



Transtorno bipolar e suicídio

Ângela Miranda-Scippa

DESENVOLVIMENTO

O transtorno bipolar (TB) é uma doença cíclica e muito heterogênea nas suas apresentações clínicas. De acordo com a nova Classificação Internacional de Doenças (CID-11, 2018), ele é caracterizado pela presença de episódios de mania/hipomania, de depressão e mistos¹. Estes últimos haviam sido abolidos no DSM-5 (APA, 2013), pois deixaram de ser categorizados como episódios e passaram a ser descritos como especificadores clínicos da depressão ou da mania/hipomania².

A prevalência do TB nas formas clássicas está em torno de 2,4% e o impacto na vida dos seus portadores é bastante significativo. Além disso, pacientes com essa patologia têm sete vezes mais probabilidade de morrer de causa não natural². De fato, uma das grandes dificuldades no cuidado desses pacientes é a prevenção ao suicídio. O TB tem taxa de suicídio alta, considerada 20 vezes maior que a da população geral. Calcula-se que de um terço até a metade dos pacientes tentará o suicídio pelo menos uma vez na vida e aproximadamente 13% morrerão em consequência desse desfecho, sendo que em 70% dos casos a tentativa ocorre na fase de depressão^{2,3}.

Embora muitos fatores de risco tenham sido descritos em relação às tentativas de suicídio, os mais consistentes são: idade de início precoce da doença, gênero feminino, polaridade negativa, ansiedade, abuso de substâncias e transtornos de personalidade comórbidos. Quanto ao risco de suicídio, os fatores relatados são: história familiar de suicídio em parentes de primeiro grau e gênero masculino. Não há estudos com amostras suficientes para determinar se há realmente diferenças entre as tipologias do TB I e II³.

Diante desse cenário, o tratamento do TB ainda é um grande desafio, pois é necessário debelar qualquer episódio agudo e prevenir novos

Professora titular do Departamento de Neurociências e Saúde Mental (DNCSM) da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora permanente do Programa de pós-graduação em Medicina e Saúde (PPgMS) da UFBA. Coordenadora do Centro de Estudos de Transtornos de Humor e Ansiedade (CETHA) da UFBA.

Recebido: 12 de novembro 2019

Aceito: 11 de dezembro 2019

Correspondência

Ângela Miranda Scippa
equipemedica@mpgrupo.com.br

Este artigo deve ser citado como

Miranda-Scippa A. Transtorno bipolar e suicídio. Med Int Méx. 2020;36(Supl. 1):S6-S8.
<http://doi.org/10.24245/mim.v36id.3776>



(recorrências). Sabe-se também que os riscos de comportamento suicida e de perdas funcionais são maiores nos indivíduos não tratados, comparados àqueles em tratamento adequado e contínuo. Em relação aos chamados “estabilizadores de humor”, o lítio é o fármaco que reúne o maior número de evidências na prevenção ao comportamento suicida, e a quetiapina é o único antipsicótico atípico que se encontra em primeira linha de tratamento nas várias diretrizes de tratamento existentes, tanto nas fases agudas de mania/ hipomania e de depressão quanto na prevenção de todas elas^{4,5}.

Dentre os protocolos de tratamento do TB, o *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT, 2018) contém informações baseadas em evidências científicas para guiar o tratamento dos episódios agudos e a manutenção, levando em consideração não apenas a eficácia, mas também a tolerabilidade de cada substância na escolha do plano terapêutico. Dessa forma, as indicações dos medicamentos são colocadas de forma hierárquica e distribuídas em níveis de evidências: primeira linha, segunda linha, não recomendado ou sem dados⁴ (**Quadros 1 e 2**).

Quadro 1. Tratamento de primeira linha da mania e da depressão (Adaptado de: CANMAT, 2018).

Monoterapia	Combinação
MANIA	MANIA
Quetiapina	Associada a Li/ DVP
Aripiprazol	Associada a Li/ DVP
Risperidona	Associada a Li/ DVP
Paliperidona (> 6 mg)	Sem dados
Divalproato	Associado à: aripiprazol, quetiapina ou risperidona
Lítio	Associado à: aripiprazol, quetiapina ou risperidona
DEPRESSÃO	DEPRESSÃO
Quetiapina	*
Lurasidona	Associada a Li/DV P
Lamotrigina	Associada a outro
Lítio	Associado à lurasidona

Li = lítio; DVP = divalproato

*Associada a Li/DVP = pouca evidência.

Quadro 2. Tratamento de primeira linha da fase de manutenção (Adaptado de: CANMAT, 2018).

Monoterapia/Combinação	Prevenção mania	Prevenção depressão	Prevenção qualquer episódio
Lítio	sim	sim	sim
Quetiapina	sim	sim	sim
Divalproato	sim	sim	sim
Lamotrigina	pouca evidência	sim	sim
*Aripiprazol	sim	sem dados	sim
Lurasidona	pouca evidência	pouca evidência	pouca evidência
Aripiprazol + Li/DVP	sim	sim	sim
Quetiapina + Li/DVP	sim	sim	sim
Lurasidona + Li/DVP	sem dados	sem dados	sim
Lamotrigina associada	pouca evidência	pouca evidência	pouca evidência

Li = lítio; DVP = divalproato

*Uso diário ou mensal.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases 11 (ICD) for Mortality and Morbidity Statistics. 11th ed. Chapter 06. Mental, Behavioural or Neurodevelopmental Disorders, p. 22-30. Geneva: WHO; 2018.
2. Jones S, Riste L, Barrowclough C, Bartlett P, Clements C, Davies L, et al. Reducing relapse and suicide in bipolar disorder: practical clinical approaches to identifying risk, reducing harm and engaging service users in planning and delivery of care – the PARADES (Psychoeducation, Anxiety, Relapse, Advance Directive Evaluation and Suicidality) Programme. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2018. v. 6. p. 1-332.
3. Schaffer A, Isometsa ET, Tondo L, Moreno D, Turecki G, Reis C, et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2015;17(1):1-16.
4. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2018 Mar;20(2):97-170.
5. Baldessarini R, Leonardo T, Vazquez G. Pharmacological treatment of bipolar disorders. *Mol Psychiatry.* 2019 Feb;24(2):198-217.