UNIVERSIDADE SANTO AMARO

CURSO DE MEDICINA

Declaração de entrega do Trabalho de Conclusão de Curso

Declaro que o trabalho intitulado TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR NA MULHER realizado pelo(s) aluno(s) Beatriz Andrade Suguimoto, Isabella Gomes Moreira, Júlia Miquelin dos Reis Silva está apto para entrega, apresentação e avaliação das bancas nomeadas.

Prof. Dr. Ana Marta Jezierski

Assinatura do Orientador do Trabalho

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

CURSO DE MEDICINA

Beatriz Andrade Suguimoto

Isabella Gomes Moreira

Júlia Miquelin dos Reis Silva

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR NA MULHER

São Paulo

2024

Beatriz Andrade Suguimoto

Isabella Gomes Moreira

Júlia Miquelin dos Reis Silva

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR NA MULHER

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Marta Ana Jezierski

São Paulo

2024

Ficha Catalográfica

S944t Suguimoto, Beatriz Andrade.
Transtorno afetivo bipolar na mulher / Beatriz Andrade Suguimoto, Júlia Miquelin dos Reis Silva, Isabella Gomes Moreira. - São Paulo, 2024.

20 p. : il., color.
Orientador: Marcos Henrique de Araújo.

TCC Graduação. (Curso Superior em Medicina) - Universidade Santo Amaro, 2024.
Bibliografia incluída.

1. Afetivo bipolar. 2. Mulheres. 3. Tratamento. I. Silva, Júlia Miquelin dos Reis. II. Moreira, Isabella Gomes. III. Araújo, Marcos Henrique de, orient. IV. Universidade Santo Amaro. V. Título.

CDD 616.895

Elaboradora pela Bibliotecária Milena Braz Martins CRB-8/9974

Beatriz Andrade Suguimoto

Isabella Gomes Moreira

Júlia Miquelin dos Reis Silva

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR NA MULHER

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Marta Ana Jezierski

São Paulo, ___ de _____ de 2024

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Orientador

Prof. Dr. _____

Avaliador

Prof. Dr. _____

Avaliador

Conceito Final

Beatriz Andrade Suguimoto, Isabella Gomes Moreira, Júlia Miquelin dos Reis Silva, Marta Ana Jezierski. *Transtorno Afetivo Bipolar na Mulher.* [Trabalho de Conclusão de Curso]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade Santo Amaro, 2024.
INTRODUÇÃO: O transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma condição psiquiátrica crônica marcada por mudanças extremas de humor, alternando entre episódios maníacos e depressivos. Em mulheres, o TAB tende a se manifestar mais frequentemente e de forma mais tardia, sendo influenciado por fatores hormonais, culturais e psicológicos. Mulheres são mais propensas a episódios depressivos, ciclos rápidos de humor e a comorbidades, como ansiedade e disfunções da tireoide. O diagnóstico tardio é comum, o que leva a atrasos no tratamento e à piora dos sintomas. A psicoterapia e o tratamento farmacológico desempenham papéis cruciais no manejo do TAB, sendo necessário ajustar o tratamento às necessidades específicas das mulheres. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é investigar a relação entre o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) e o sexo feminino, focando nas particularidades clínicas e hormonais que afetam as mulheres. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma revisão literária baseada em artigos científicos que discutem as diferenças de gênero na manifestação do TAB, com enfoque nas peculiaridades hormonais, comorbidades e impactos psicossociais nas mulheres. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As mulheres com TAB apresentam maior frequência de episódios depressivos, ciclagem rápida de humor e uma incidência mais alta de comorbidades, como ansiedade e distúrbios da tireoide, em comparação aos homens. Fatores hormonais, como as oscilações durante o ciclo menstrual, gravidez e menopausa, são importantes na exacerbação dos sintomas. Além disso, o estigma social associado ao transtorno impacta a busca por tratamento, atrasando o diagnóstico e complicando o manejo da condição. Embora o tratamento de TAB seja similar entre homens e mulheres, as mulheres exigem adaptações específicas, como ajuste de medicação durante a gravidez e atenção às flutuações hormonais. **CONCLUSÃO:** O estudo aponta a necessidade de uma abordagem de tratamento mais sensível ao gênero, que leve em conta as influências hormonais e psicossociais nas mulheres com TAB. O desenvolvimento de intervenções mais personalizadas, combinando farmacoterapia e suporte psicossocial, é essencial para melhorar o manejo do TAB em mulheres. A educação pública sobre o transtorno também é fundamental para reduzir o estigma e promover diagnósticos precoces. Mais pesquisas são necessárias para compreender melhor a interação entre os hormônios e o TAB, possibilitando o desenvolvimento de tratamentos mais eficazes e individualizados.

Palavras-chave: transtorno afetivo bipolar; mulheres; flutuações hormonais; comorbidades; tratamento.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 9

2 METODOLOGIA 11

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO 12

4 CONCLUSÃO/ CONSIDERAÇÕES FINAIS 17

REFERÊNCIAS 18

SUGUIMOTO, Beatriz Andrade[1]

DOS REIS SILVA, Júlia Miquelin[2]

MOREIRA, Isabella Gomes[3]

JEZIERSKI, Marta Ana[4]

RESUMO

[1] Graduando em Medicina da Universidade Santo Amaro. beatrizasuguimoto@gmail.com
[2] Graduando em Medicina da Universidade Santo Amaro. juliamiquelin12@gmail.com
[3] Graduando em Medicina da Universidade Santo Amaro. isabellamoreira52@gmail.com
[4] Professor Orientador. Titulação, Universidade Santo Amaro -SP – marta.jezierskivaz@gmail.com
[4] Professor Orientador. Titulação, Universidade Santo Amaro -SP – marta.jezierskivaz@gmail.com

INTRODUÇÃO: O transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma condição psiquiátrica crônica marcada por mudanças extremas de humor, alternando entre episódios maníacos e depressivos. Em mulheres, o TAB tende a se manifestar mais frequentemente e de forma mais tardia, sendo influenciado por fatores hormonais, culturais e psicológicos. Mulheres são mais propensas a episódios depressivos, ciclos rápidos de humor e a comorbidades, como ansiedade e disfunções da tireoide. O diagnóstico tardio é comum, o que leva a atrasos no tratamento e à piora dos sintomas. A psicoterapia e o tratamento farmacológico desempenham papéis cruciais no manejo do TAB, sendo necessário ajustar o tratamento às necessidades específicas das mulheres. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é investigar a relação entre o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) e o sexo feminino, focando nas particularidades clínicas e hormonais que afetam as mulheres. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma revisão literária baseada em artigos científicos que discutem as diferenças de gênero na manifestação do TAB, com enfoque nas peculiaridades hormonais, comorbidades e impactos psicossociais nas mulheres. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As mulheres com TAB apresentam maior frequência de episódios depressivos, ciclagem rápida de humor e uma incidência mais alta de comorbidades, como ansiedade e distúrbios da tireoide, em comparação aos homens. Fatores hormonais, como as oscilações durante o ciclo menstrual, gravidez e menopausa, são importantes na exacerbação dos sintomas. Além disso, o estigma social associado ao transtorno impacta a busca por tratamento, atrasando o diagnóstico e complicando o manejo da condição. Embora o tratamento de TAB seja similar entre homens e mulheres, as mulheres exigem adaptações específicas, como ajuste de medicação durante a gravidez e atenção às flutuações hormonais. **CONCLUSÃO:** O estudo aponta a necessidade de uma abordagem de tratamento mais sensível ao gênero, que leve em conta as influências hormonais e psicossociais nas mulheres com TAB. O desenvolvimento de intervenções mais personalizadas, combinando farmacoterapia e suporte psicossocial, é essencial para melhorar o manejo do TAB em mulheres. A educação pública sobre o transtorno também é fundamental para reduzir o estigma e promover diagnósticos precoces. Mais pesquisas são necessárias para compreender melhor a interação entre os hormônios e o TAB, possibilitando o desenvolvimento de tratamentos mais eficazes e individualizados.

Palavras-chave: transtorno afetivo bipolar; mulheres; flutuações hormonais; comorbidades; tratamento.

ABSTRACT

BACKGROUND: Bipolar disorder (BD) is a chronic psychiatric condition marked by alternating episodes of mania and depression. Gender-specific differences in its manifestation are notable, with women often experiencing a later onset, more frequent depressive episodes, and rapid cycling. Hormonal fluctuations during menstruation, pregnancy, and menopause can complicate the disorder. Women with BD also face higher rates of comorbidities such as thyroid disease and anxiety, along with increased societal stigma, making their experience more complex than that of men. **METHODOLOGY**: This review involved a comprehensive analysis of scientific literature focused on the gender-specific aspects of BD in women. The primary focus was on symptom presentation, hormonal influences, and the impact of psychosocial and cultural factors. The review also evaluated current pharmacological and psychosocial treatment strategies. **RESULTS AND DISCUSSION**: The analysis

revealed that women with BD have unique challenges due to hormonal changes and social factors. Women are more likely to experience depressive episodes, faster mood cycling, and mixed episodes. Comorbidities, such as thyroid disorders and anxiety, are more common in women, further complicating treatment. Hormonal fluctuations during key life stages can trigger BD episodes, making pharmacological management more difficult. Women often require individualized treatment approaches, beyond the standard BD care, to address these complexities. Stigma and social pressures also exacerbate the mental health burden, underscoring the need for a supportive care environment. **CONCLUSION**: Women with BD require gender-sensitive mental health care that considers the influence of hormones and social factors on their condition. More research is needed to understand how hormonal cycles interact with BD symptoms and to tailor treatment accordingly. Public education on BD is vital to reduce stigma, encourage early diagnosis, and improve treatment access. Mental health policies should be inclusive and consider the unique needs of women to improve their quality of life and long-term outcomes.

Keywords: bipolar disorder; women; mood; gender differences.

1 INTRODUÇÃO

O transtorno bipolar é uma condição de saúde grave que afeta cerca de 30 milhões de pessoas em todo o mundo, conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) (GARCIA; MELGAÇO; TRAJANO, 2022). Ele é caracterizado por mudanças extremas de humor, alternando entre episódios maníacos de energia elevada, euforia e impulsividade, e episódios depressivos marcados por profunda tristeza, desesperança e retraimento (YATHAM, L. N. et al., 2018). O TAB é uma doença recorrente e grave, afeta o comportamento e a percepção e frequentemente é associado a sintomas psicóticos. Esse transtorno, também, está frequentemente associado a comorbidades psiquiátricas, como transtornos de ansiedade, alimentares, por déficit de atenção e hiperatividade, e de personalidade, o que torna seu manejo e tratamento mais desafiadores. Esse pode ser uma doença letal, pois pelo menos 25% dos afetados tentam o suicídio, sendo que os pacientes com mania mista (episódios maníacos e depressivos simultâneos) possuem maior risco de contemplar o suicídio (KECK, P. E. et al., 2001; GOODWIN, F. K. et al., 1990; MCELROY, S. L. et al., 1996; DILSAVER, S. F. et al., 1994; STRAKOWSKI, S. M. et al., 1996). A epidemiologia do transtorno bipolar revela uma maior prevalência entre mulheres – embora ele possa afetar ambos os sexos – especialmente aquelas que buscam tratamento. Fatores como idade inferior a 65 anos, estado civil separado ou divorciado, baixo status socioeconômico e desemprego também estão associados a um maior risco de desenvolver a doença. Nesse sentido, este estudo se aprofundará nos aspectos

únicos do TAB em mulheres, esclarecendo sua prevalência, sintomatologia, fatores de risco e considerações sobre tratamento.

O transtorno afetivo bipolar se diferencia em dois tipos: no tipo I, ocorrem episódios de mania alternados com episódios de depressão; já no tipo II, há hipomania, isto é, uma forma mais branda da mania, alternada com depressão (BOSAIPO, N. B. et al., 2017). Na fase de mania, é comum o paciente apresentar atitudes agressivas, as quais podem comprometer os relacionamentos sociais. Comportamentos de grandiosidade, como aumento da autoestima e superestimação de suas capacidades, agitação psicomotora e logorreia são frequentes nesta fase do transtorno. Além disso, a perda de inibição social, comum nessa fase do ciclo, pode levar muitas vezes a condutas inapropriadas. Sintomas psicóticos também podem estar presentes, marcados por delírios e alucinações. A hipomania é caracterizada por uma elevação ligeira do humor, trazendo sensações de bem-estar e de eficácia física e psíquica. Diferente da mania, esses sintomas não são tão graves a ponto de atrapalhar o funcionamento profissional ou social, além de não serem acompanhados de episódios psicóticos (MORENO, R., 2005; OMS, 2008; PEREIRA et al., 2010; VIEIRA NASSER, R. et al., 2023). Já a fase depressiva é marcada por angústia, falta de motivação para atividades diárias e perda do autocuidado. Sintomas como perda de interesse e de prazer por atividades antes prazerosas, diminuição da capacidade de concentração, distúrbios do sono e diminuição do apetite são frequentemente observados. Psicologicamente, nota-se diminuição da autoestima, sentimento de culpa, desesperança e ideias suicidas. Dentre as características psicossomáticas, vale destacar a lentidão psicomotora, perda ou aumento de apetite, perda ou aumento de peso e perda da libido (OMS, 2008; PEREIRA et al., 2010). O curso do transtorno bipolar é marcado por sintomas crônicos e por altos índices de recaídas. A probabilidade de ocorrência de novos episódios maníacos ou depressivos aumenta a cada episódio subsequente, apesar do tratamento (efeito *kindling*) (OMS, 2008; PEREIRA et al., 2010).

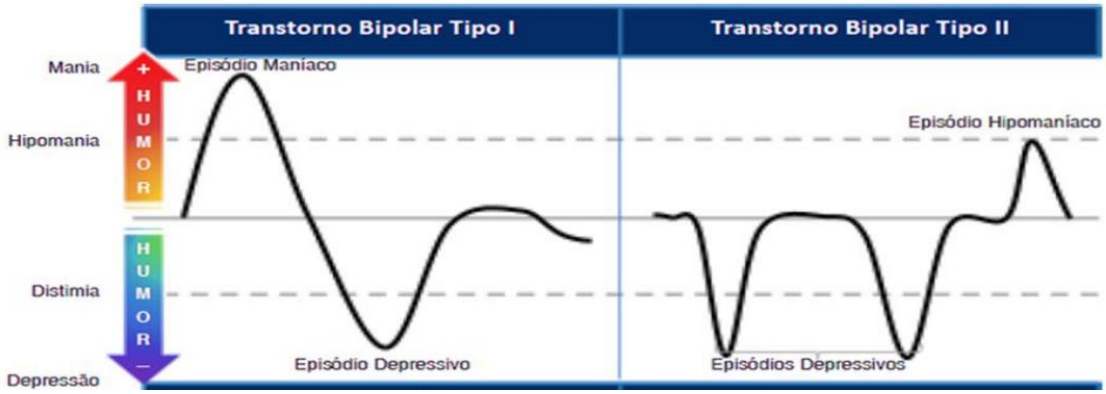

Figura 1. Exemplificação das diferenças entre entre o humor da mania do TAB Tipo 1 e do humor da hipomania do TAB Tipo 2 (STAHL, 2013 apud BOSAIPO; BORGES; JURUENA, 2016).

O objetivo desta revisão literária é investigar as relações entre o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) e o sexo feminino, destacando como a manifestação da doença difere entre homens e mulheres. Especificamente, a revisão buscará:

1. Discutir os impactos do TAB na vida das mulheres, considerando as influências psicossociais, hormonais e emocionais que afetam suas experiências.
2. Identificar as condições e situações que sugerem uma diferenciação na manifestação do TAB entre os sexos.
3. Explorar as hipóteses que explicam por que o TAB se manifesta de maneira distinta em mulheres, levando em conta fatores biológicos, hormonais e culturais.

A partir dessa análise, a revisão visa fornecer uma compreensão mais profunda sobre o TAB em mulheres, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes e personalizadas.

2 METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão de literatura, com o objetivo de compilar e analisar informações sobre o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) em mulheres. A pesquisa foi conduzida em bases de dados científicas como SciELO, PubMed e Google Scholar, utilizando palavras-chave como "transtorno afetivo

bipolar", "mulheres" e "flutuações hormonais". Foram selecionados artigos publicados entre 2000 e 2023, que tratassem especificamente do TAB no contexto feminino.

Os critérios de inclusão envolveram artigos que discutissem as manifestações clínicas do TAB em mulheres, com foco em aspectos hormonais e sociais que influenciam a doença. Foram incluídos estudos clínicos, revisões sistemáticas e meta-análises. Artigos que não abordavam diretamente o tema em relação ao gênero ou que apresentassem metodologia inadequada foram excluídos da análise.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O transtorno afetivo bipolar em mulheres é uma condição complexa e multifacetada que apresenta desafios únicos em termos de prevalência, sintomatologia, influências hormonais e considerações de tratamento. Reconhecer esses aspectos específicos de gênero é essencial para um diagnóstico preciso, abordagens de tratamento personalizadas e melhores resultados. Ao aprofundar a compreensão deste transtorno em mulheres, pode-se abrir caminho para maior apoio e melhor qualidade de vida para as pessoas afetadas por esse transtorno.

Apesar de ter taxa de incidência muito semelhante entre os sexos (1:1), o transtorno afetivo bipolar (TAB) se manifesta de maneira diferente em homens e mulheres. O aparecimento e a identificação do transtorno afetivo bipolar no sexo feminino (entre 20 e 30 anos de idade) tendem a ocorrer mais tardiamente do que no sexo masculino (entre 15 e 19 anos de idade), com padrão sazonal de humor, além de apresentar maior taxa de episódios depressivos, ciclagem rápida (pelo menos 4 oscilações de humor em um período de 12 meses) e maior ocorrência de episódios mistos (episódios simultâneos de síndromes depressiva e maníaca) (MORENO, D. H. et al., 2005).

Comorbidades, como hipertireoidismo, obesidade e transtornos de ansiedade, apresentam-se mais frequentemente nas mulheres com TAB, ao passo que abuso de substância é mais comum no sexo masculino. Há também um maior risco de ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não planejada, ganho excessivo de peso, doença cardiovascular; maior propensão a enxaqueca e a transtornos de ansiedade, transtornos alimentares e de personalidade borderline no sexo feminino (PARIAL, S., 2015).

A prevalência de comorbidades, como abuso de substâncias (42%), transtornos de ansiedade (42%) e transtornos alimentares (17%), é alarmante e impacta diretamente a gravidade do TAB. Pacientes que apresentam abuso de substâncias, por exemplo, têm maior probabilidade de experimentar estados mistos e ciclagem rápida, resultando em uma recuperação mais lenta e um aumento nas hospitalizações e tentativas de suicídio.

Além das comorbidades psiquiátricas, os pacientes com TAB frequentemente enfrentam comorbidades físicas, como migrânea, que é mais prevalente entre eles do que na população geral, com taxas de 4,7% em episódios de mania e 3,9% no TAB tipo II. Condições como hipotireoidismo e hipertireoidismo também estão associadas ao TAB, com pacientes hipotireoideanos apresentando maior risco de reinternações e ciclagem acelerada da doença.

A obesidade e o sobrepeso são preocupações adicionais. Mulheres com TAB têm 1,5 vezes mais probabilidade de sobrepeso e 1,8 vezes mais de obesidade em comparação com controles. Esses fatores estão associados a um aumento do risco de doenças cardiovasculares e diabetes. Estudos indicam que 39% dos pacientes com TAB têm hipertensão e 30% apresentam síndrome metabólica, com a presença dessa síndrome correlacionada a um maior número de tentativas de suicídio.

A diferença de apresentação entre os sexos mais marcante consiste na maior presença de casos com ciclagem rápida na população feminina (LEIBENLUFT, 1996ª; YONKERS et al., 2004). A ciclagem rápida se apresenta entre 15% e 20% dos pacientes com transtorno afetivo bipolar (TAB), sendo que as mulheres representam de 58% a 92% deste grupo (ARNOLD, 2003). Além da perda psicofuncional que a ciclagem rápida pode causar, a abordagem terapêutica pode ser prejudicada, uma vez que de 72% a 82% dos cicladores rápidos respondem pouco ao lítio. O uso de antidepressivos sem a utilização simultânea de estabilizador do humor contribui para a ocorrência de episódios de mania induzidos por antidepressivos e para a ciclagem rápida (ARNOLD, 2003).

O período de gravidez e puerpério é associado a diversos riscos para a população feminina com transtorno afetivo bipolar (TAB), dentre eles: recaídas mais intensas e frequentes (maníacas e depressivas), efeitos colaterais de medicações, teratogênese, além de riscos inerentes à própria doença, como suicídio. Fisiologicamente, diversas

alterações ocorrem no organismo da gestante, como a alteração dos níveis de estrógeno, processos inflamatórios e alterações dos biorritmos, que contribuem para o agravamento do quadro do TAB. A maioria dos episódios durante a gravidez é de caráter depressivo ou misto e, usualmente, mais longa que o normal. Em casos leves de transtorno bipolar, há possibilidade de interrupção do tratamento medicamentoso durante a gravidez; porém, a medicação deve ser retirada de forma lenta e gradual (para evitar recaídas), sendo que as pacientes devem estar estáveis por um período de 4 a 6 meses antes da retirada. Em casos graves, quando a interrupção do tratamento não é indicada, recomenda-se a monoterapia na menor dose possível (PORTO, J. A. D., 2022).

O tratamento em gestantes e lactantes é um obstáculo, pois estabilizadores de humor apresentam riscos para a saúde do feto e do recém-nascido. Ademais, o período pós-parto é um momento de surgimento ou agravamento de transtornos bipolares, sendo necessárias avaliações psicológicas recorrentes (ARNOLD, L. M., 2003).

Um fator que contribui para as diferenças de gênero no transtorno afetivo bipolar é o impacto das variações hormonais. Eventos hormonais, como a puberdade, mudanças no ciclo menstrual, gravidez e menopausa, podem desencadear episódios de humor ou exacerbar os sintomas já existentes. As mudanças hormonais durante a gravidez e o período pós-parto podem desestabilizar os sistemas de regulação do humor, levando a episódios maníacos ou depressivos graves (SHARMA, V. et al., 2012). Outras hipóteses usadas para explicar tais diferenças se alternam entre aspectos culturais/psicológicos e aqueles que focam em sistemas hormonais, como eixo tireoidiano e esteróides gonadais (DIAS, R. da S. et al., 2006).

A menstruação envolve mudanças hormonais significativas no corpo da mulher, incluindo flutuações nos níveis de estrogênio e progesterona. Tais mudanças hormonais podem potencialmente desencadear alterações de humor e afetar a estabilidade dos sintomas bipolares. Algumas mulheres com transtorno afetivo bipolar (TAB) podem experimentar mudanças de humor mais intensas, aumento da irritabilidade ou sensibilidade que são ampliadas durante o ciclo menstrual. “Vários relatos de caso e estudos prospectivos sugerem que as mulheres que experimentam exacerbação dos sintomas pré-menstruais são mais propensas a ter uma doença altamente sintomática e propensa a recaídas” (YATHAM, L. N. et al., 2018).

O transtorno de humor bipolar pode piorar durante certas fases do ciclo reprodutivo feminino, particularmente no pós-parto, mas também durante a fase pré-menstrual do ciclo menstrual, perimenopausa e menopausa (RASGON, N., 2003). O período pós-parto é um período de alto risco para início e recorrência ou agravamento dos sintomas do transtorno bipolar (TB) em mulheres (GUERRA, A. de B. G. et al., 2005; PARIAL, S., 2015), sendo que a psicose pós-parto é mais frequentemente associada ao TB do que a outras doenças psicóticas, com taxa entre 20% e 30% em mulheres com TB (VIDEBECH, P., 1995). Vale ressaltar também que mulheres com TB que estão na perimenopausa ou pós-menopausa podem experimentar um aumento nos sintomas de humor (PARIAL, S., 2015).

Além das influências hormonais, vários fatores de risco contribuem para o desenvolvimento e o curso do transtorno bipolar em mulheres. A genética desempenha um papel significativo, com estudos sugerindo uma maior taxa de hereditariedade em mulheres em comparação com homens. Outros fatores, como trauma na infância, eventos estressantes da vida, abuso de substâncias e transtornos psiquiátricos comórbidos, incluindo ansiedade e transtornos alimentares, podem aumentar a vulnerabilidade ao transtorno bipolar. Além disso, as mulheres com transtorno bipolar podem enfrentar desafios específicos relacionados às expectativas sociais, papéis de cuidadoras e ao impacto da discriminação relacionada ao gênero, potencialmente exacerbando a gravidade de seus sintomas (SULAIMAN-ALSHAYA, D., 2022; ROBINSON, N. et al., 2021).

A qualidade de vida dos pacientes com TAB é significativamente afetada, apresentando escores mais baixos na SF-36 em comparação com a população geral. Os sintomas depressivos, mais do que os episódios maníacos, são os principais responsáveis pela diminuição da qualidade de vida, impactando negativamente o funcionamento social, familiar e ocupacional. Portanto, a gestão do TAB deve considerar não apenas os aspectos psiquiátricos, mas também as comorbidades físicas e suas implicações na saúde geral e na qualidade de vida dos pacientes.

O manejo do transtorno bipolar em mulheres requer uma abordagem abrangente que reconheça os desafios únicos e os possíveis obstáculos que elas possam enfrentar, envolvendo uma combinação de farmacoterapia e intervenções psicossociais.

Apesar de alguns aspectos clínicos do transtorno afetivo bipolar (TAB) diferirem entre os sexos, o tratamento é essencialmente o mesmo, apesar de as mulheres serem mais propensas ao diagnóstico tardio e, consequentemente, ao tratamento tardio. Estabilizadores do humor, como o lítio, são comumente prescritos (YATHAM, L. N. et al., 2018). O tratamento do transtorno bipolar consiste essencialmente na utilização de fármacos combinados com psicoterapia. Os medicamentos mais utilizados no curso terapêutico incluem estabilizadores do humor, antipsicóticos, benzodiazepínicos e, se necessário, anticonvulsivantes (MORENO et al., 2004; SOUZA, 2005). Uma grande parte dos pacientes bipolares inicialmente demonstra sintomas depressivos, o que leva a um erro de diagnóstico, identificando-os apenas com depressão unipolar (PARIAL, S., 2015). O uso de antidepressivos em pessoas com TAB, sem a utilização simultânea de estabilizador do humor, contribui para a ocorrência de episódios de mania induzidos por antidepressivos e para a ciclagem rápida (ARNOLD, L. M., 2003). Atualmente, o lítio é o tratamento de primeira escolha para o transtorno afetivo bipolar, prevenindo recorrências e tentativas de suicídio. É conhecido por reduzir eficientemente sintomas de depressão e mania na maioria dos pacientes em tratamento, inclusive prevenindo o risco de suicídio. Os níveis séricos terapêuticos do lítio são estreitos, variando entre 0,6 e 1,5 mEq/L. Podem ocorrer sintomas como polidipsia, náuseas, diarreia, dor epigástrica, astenia e fadiga, trazendo grande desconforto ao paciente, frequentemente levando à baixa adesão e abandono do tratamento (OLIVEIRA, J. L. de et al., 2010). Vale ressaltar que antipsicóticos convencionais e atípicos elevam consideravelmente os níveis de prolactina, o que afeta a ovulação e diminui a fertilidade (PORTO, J. A. D., 2022).

Apesar da maior incidência de ciclagem rápida e de mania mista em mulheres, a escolha do estabilizador de humor ainda não é óbvia (BURT; RASGON, 2004). Porém, no caso de mania mista, a Associação Americana de Psiquiatria recomenda o uso de valproato, e, no caso da ciclagem rápida, lítio ou valproato (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). A seleção de medicamentos deve considerar fatores reprodutivos e hormonais, pois certos estabilizadores de humor e antipsicóticos podem ter efeitos teratogênicos ou afetar a fertilidade. O aconselhamento contraceptivo, incluindo a ênfase em sua eficácia na redução da probabilidade de gravidez não intencional, deve ser incluído como parte de um plano de tratamento abrangente para mulheres com bipolaridade (YATHAM, L. N. et al.,

2018). A carbamazepina (anticonvulsivante) pode reduzir a ação de anticoncepcionais orais, porém lítio, valproato, gabapentina e antipsicóticos atípicos não interferem nesse mecanismo (ARNOLD, 2003). O valproato pode, por vezes, alterar a função reprodutiva do corpo feminino; portanto, há necessidade de monitoramento de irregularidade menstrual, obesidade e hirsutismo em mulheres em tratamento (LEIBENLUFT, 2001; O'DONOVAN et al., 2002; ARNOLD, 2003), já que mulheres com TAB apresentam mais desequilíbrios menstruais, independentemente do tratamento medicamentoso (O'DONOVAN et al., 2002). A tomada de decisão colaborativa entre o paciente e o profissional de saúde é crucial para equilibrar os benefícios e os riscos das várias opções de tratamento específicas para cada caso (SOUZA, 2005; BALLONE, 2008).

A psicoterapia é de extrema importância no tratamento do TAB, pois melhora a qualidade de vida do paciente psicologicamente e socialmente, além de auxiliar na detecção mais efetiva de sinais precoces e recorrências. A combinação de psicoterapia e tratamento farmacológico pode reduzir recaídas e recorrências, melhorando a adesão (KNAPP; ISOLAN, 2005; SOUZA, 2005; PEREIRA et al., 2010). Além disso, os programas de psicoeducação direcionados a mulheres com transtorno bipolar podem fornecer informações e apoio valiosos, ajudando os indivíduos a desenvolver estratégias de enfrentamento, reconhecer sinais de alerta precoce e enfrentar os desafios específicos de seu gênero (MIKLOWITZ; SCOTT, 2009).

Apesar de o tratamento se mostrar eficaz, a adesão ao tratamento é um desafio significativo, com taxas de não adesão variando entre 20% e 60%. Mais de um terço dos pacientes abandona a medicação sem consultar seu psiquiatra, e um em cada dez considera interromper o tratamento em algum momento. Geralmente, os motivos são relacionados ao psicológico do paciente, como suas crenças na eficácia da terapia, hábitos de vida, como abuso de drogas e álcool, e características sociais (idade, sexo, renda, estrutura familiar etc.). Efeitos colaterais da medicação e a longa duração do tratamento também são fatores que influenciam na baixa adesão ou abandono da terapêutica (SANTIN; CERESÉR; ROSA, 2005; SOUZA et al., 2013).

4 CONCLUSÃO / CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) apresenta manifestações distintas em mulheres, influenciado por fatores biológicos, hormonais e psicossociais. Essa diferenciação

reforça a necessidade de uma abordagem sensível ao gênero no tratamento, que considere os impactos das flutuações hormonais e das comorbidades, como transtornos de ansiedade e doenças da tireoide, além dos desafios psicossociais, como o estigma.

Pesquisas adicionais são essenciais para compreender melhor as interações entre o ciclo hormonal e os sintomas do TAB, permitindo o desenvolvimento de intervenções farmacológicas e psicossociais mais eficazes e personalizadas para mulheres.

A conscientização pública também desempenha um papel crucial, reduzindo o estigma e incentivando a busca por tratamento precoce. Políticas de saúde mental inclusivas, que reconheçam as necessidades específicas das mulheres com TAB, são fundamentais para melhorar o acesso ao cuidado e a qualidade de vida das pacientes.

Dessa forma, é necessário combinar intervenções clínicas personalizadas, pesquisa contínua e educação pública para aprimorar o manejo do TAB em mulheres, promovendo uma abordagem integrada e eficaz.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). *American Journal of Psychiatry*, v. 38, supl. 4, p. S113-S117, 2002.
2. ARNOLD, Lesley M. Gender differences in bipolar disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 26, n. 3, p. 595-620, set. 2003. Disponível em: https://doi.org/10.1016/s0193-953x(03)00036-4. Acesso em: 8 ago. 2024.
3. BALLONE, G. J. Lítio e litoterapia. In: *PsiqWeb*, 2008. Disponível em: <www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 8 ago. 2024.
4. BOAVENTURA, Vinícius; LYRIO, Rodrigo Rodrigues; NARDI, Antônio Egidio; CHENIAUX, Elie. Carbamazepina no tratamento do transtorno bipolar: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 72, n. 4, p. 329-340, 2023.
5. BOSAIPO, N. B.; BORGES, V. F.; JURUENA, M. F. Bipolar disorder: a review of conceptual and clinical aspects. *Medicina* (Ribeirão Preto. Online), v. 50, n. supl. 1, p. 72, 4 fev. 2017.

6. BURT, V. K.; RASGON, N. Special considerations in treating bipolar disorder in women. *Bipolar Disorders*, v. 6, p. 2-13, 2004.
7. CANTILINO, A. Jr. et al. Transtorno bipolar e gênero: quais as novidades? *Revista Debates em Psiquiatria*, 2016. Disponível em: https://revistardp.org.br/revista/article/view/117. Acesso em: 8 ago. 2024.
8. COLOM, F. et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, v. 60, n. 4, p. 402-407, abr. 2003.
9. COSTA, Anna Maria Niccolai. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 104-110, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rpc/a/BZkzc4XPngLHbXqwwS7CYXP/. Acesso em: 13 ago. 2024.
10. DIAS, R. da S. et al. Transtorno bipolar do humor e gênero. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), v. 33, p. 80–91, 2006.
11. FERREIRA ROSA, Ana Carolina; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Dor no transtorno bipolar: prevalência, características e relação com risco de suicídio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 29, e3463, 2021.
12. GUERRA, A. de B. G.; CALIL, H. M. O transtorno bipolar na mulher. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), v. 32, p. 110–116, 2005.
13. JUDD, L. L. et al. Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, v. 6, n. 2, p. 127-137, 2003.
14. KECK, Paul E. et al. Bipolar disorder. *Medical Clinics of North America*, v. 85, n. 3, p. 645-661, maio 2001. Disponível em: https://doi.org/10.1016/s0025-7125(05)70334-5. Acesso em: 15 set. 2021.
15. KNAPP, Paulo; ISOLAN, Luciano. Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 32, n. 1, p. 98-104, 2005.
16. KUPKA, R. W. et al. High rate of autoimmune thyroiditis in bipolar disorder: lack of association with lithium exposure. *Biological Psychiatry*, v. 61, n. 5, p. 698-701, mar. 2007.
17. LEIBENLUFT, E. Women with bipolar illness: clinical and research issues. *American Journal of Psychiatry*, v. 153, p. 163-173, 1996.

18. MIKLOWITZ, D. J.; SCOTT, J. Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disorders*, v. 11, supl. 2, p. 110-122, 2009.
19. MORENO, D. H.; MORENO, R. A. Estados mistos e quadros de ciclagem rápida no transtorno bipolar. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), v. 32, p. 56–62, 2005.
20. MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; RATZKE, R. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 32, n. 1, p. 39-48, 2005.
21. MUNDIM FILHO, Marco Tulio; DANTAS, Victor Vieira; NAKAIE, Kevin Yoshimi; JORDÃO, Juliana Alvarenga. Transtorno bipolar: uma análise abrangente dos aspectos clínicos e terapêuticos. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 6, n. 5, p. 22973-22985, set./out. 2023.
22. MUNK-OLSEN, Trine et al. Psychiatric disorders with postpartum onset: possible early manifestations of bipolar affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, v. 69, n. 4, p. 428-434, abr. 2012.
23. O'DONAVAN, C. et al. Menstrual abnormalities and polycystic ovary syndrome in women taking valproate for bipolar mood disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 63, p. 322-330, 2002.
24. OLIVEIRA, J. L. de et al. Nefrotoxicidade por lítio. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 56, n. 5, p. 600–606, 2010.
25. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Disponível em: http://cid10.bancodesaude.com.br/cid-10/capitulo-v-transtornos-mentais-ecomportamentais. Acesso em: 8 ago. 2024.
26. PARIAL, Sonia. Bipolar disorder in women. *Indian Journal of Psychiatry*, v. 57, supl. 2, p. S252-S263, jul. 2015. DOI: <10.4103/0019-5545.161488>. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4539870/. Acesso em: 8 ago. 2024.
27. PEREIRA, L. L. et al. Transtorno bipolar: reflexões sobre diagnóstico e tratamento. *Perspectiva*, Erechim, v. 34, n. 128, p. 151-166, dez. 2010.
28. PORTO, J. A. D.; OITAVEN JR., N. L. Tratamento do transtorno bipolar durante a gravidez. *Debates em Psiquiatria*, v. 8, n. 6, p. 38–45, 7 maio 2022.

29. ROBINSON, Natassia; BERGEN, Sarah E. Environmental risk factors for schizophrenia and bipolar disorder and their relationship to genetic risk: current knowledge and future directions. *Frontiers in Genetics*, v. 12, n. 12, 28 jun. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fgene.2021.686666. Acesso em: 8 ago. 2024.
30. SANTIN, Aida; CERESÉR, Keila; ROSA, Adriane. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 32, n. 1, p. 105-109, 2005.
31. SHARMA, V.; POPE, C. J. Pregnancy and bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 73, n. 11, p. 1447-1455, 2012.
32. SHARMA, Verinder; POPE, Carley J. Pregnancy and bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, v. 73, n. 11, p. 1447-1455, 21 ago. 2012.