indivíduo quando assintomático.
- A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas.
- O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização. Existindo características psicóticas, por definição, o episódio é maníaco.
- O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, outro tratamento).

- Um episódio hipomaníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um diagnóstico de episódio hipomaníaco. Recomenda-se, porém, cautela para que 1 ou 2 sintomas (principalmente aumento da irritabilidade, nervosismo ou agitação após uso de antidepressivo) não sejam considerados suficientes para o diagnóstico de episódio hipomaníaco nem necessariamente indicativos de uma diátese bipolar.

Episódio Depressivo Maior

- Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.
 1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso).
 2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
 3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p.ex., mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias.
 4. Insônia ou hipersonia quase diária.
 5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outras pessoas; não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriação ou culpa por estar doente).
 8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
 9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideiação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
- Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
 - O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Durante um episódio maníaco, é comum os indivíduos não perceberem que estão doentes ou necessitando de tratamento, resistindo, com veemência, às tentativas de tratamento. Podem mudar a forma de se vestir, a maquiagem ou a aparência pessoal para um estilo com maior apelo sexual ou extravagante. Alguns percebem maior acurácia olfativa, auditiva ou visual. Jogos de azar e comportamentos antissociais podem acompanhar o episódio maníaco. Há pessoas que podem se tornar hostis e fisicamente ameaçadoras a outras e, quando delirantes, podem agredir fisicamente ou suicidar-se. O humor pode mudar rapidamente para raiva ou depressão. Podem ocorrer sintomas depressivos durante um episódio maníaco e, quando presentes, durar momentos, horas ou, mais raramente, dias.

No transtorno bipolar tipo II, por sua vez, a impulsividade pode contribuir com tentativas de suicídio e transtornos por uso de substância. A impulsividade pode também se originar de um transtorno da personalidade comórbido, transtorno por uso de substância, transtorno de ansiedade, outro transtorno mental ou uma condição médica. Pode haver níveis aumentados de criatividade em alguns indivíduos com transtorno bipolar. A relação pode ser, no entanto, não linear; isto é, grandes realizações criativas na vida têm sido associadas a formas mais leves de transtorno bipolar, e

criatividade superior foi identificada em familiares não afetados. A satisfação que o indivíduo tem com a criatividade aumentada durante episódios hipomaníacos pode contribuir para ambivalência quanto a buscar tratamento ou prejudicar a adesão a ele.

Além dos critérios diagnósticos, o DSM-V traz diagnósticos diferenciais que cursam com características semelhantes, porém com algumas peculiaridades como o transtorno depressivo maior que pode também vir acompanhado de sintomas hipomaníacos ou maníacos (i.e., menos sintomas ou por período menor do que o necessário para mania ou hipomania). Quando o indivíduo se apresenta em um episódio de depressão maior, deve-se atentar para episódios anteriores de mania ou hipomania. Sintomas de irritabilidade podem estar associados a transtorno depressivo maior ou a transtorno bipolar, aumentando a complexidade diagnóstica.

Outros transtornos bipolares como o tipo I diferencia-se do de transtorno bipolar tipo II pela presença de algum episódio anterior de mania. Outro transtorno bipolar e transtornos relacionados especificado ou transtorno bipolar e transtornos relacionados não especificado devem ser diferenciados dos transtornos bipolar tipo I e tipo II, considerando-se se os episódios com sintomas maníacos ou hipomaníacos ou os episódios com sintomas depressivos preenchem plenamente ou não os critérios para aquelas condições. Um transtorno bipolar devido a outra condição médica pode ser diferenciado dos transtornos bipolar tipo I e tipo II pela identificação, baseada nas melhores evidências clínicas, de uma condição médica com relação causal.

Os transtornos de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, transtorno de estresse pós-traumático ou outros transtornos de ansiedade devem ser considerados no diagnóstico diferencial tanto como transtorno primário quanto, em alguns casos, como transtorno comórbido. Uma história clínica cuidadosa é necessária para diferenciar transtorno de ansiedade generalizada de transtorno bipolar, uma vez que ruminações ansiosas podem ser confundidas com pensamentos acelerados, e esforços para minimizar sentimentos de ansiedade podem ser entendidos como comportamento impulsivo. Da mesma maneira, sintomas de transtorno de estresse pós-traumático precisam ser diferenciados de transtorno bipolar. É útil considerar a natureza episódica dos sintomas descritos, bem como avaliar possíveis desencadeadores dos sintomas, ao ser feito esse diagnóstico diferencial.

O transtorno bipolar induzido por substância/medicamento pode se manifestar com sintomas maníacos induzidos por substância/medicamento e precisa ser diferenciado de transtorno bipolar tipo I. A resposta a estabilizadores do humor durante mania induzida por substância/medicamento pode não ser, necessariamente, suficiente para se diagnosticar transtorno bipolar. Pode existir sobreposição substancial diante da tendência de pessoas com transtorno bipolar tipo I a utilizar substâncias em demasia durante um episódio. Um diagnóstico primário de transtorno bipolar deve ser estabelecido com base nos sintomas que persistem depois que as substâncias não estejam mais sendo usadas.

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade pode ser erroneamente diagnosticado como transtorno bipolar, em especial em adolescentes e crianças. São muitos os sintomas sobrepostos com os sintomas de mania, como fala rápida, pensamentos acelerados, distraibilidade e menor necessidade de sono. A “dupla contagem” de sintomas voltados tanto ao TDAH como ao transtorno bipolar pode ser evitada se o clínico esclarecer se o(s) sintoma(s) representa(m) um episódio distinto.

Os transtornos da personalidade, como o transtorno da personalidade *borderline*, podem ter sobreposição sintomática substancial com transtornos bipolares, uma vez que labilidade do humor e impulsividade são comuns nas duas condições. Para o diagnóstico de transtorno bipolar, os sintomas devem representar um episódio distinto e um aumento notável em relação ao comportamento habitual do indivíduo. Não deve ser feito diagnóstico de transtorno da personalidade durante episódio de humor não tratado.

Em indivíduos com irritabilidade importante, especialmente crianças e adolescentes, deve-se ter o cuidado de diagnosticar transtorno bipolar apenas aos que tiveram um episódio claro de mania ou hipomania – isto é, um período de tempo distinto, com a duração necessária, durante o qual a irritabilidade foi claramente diferente do comportamento habitual do indivíduo e foi acompanhada pelo início dos sintomas do Critério B. Quando a irritabilidade de uma criança é persistente e particularmente grave, é mais apropriado o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor.

Tratamento

O tratamento do TDAH requer uma abordagem global e interdisciplinar, que inclui intervenções farmacológicas e psicossociais. Entre as alternativas disponíveis usualmente incluem estabilizadores do humor (lítio, anticonvulsivantes) e psicoterapia. Também podem ser utilizados, em alguns casos, os antipsicóticos, ansiolíticos, antidepressivos e a eletroconvulsoterapia (MONTESCHI; VEDANA; MIASSO, 2010).

O lítio, por exemplo, assim como outros estabilizadores do humor, diminuem expressivamente as possibilidades de recaída dos episódios de euforia nos transtornos afetivos bipolares. Os antidepressivos melhoram as relações interpessoais e o funcionamento global dos pacientes, prevenindo, muitas vezes, os episódios de depressão. O tratamento psicoterápico é fundamental após o diagnóstico, ajudando a reduzir os sintomas residuais, prevenindo recaídas/recorrências, melhoria na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, melhorando também a capacidade de lidar com situações estressantes em suas vidas.

Alguns trabalhos têm mostrado que a inclusão de familiares no tratamento de pessoas com TAB tem efeito positivo no curso do tratamento, visto que haverá maior entendimento e aceitação do transtorno. As intervenções com familiares de pacientes com transtorno afetivo bipolar são importantes porque possibilitam a modificação das interações familiares que interferem no tratamento (MALTA; CAFIEIRO, 2017).

Consequências funcionais e sociais do TDAH

De acordo com o DSM-V, embora muitos indivíduos com transtorno bipolar retornem a um nível totalmente funcional entre os episódios, aproximadamente 30% mostram prejuízo importante no funcionamento profissional. A recuperação funcional está muito aquém da recuperação dos sintomas, em especial em relação à recuperação do funcionamento profissional, resultando em condição socioeconômica inferior apesar de níveis equivalentes de educação, quando comparados com a população em geral. Indivíduos com transtorno bipolar têm desempenho pior do que pessoas saudáveis em testes cognitivos. Os prejuízos cognitivos podem contribuir para dificuldades profissionais e interpessoais e persistir ao longo da vida, mesmo durante períodos

eutímicos.

Transtornos mentais comórbidos são comuns, sendo os mais frequentes os transtornos de ansiedade (p. ex., ataques de pânico, transtorno de ansiedade social [fobia social], fobia específica), que ocorrem em cerca de três quartos dos indivíduos. Qualquer transtorno disruptivo, TDAH, transtorno do controle de impulsos ou da conduta (p. ex., transtorno explosivo intermitente, transtorno de oposição desafiante, transtorno da conduta) e qualquer transtorno por uso de substância (p. ex., transtorno por uso de álcool) ocorrem em mais da metade dos indivíduos com transtorno bipolar. Adultos com transtorno bipolar tipo I apresentam taxas elevadas de condições médicas comórbidas sérias e/ou não tratadas. Síndrome metabólica e enxaqueca são mais comuns entre pessoas com transtorno bipolar do que na população em geral. Mais da metade das pessoas cujos sintomas satisfazem os critérios de transtorno bipolar tem um transtorno por uso de álcool, e aquelas com os dois transtornos têm grande risco de tentar suicídio.

O risco de suicídio ao longo da vida em pessoas com transtorno bipolar é estimado em pelo menos 15 vezes o da população em geral. Na verdade, o transtorno bipolar pode responder por um quarto de todos os suicídios. História pregressa de tentativa de suicídio e o percentual de dias passados em depressão no ano anterior estão associados com risco maior de tentativas de suicídio e sucesso nessas tentativas.

Muitas dificuldades foram relatadas pelos familiares nos cuidados referentes ao tratamento medicamentoso dos idosos com TAB: ambiguidade em relação à avaliação dos benefícios do medicamento, não aderência dos pacientes ao medicamento, sobrecarga relacionada aos cuidados com os medicamentos, tratamento inadequado, preocupação com o acesso ao medicamento e utilização de bebida alcoólica pelo paciente. Constata-se que a família é provedora de apoio e suporte de cuidado, quando uma enfermidade acomete o idoso com TAB. Nesta experiência, ela vivencia conflitos, dúvidas e sobrecarga em relação ao tratamento medicamentoso, provocando instabilidade permanente da vida cotidiana (MONTESCHI; VEDANA; MIASSO, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, o transtorno afetivo bipolar é um transtorno caracterizado por alterações de humor que vão desde depressão profunda a euforia extrema, que pode ter um impacto significativo sobre a qualidade de vida do indivíduo e de seus familiares. Após o diagnóstico, o tratamento correto, tanto o medicamentoso quanto o psicoterápico, ajudam a reduzir os sintomas residuais, prevenindo recaídas e recorrências, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, a capacidade de lidar com situações estressantes em suas vidas e consequentemente melhorando a relação afetiva do indivíduo.

As alterações comportamentais que caracterizam o TAB geram sofrimentos para o indivíduo portador e para todas as pessoas com quem ele se relaciona. Assim, verifica-se, também, a importância da inclusão de familiares e da pessoa com quem o paciente se relaciona de forma afetiva no tratamento

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.. 5 Porto Alegre: Artmed, 2014.
2. Costa, A. M. N. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. Archives of Clinical Psychiatry, vol 35 (3), São Paulo, 2008.
3. Ferreira, E. S., Silva, M. de O., & Leal, T. L. M. de C. . (2023). Transtorno afetivo bipolar: uma revisão conceitual. *Conjecturas*, 23(1), 244–254. <https://doi.org/10.53660/CONJ-2342-23B19>
4. Lima, M.S., et al. Epidemiologia do transtorno bipolar. Archives of Clinical Psychiatry, vol 32 (1), São Paulo, 2005.
5. Malta, D.L; Cafieiro, G. M. Transtorno Bipolar - Fragilidade nas relações afetivas. Revista Brasileira de Ciências da Vida, vol 6(1), Sete Lagoas, 2017.
6. Monteschi, M; Vedana, K. G.G; Miasso, A.I. Terapia medicamentosa: conhecimento e dificuldades de familiares de pessoas idosas com transtorno afetivo bipolar. Texto & Contexto - Enfermagem, vol 19 (4), Santa Catarina, 2010.
7. Moura HDS, Lira JAC, Ferraz MMM, Lima CLS, Rocha ARC. Transtorno afetivo bipolar: sentimentos, estigmas e limitações. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e241665 DOI:<https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241665>