

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS - GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL.

CHIARA TRINTA E TRABULSI

**RELATO DE CASO: TRANSTORNO BIPOLAR EM UMA MULHER ATENDIDA
PELO CAPS I EM SÃO BENTO – MA**

São Luís

2010

CHIARA TRINTA E TRABULSI

**RELATO DE CASO: TRANSTORNO BIPOLAR EM UMA MULHER ATENDIDA
PELO CAPS I EM SÃO BENTO – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do LABORO – Excelência em Pós – Graduação/ Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialização em Saúde Mental.

Orientadora: Janete Valois Ferreira Serra.

São Luís

2010

CHIARA TRINTA E TRABULSI

**RELATO DE CASO: TRANSTORNO BIPOLAR EM UMA MULHER ATENDIDA
PELO CAPS I EM SÃO BENTO – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do LABORO – Excelência em Pós – Graduação/ Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialização em Saúde Mental.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa Janete Valois Ferreira Serra (Orientadora)

Mestre em Psicologia Social

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que me incentivaram e apoiaram a cada instante em meus estudos,

Ao meu marido Anderson, minha prima Patrícia e a minha cunhada Luciana pela disposição e ajuda na conclusão desse Relato e a Professora Janete Valois por toda paciência e compreensão a que me dedicou.

RESUMO

Este Relato de Caso tem como tema central o Transtorno Bipolar diagnosticado em uma mulher com acompanhamento intensivo no CAPS I no município de São Bento - MA. Explora o aumento significativo dessa doença que se apresenta de várias formas, e se caracteriza principalmente pela alternância de humor, que causa grande impacto não só ao doente, mas aos seus familiares, aos serviços de saúde e a sociedade em geral, pois esse transtorno leva à pessoa da euforia a depressão e até mesmo ao suicídio. A coleta de dados foi através de perguntas abertas á paciente, á sua mãe e a Enfermeira que a acompanha, e ainda através dos prontuários da paciente. Foram abordados todos os prós e contras enfrentados por Ela e relatadas todas as suas características clinicas e sociais. Através desses dados, se percebeu que o Transtorno Bipolar é uma doença mental séria, de diagnóstico complicado, mas que quando descoberto e tratado pode ser bem controlado, e que é de importância primordial para esse tratamento não só o uso das medicações, mas o acolhimento e apoio dos serviços de saúde e da família de quem sofre esse tipo de transtorno.

PALAVRAS-CHAVE: Doença mental, Transtorno bipolar, Alternâncias de humor, Acolhimento.

ABSTRACT

This Story of Case has as central subject the diagnosed Bipolar Upheaval in a woman with intensive accompaniment in CAPS I in the city of São Bento - MA. It explores the increase significant of this illness that it presents of some forms, and if it characterizes mainly for the mood alternation, that cause great impact not only to the sick person, but to its familiar ones, the services of health and the society in general, therefore this upheaval even though takes to the person of the euphoria the depression and to the suicide. The collection of data was through open questions the patient, its mother and the Nurse follies who it, and still through handbooks of the patient. The advantages and cons faced for It had been boarded all and told to all its clinical and social characteristics. Through these data, if it perceived that the Bipolar Upheaval is a serious insanity, of complicated diagnosis, but that when discovered and treated can be well controlled, and that it is of primordial importance for this treatment not only the use of medications, but the shelter and support of the services of health and the family of who it suffers this type of upheaval.

Key-words: Insanity, bipolar Upheaval, Alternations of mood, Shelter.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVO.....	11
4 DESCRIÇÃO.....	12
5 RESULTADOS.....	15
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a literatura o Transtorno Bipolar é definido como uma doença que se caracteriza pela alternância de humor, sendo que ora a pessoa fica eufórica (episódios de mania) ora deprimida, intercalando com períodos de normalidade. Apesar do transtorno bipolar do humor nem sempre ser facilmente identificado, existe evidências de que fatores genéticos possam influenciar o aparecimento da doença (PEREIRA, 2007).

Além dos episódios clássicos de mania, hipomania e depressão, há ainda aqueles mistos, ou seja, episódios nos quais ocorrem sintomas tanto característicos das fases de mania/hipomania como da depressão. E a ocorrência de sintomas psicóticos tende a ser um indicador da gravidade do episódio nas diferentes fases da doença, bem como a alta frequência destes episódios tende a marcar a cronicidade da doença (SHASTRY, 2005).

Segundo Cenci (2002) as queixas apresentadas pelos pacientes variam entre problemas relacionais, cognitivos, físicos ou biológicos e emocionais. Em primeiro lugar encontra-se dificuldade familiar e/ou conflitos conjugais, dificuldade de relacionamento. Outras queixas mencionadas com frequência foram os problemas na escola, dificuldade de aprendizagem, agressividade. Ou ainda, por doenças como distúrbios alimentares, depressão, medos e ansiedades, dentre outros motivos.

Um número expressivo de pesquisadores vem se dedicando a identificar as alterações neuropsicológicas nos episódios depressivos e os resultados encontrados mostraram que a memória e a atividade psicomotora são funções cognitivas extremamente sensíveis às alterações do humor (CALIGIURI; ELLWANGER, 2000).

Mulheres parecem estar sujeitas a um risco maior de ciclagem rápida e mania mista, condições que fariam do TAB um transtorno com curso mais prejudicial no sexo feminino:

Entre os transtornos psiquiátricos, existe menor quantidade de estudos sobre mulheres com transtorno afetivo bipolar (TAB) do que com transtorno depressivo unipolar ou esquizofrenia (Leibenluft, 1996a; Hendrick *et al.*, 2000). Embora mulheres e homens apresentem prevalências semelhantes para o transtorno bipolar do tipo I, parecem existir diferenças entre os sexos quanto ao curso da doença. Mulheres têm risco maior de desenvolver ciclagem rápida caracterizada por quatro ou mais episódios afetivos em um ano (Leibenluft, 1996a) e, possivelmente, mania mista, além de maior número de episódios depressivos e episódios depressivos mais longos. Também parece haver risco maior de início tardio da doença, entre 45 e 49 anos, para as mulheres (Leibenluft, 1996a; Arnold, 2003), (GUERRA; CALIL,2006).

É válido ressaltar que na população infantil e nos adolescentes este distúrbio aparece de forma diferente que na fase adulta. A criança é ativa e impulsiva, explosiva e irritada, fala em excesso, muda rapidamente de assunto, tem pouca necessidade de sono. Acredita ter habilidades especiais e/ou poder fazer coisas irreais. As crianças em idade escolar e os adolescentes em geral apresentam humor irritável, mania mista, ciclagem rápida, delírios de grandeza, labilidade emocional e explosões de raiva (BRAGA et al., 2008).

O transtorno bipolar do humor acomete cerca de 1% da população geral brasileira. Mesmo sendo pouco freqüente, seu impacto sobre a vida dos indivíduos e seus grupos de convívio se traduz em um sério problema de saúde pública. Além disso, o conceito da doença sofreu reformulações significativas nos últimos anos, ampliando-se o seu espectro (RIBEIRO et al., 2005).

É bastante difícil o diagnóstico de transtorno de personalidade comórbido com Transtorno Bipolar (TB), particularmente durante as fases de depressão ou de hipomania/mania. Por outro lado, sua identificação tem importantes implicações em termos de prognóstico. Assim sendo, recomenda-se que essa dúvida seja esclarecida quando o TB estiver controlado, se possível contando com informações de familiares (SANCHES et al., 2005). Portanto, o diagnóstico diferencial deve ser feito com base na história pessoal (na doença bipolar, os quadros são agudos e seguidos por períodos de depressão ou de remissão) e familiar (com certa freqüência, podem ser identificados quadros de mania e depressão nas famílias) (COLOM; VIETA, 2004).

Segundo Souza (2005) o tratamento para este distúrbio “é farmacológico e aplicação de terapias, e tem como objetivo o controle de episódios agudos e prevenção de novos episódios”. Os remédios disponíveis para o tratamento de transtornos bipolares têm aumentado consideravelmente na última década com a

aparição de novas drogas com menos efeitos colaterais para os usuários, que combinam boa eficácia com melhor tolerabilidade. Sabe-se que as drogas combinadas podem permitir doses menores e, portanto, melhor toleradas de ambos os medicamentos. Para o referido autor o tratamento do transtorno bipolar é dividido em três fases:

aguda, continuação e manutenção. Os objetivos do tratamento da fase aguda são: tratar mania sem causar depressão e/ou consistentemente melhorar depressão sem causar mania. A fase de continuação tem como meta: estabilizar os benefícios, reduzir os efeitos colaterais, tratar até a remissão, reduzir a possibilidade de recaída e aumentar o funcionamento global. Finalmente, os objetivos do tratamento de manutenção são: prevenir mania e/ou depressão e maximizar recuperação funcional, ou seja, que o paciente continue em remissão.

Dentre os principais objetivos do tratamento psicoterápico no transtorno bipolar, Perry et al, (1999), cita:

adesão é – fundamental aumentar a adesão do paciente ao tratamento; funcionamento social e ocupacional – melhorar o desempenho dos pacientes em atividades sociais e laborativas; melhorar a detecção de sinais precoces de recorrências; educar o paciente acerca de sua doença e suas medicações (explicar os vários sintomas, esclarecer sobre prognóstico, instalar esperança, envolver familiares); promover um estilo de vida saudável, por exemplo, regularizar o ciclo sono–vigília; criar de forma colaborativa estratégias de lidar com estresses, que, se não administrados apropriadamente, podem provocar um episódio depressivo.

Além da medicação, o uso da psicoeducação como uma ferramenta profilática adicional tem sido reconhecido por várias prestigiadas diretrizes de tratamento, ampliando e atualizando os paradigmas de tratamento dos transtornos bipolares. A psicoterapia pode reduzir os fatores de risco de recorrência (paciente permanecendo eutímico), melhorando a adesão, propiciando as mudanças no estilo de vida, permitindo a detecção precoce de sintomas prodrômicos e melhor gerenciamento de dificuldades interpessoais (MIKLOWITZ et al., 2000; ROTHBAUM; ASTIN, 2000).

O portador do transtorno bipolar, ou seja, um doente mental pode ser acolhido e tratado nos serviços de hospital dia, ambulatório, intervenção hospitalar, em clínicas e nos CAPS, estes podem contar com o apoio do PSF e NASF. O acolhimento ao paciente e à sua família, bem como a atuação humanizada é

importante para o tratamento e a reabilitação do doente mental, uma vez que se prioriza a reinserção na sociedade.

Este relato servirá para ajudar principalmente na formação de enfermeiros com especialização em Saúde Mental. Nele foi aproveitado o conhecimento de diversas áreas da saúde, não esquecendo o conhecimento do respeito pelo ser humano, a valorização pelo acolhimento ao próximo e aspectos educativos.

Contribuiu para um adequado planejamento de ações à saúde nos serviços preventivos, especialmente voltado para a paciente em estudo, com troca de conhecimentos e por ser uma atenção individualizada e integral.

Outros estudos – prospectivos, com amostras maiores e que não se restrinjam a populações de centros especializados – são necessários para o esclarecimento de possíveis diferenças no curso do TB, na resposta aos tratamentos entre mulheres e homens e a importância da necessidade multidisciplinar.

2 JUSTIFICATIVA

O estudo sobre Transtorno Bipolar será de avaliação bibliográfica e relato de caso de uma paciente que se encontra no CAPS I do município de São Bento – MA, que justificará o objeto desta pesquisa, nesse trabalho abordou-se todos os prós e contras encontrados na assistência humanizada da paciente e relatou-se questões abordadas pela mesma, pela mãe da paciente e pela enfermeira que a assistiu.

O relato sobre o transtorno bipolar iniciou-se com sujeito diferente (era em pacientes jovens), em outro CAPS de um outro município que motivos políticos, ocorreu a mudança de gestão deste e conseqüentemente eu perdi o acesso. Por já ter acesso ao CAPS de São Bento, no qual eu já havia trabalhado, realizei o relato de caso com a única paciente com diagnóstico de transtorno bipolar, que havia neste, o que facilitou o desenvolvimento do relato, pois participei do acolhimento da paciente quando deu entrada de serviço.

A escolha pelo tema proposto foi pelo interesse desse transtorno que engloba uma série de sentimentos capaz de levar a pessoa ao desequilíbrio, compreendendo as dificuldades e constatando principalmente o acompanhamento e assistência do profissional diante da paciente em estudo.

3 OBJETIVO

Relatar as características clínicas e sociais de uma paciente com diagnóstico de Transtorno Bipolar atendida no CAPS I de São Bento – MA.

4 DESCRIÇÃO

- **Local de estudo**

O estudo foi realizado no CAPS I do município de São Bento – MA. Com população de 38.000 habitantes, o referido município possui uma área de 585,394km², e economia baseada principalmente na pesca, caça e agropecuária.

Dentre os serviços de saúde, oferece a população 1 Centro de Saúde, 14 equipes do Programa Saúde da Família, 5 equipes de saúde bucal, 103 agentes comunitários da saúde, 1 hospital municipal e CAPS I.

O CAPS de São Bento assiste pacientes com transtornos mentais, priorizando o acolhimento para reinserí-los na sociedade, através dos serviços executados por uma equipe multiprofissional constituída por: médica psiquiátrica, enfermeira, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagoga, fonoaudióloga, auxiliares de enfermagem e profissionais de nível médio. Por sua vez, o CAPS I desenvolve atividade de oficina terapêutica, visita domiciliar, orientações medicamentosas, orientações da higienização, campanhas de saúde, atividades comunitárias, critérios de admissão e alta, construção de projetos terapêuticos individualizados, e reuniões e supervisão de equipes.

- **Período de realização**

A pesquisa foi realizada no período de fevereiro e a abril de 2010. Vale lembrar que a paciente deu entrada no serviço do CAPS I em junho de 2008, ocasião em que desempenhava minhas atividades profissionais.

- **Sujeito**

T. J. B nascida em 27 de maio de 1967, solteira, lavradora e residedente na zona rural do município de São Bento.

Sofreu a primeira crise em 2004, onde foi levada ao Hospital Nina Rodrigues, onde ficou internada por 72hrs, sendo encaminhada para Clinica La Rahavardiere. Após esse episódio, a paciente passou ainda por mais 3 internações ocasionadas por ficar perambulando nas ruas freqüentemente.

Iniciou tratamento com um neurologista e retornava para acompanhamento todos os meses. Iniciou o tratamento no CAPS de São Bento em 2008 e foi inserida nas oficinas terapêuticas, participando efetivamente. Quando iniciou no CAPS, os sintomas eram: crises de deambulação, higiene precária, insônia, inapetência, sorria sem parar, falava sozinha e tinha o pensamento desordenado, agressividade, juntava lixo na rua e usava-os como apetrechos. A hipótese diagnóstica inicial era de: Esquizofrenia F20.9 (nesse período usou haldol 5mg e ampictil 100mg + fernegam 25mg).

Fez nova avaliação através da qual pode-se constatar melhora significativa. Fazia uso regular de medicações, embora com queixas de tonturas. Dizia que ainda *“ouvia vozes que lhe diziam coisas que ela não podia revelar”*. Continuava usando muitos adereços colhidos na rua e que ganhava. Foi identificada pelo médico nova hipótese diagnóstica: Esquizofrenia indiferenciada F20.3.

Nova avaliação foi realizada detectando-se que a paciente estava mais orientada, conversava melhor, dizia *“estar com saúde e se cuida melhor (higienicamente)”*, orientada, chora muito ao contar sua historia, lúcida, bom aspecto, sem deteriorização no comportamento, com hábitos e impulsos.

Mais uma mudança na hipótese diagnóstica: Transtorno Bipolar F31.3 + depressão leve e moderada. Após o diagnóstico de TB foram mudadas as medicações: Carbolitium 450mg + Ampictil 100mg + Fernegam 25mg.

Mais uma avaliação. A paciente estava sem medicações a quinze dias por falta de recursos. Contudo, não apresentou alterações sendo mantido o Carbotilium 300mg. Não apresentou queixas até fevereiro de 2009 (por 5 meses).

Depois mais uma nova avaliação, com queixas de sono irregular, cefaléia freqüente, uma nova crise, em que foi adicionado o Rivotril 2mg. Passou um tempo sem consultas indo apenas para as oficinas irregularmente, alegava que tinha que cuidar da mãe diabética que estava com joelho seriamente machucado e o PE diabético. Paciente aumentou gradativamente de peso e foi prescrito Sibus 10mg+ Carbamazepina 300mg.

Paciente recebeu visita domiciliar da equipe do CAPS I, pois havia parado de freqüentar as oficinas terapêuticas há mais de 3 meses. Encontrava-se inquieta, embora estivesse usando as medicações regularmente e muito preocupada com a doença da mãe. Com queixa de falta de recursos financeiros, deu entrada com ajuda da assistente social do CAPS para garantir benefício.

A paciente retorna ao CAPS, informa melhora na saúde da mãe, ainda obesa e inchada e em uso de sibus 10mg + carbotilium 300mg.

Outra avaliação: paciente logoneica, frequentando as oficinas terapêuticas, parou de usar sibus 10mg, em uso apenas de carbotilium 300mg. Refere preocupação com venda de um terreno da família (sendo só ela e a mãe) por isso diz não estar dormindo direito.

Nova hipótese diagnóstica: Apenas o Transtorno Bipolar, sendo prescrito Carbotilium 300mg + Neural 100mg.

A paciente encontra-se bem, hipotérmica, logoneica, queixas apenas de preocupação com o terreno “*diz que um sobrinho quer tomar o terreno dela e da mãe*”. Em uso de Carbotilium 300mg + Haldol1mg+ lamitou100mg e voltou a usar Sibus 10 mg para perder peso.

Um mês depois hipotermia e logoneica, sorri bastante, usando muitas bijuterias (dessa vez não mais do lixo), juízo crítico preservado, mostra bastante fé em santos. Perda acentuada de peso com uso regular das medicações.

Por fim, em abril de 2010: paciente sem uso da medicação (por falta novamente de recursos para comprar). Aguardando benefício do INSS. Paciente logoneica, refere “*ter voltado a ouvir vozes do bem*”, e rezando muito o tempo todo. Não foram mudadas as medicações nem a hipótese diagnóstica.

- **Fonte de coleta de dados**

Ficha roteiro com perguntas abertas: Paciente, Mãe da paciente e Enfermeira do CAPS (a profissional de referência da paciente);

Prontuários

5 RESULTADOS

MÃE DA PACIENTE	PACIENTE	ENFERMEIRA
A mãe percebeu mudanças no comportamento da filha a partir da primeira separação do marido, que a agredia muito.	A paciente procurou o CAPS, devido ao acolhimento da equipe, a qual ela diz gostar muito.	Ao perguntar sobre as orientações prestadas a paciente, ela relata acompanhá-la no tratamento medicamentoso, visita domiciliar, cuidando e amparando no que necessário.
Ao perguntar sobre a procura pelo CAPS, a mãe relatou que não pediu ajuda, pois não conhecia direito o serviço.	Perguntou-se se ela se sente melhor após entrada no CAPS, ela respondeu que tem dias que sim, mas que fica triste porque ainda não conseguiu o recurso do INSS.	Quanto ao desenvolvimento da paciente no CAPS, ela diz que no início a mesma faltava muito, mas que agora frequenta regularmente o serviço.
Se na sua visão o estado da filha era normal, ela respondeu que diziam ser espírito, mas ela acreditava que a filha estava com problemas mentais.	Diz que o CAPS é a sua segunda casa, que passou a fazer parte de sua vida, gosta dos colegas, das oficinas, dos lanches, que acha tudo muito importante.	Quanto as orientações ao tratamento medicamentoso, ela diz acompanhar o de todos o pacientes do CAPS (hora/dose/remédio certo)...
Com a entrada no CAPS achou que a filha melhorou muito, principalmente o estado de humor.	O maior desafio no tratamento segundo ela é o uso das medicações, que a deixam sonolenta e quando não tem o recurso para comprá-las.	Perante o acolhimento da paciente, ela relata que T.J.B. é muito carente de afetos, que realiza terapias individuais e nelas a incentiva na integração com os outros pacientes
Ao perguntar se ela tem conhecimento do diagnóstico da filha, ela respondeu que não sabe explicar, mas que é um transtorno na cabeça que ela toma muitos remédios e que às vezes sofre por isso	Relatou que após o acompanhamento no CAPS não a chamam, mas de doida nas ruas e que as pessoas falam com ela normalmente	Em relação à família da paciente, ela diz que o contato é apenas a mãe, mas que ela é doente (pé diabético) e não vai ao CAPS, então ela realiza visita domiciliar para deixá-la ciente do tratamento da filha.
Por fim, relatou que o CAPS hoje é fundamental na vida de sua filha, que a tratam como gente normal e que é muito feliz com essa conquista.	Após alta relata que seu maior sonho é conseguir sua aposentadoria e pegar um dinheiro pendente de família para viver bem com sua mãe.	Diz ainda que consegue manter seu equilíbrio emocional normal e que os pacientes a ensinam muito.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através de pesquisas bibliográficas e outras referências obteve-se conhecimentos sobre o Transtorno Bipolar fundamentais para conclusão deste relato, pois se constatou que é uma doença que desestabiliza a pessoa, causando desequilíbrio; é um transtorno que tem um diagnóstico difícil e complicado e tratamento medicamentoso sofrido e até mesmo agressivo.

Concluiu-se ainda, através dos relatos da paciente em estudo, de sua mãe e da profissional que a assiste que o T.B. é uma doença sofrida; que requer cuidados especiais; que causa preconceito social, mas que quando o tratamento é realizado e acompanhado corretamente, esse transtorno pode ser bem controlado.

REFERÊNCIAS

BRAGA, A. R.; KUNZLER, L. S.; HUA, F. Y. Transtorno de humor bipolar: diversas apresentações de uma mesma doença. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, 2008.

CALIGIURI, M.P.; ELLWANGER, J. Motor and cognitive aspects of motor retardation in depression. **J Affect Disord.**, 2000.

CENCI, Denize. **Relatório de estágio supervisionado em Psicologia Clínica: estudo de caso**. Chapecó, SC, 2002.

COLOM, F. VIETA, E. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, 2004.

GUERRA, A. B. G.; CALIL, H. M. O transtorno bipolar na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.32, 2006.

MIKLOWITZ, D.J.; et al. Family-Focused Treatment of Bipolar Disorder: 1-year Effects of a Psychoeducational Program in Conjunction with Pharmacotherapy. **Biol Psychiatry**, v.15, n.48, p. 582-592, 2000.

PEREIRA, Ana Lúcia. **Transtorno Bipolar**. Disponível em http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos_Psicologia/Transtorno_Bipolar.htm. Acesso em: 16 mar. de 2010.

PERRY, A. et al. Randomised Controlled Trial of Efficacy of Teaching Patients with Bipolar Disorder to Identify Early Symptoms of Relapse and Obtain Treatment. **BMJ**, v.318, n.7177, p. 149-153, 1999.

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo; CIVIDANESI, Giuliana. Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. **Rev. Psiq. Clín.**, v.32, supl. 1, p. 78-88, 2005.

ROTHBAUM, B.O.; ASTIN, M.C. Integration of Pharmacotherapy and Psychotherapy for Bipolar Disorder. **J Clin Psychiatry**, v. 61, supl. 9, p. 68-75, 2000.

SANCHES, R. F.; ASSUNÇÃO, S.; HETEN, L.A.B. Impacto da comorbidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. **Revista Psiquiatria Clínica**, 2005.

SHASTRY BS. Bipolar disorder: un update. **Neurochem Int.**, 2005.

SOUZA, F. G. M. Tratamento do transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, 2005.