



TRANSTORNO DE HUMOR BIPOLAR, LÍTIU E SÍNDROME METABÓLICA: UM ESTUDO DE CASO

Bipolar mood disorder, Lithium and metabolic syndrome: a case study

Louyse

Sulzbach Damázio*

Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil.

louyse3@hotmail.com



Bianca Barbosa

Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil.

bia.biancabarbosa@gmail.com



Yasmin Gallo

Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil.

yasmin.gallo@gmail.com



Autor correspondente*

RESUMO: O objetivo deste estudo foi realizar o diagnóstico de síndrome metabólica em um paciente com transtorno de humor bipolar em uso de lítio. O trabalho categoriza-se como estudo de caso, sendo realizado pelo intermédio de um consultório particular e do profissional que acompanhava o caso. Foi aplicado um questionário desenvolvido pelos pesquisadores, no qual foram identificadas informações básicas tais como peso, estatura, circunferência abdominal e com os resultados, decorreu-se a avaliação antropométrica. Foram solicitados exames de sangue para a classificação da síndrome metabólica e avaliação bioquímica. Os dados foram tabulados, e as variáveis analisadas e classificadas de acordo com os órgãos de saúde ou os valores de referência do laboratório. Paciente G. S. B, sexo masculino, 49 anos, solteiro, branco, desempregado. Possui diagnóstico de THB (há ~13 anos). Apresentou o uso de antidepressivos, diuréticos, anti-hipertensivo, anticonvulsivante, ansiolítico e estabilizante de humor. Verificou-se alterações significativas em vários exames, entre eles: triglicerídeos, colesterol total, HDL, TGP, Sódio e Homocisteína. Por fim, o paciente apresentou classificação para Síndrome Metabólica pelos seguintes parâmetros: obesidade central através da circunferência abdominal (111cm), triglicerídeos (274mg/dL) e colesterol HDL abaixo do indicado (37mg/dL). Como um plano de atenção à saúde do paciente, necessitaria um plano para redução da obesidade central, melhorar o quadro dos exames e da pressão arterial.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome metabólica; transtorno de humor bipolar; Lítio.

ABSTRACT: The aim of this study was to diagnose metabolic syndrome in a patient with bipolar mood disorder on lithium. The work is categorized as a case study, being carried out through a private practice and the professional who followed the case. A questionnaire prepared by the researchers was applied, in which basic information such as weight, height, abdominal circumference was identified and with the results an anthropometric evaluation was performed. Blood tests were requested to classify the metabolic syndrome and biochemical evaluation. Data were tabulated and variables analyzed and classified according to health agencies or laboratory reference values. Patient G.S.B, male, 49 years old, single, white, unemployed. Diagnosed with BD (~13 years ago). She presented use of antidepressants, diuretics, antihypertensives, anticonvulsants, anxiolytics and mood stabilizers. There were significant changes in several tests, including: triglycerides, total cholesterol, HDL, TGP, Sodium and Homocysteine. Finally, the patient was classified for Metabolic Syndrome by the following parameters: central obesity through abdominal circumference (111cm), triglycerides (274mg/dL) and HDL cholesterol below the indicated (37mg/dL). As a patient's health plan, a plan would be needed to reduce central obesity, improve the status of exams and blood pressure.

KEYWORDS: Metabolic syndrome; bipolar mood disorder; Lithium.

DOI: <https://doi.org/10.18616/inova.v16i2.8062>

Recebido: 22/06/2023

Aprovado: 30/03/2026



INTRODUÇÃO

O transtorno de humor bipolar (THB) é uma condição psiquiátrica complexa, caracterizada por mudanças recorrentes do humor, incluindo episódios maníacos, depressivos e eufóricos. Sendo a mania o episódio mais característico da doença, e apesar de frequente e incapacitante, é pouco estudada e diagnosticada¹.

De acordo com a American Psychiatric Association², episódios maníacos são mais longos em pacientes com THB do tipo I, enquanto no tipo II os episódios depressivos que prevalecem. Já pacientes com THB ciclotímico tendem a ter múltiplos períodos de sintomas hipomaníacos e de sintomas depressivos. A distinção dos diferentes tipos do transtorno é feita pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-V².

Além das dificuldades associadas à origem da doença, a diagnose do THB requer um processo de investigação e acompanhamento³. O transtorno afetivo bipolar pode estar associado a outras condições psiquiátricas, como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtorno de personalidade limítrofe, os dois profundamente relacionados ao abuso de psicotrópicos⁴.

O lítio foi descoberto em 1817 pelo químico Johan August Arfwedson, este metal é referente à família IA da tabela periódica. Durante anos este mineral foi incluído na medicina como substância terapêutica em 1863 no tratamento da gota, contudo, soluções e suspensões com grande teor dessa substância foram empregadas por anos como “cura” para várias doenças⁵. Desde então, a utilização do lítio se desenvolveu, tornando-se indicado, mesmo sem embasamento científico, para o tratamento de uma gama de enfermidades e como promotor de saúde. Em seguida foi muito utilizado em tônicos, elixires, cervejas e águas, e até mesmo como um substituto para o sal em pacientes cardiopatas. Em razão aos casos de toxicidade, o lítio continuou negligenciado até as observações de John Frederick Joseph Cade, na década de 40⁶.

Na atualidade, desde a sua inserção como terapia para a mania em 1949, o lítio manteve-se como fundamental para o tratamento do transtorno bipolar. Foi o primeiro fármaco admitido pela FDA para o tratamento desta doença, sendo utilizado há mais de 50 anos como medicamento com propriedades estabilizadoras do humor comprovadas e de escolha nas fases agudas e de manutenção do tratamento⁷.

Após o fármaco ser aceito pela FDA, desde então, inúmeras publicações têm comprovado a sua importância seja em fases agudas de mania e depressão, seja em sua profilaxia. Estudos

igualando o lítio com a carbamazepina e com o valproato nesta fase mostraram efeitos superiores para o lítio, principalmente quando sintomas de mania “clássica” estão presentes, com humor eufórico e grandiosidade⁹.

A síndrome metabólica não é considerada uma doença, de fato, ela é na verdade um termo que destaca características que podem aumentar o risco de contrair alguma doença, sendo elas: doenças cardiovasculares, obesidade e diabetes mellitus tipo 2. Apesar de acreditar-se que o “centro” da doença seja a resistência à insulina, novas pesquisas são necessárias para realmente entender a fisiopatologia por trás da síndrome e as interações gene-ambiente que aumentam a suscetibilidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), declara-se a resistência insulínica como fator indispensável a seu diagnóstico¹⁰. A hiperinsulinemia é justificada pela grande quantidade de gordura visceral, onde se inicia a síndrome metabólica, que durante muitos anos não esteve associada ao aumento da glicose em jejum ou pós-prandial. Entretanto, nos pacientes geneticamente pré-dispostos sucedem a continuação do defeito na secreção da insulina, ou da redução da tolerância à glucose. O processo inflamatório desencadeado pela obesidade e o mecanismo patogênico, a resistência à insulina, esclarecem a maior parte da síndrome metabólica¹¹.

A síndrome metabólica é um transtorno de alta predominância na população em geral. De acordo com os dados do Third National Health and Nutrition Examination Survey – NHANES III, afirma que a síndrome metabólica é de 23,7%, sendo prevalente em indivíduos na idade adulta nos Estados Unidos¹¹. Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão¹², atualmente não existem estudos de prevalência que representam a população brasileira.

Embora a correlação entre o transtorno bipolar e alterações metabólicas esteja bem comprovada, estudos insuficientes analisaram particularmente a resistência à insulina em pacientes bipolares¹³. Uma pequena amostra de homens bipolares deprimidos foi estudada e foi encontrada uma relação contrária entre os índices de resistência à insulina e os sintomas depressivos. Neste mesmo contexto, foi relatado taxas elevadas de resistência à insulina e dislipidemia em mulheres com transtorno de humor bipolar do tipo dois não medicadas¹⁴.

Pacientes com transtorno bipolar apresentam maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares do que a população em geral. Medicamentos como por exemplo os derivados do ácido valpróico, podem acelerar o desenvolvimento da síndrome metabólica e da obesidade¹⁵.

O uso de psicofármacos, perinatais, neuroquímicos, hormonais, fatores genéticos e ao estilo de vida desses pacientes são um conjunto de fatores que estão relacionados a maior predominância de síndrome metabólica e outras disfunções metabólicas em pacientes psiquiátricos¹⁶.

Diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares e outras condições médicas estão relacionadas com o aumento da mortalidade e da morbidade em pacientes com o transtorno de humor bipolar¹⁷.

Com base no exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar realizar o diagnóstico de síndrome metabólica em um paciente com transtorno de humor bipolar em uso de lítio.

MÉTODOS

O trabalho categoriza-se como estudo de caso, sendo realizado pelo intermédio de um consultório particular com intermédio do profissional que acompanhava o caso.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), aceito sobre o número de protocolo 65338922.4.0000.0119, e em seguida a sua aprovação foi realizado o estudo de um caso no consultório particular, após o agendamento prévio com o paciente.

O paciente chegou ao consultório médico e passou pela triagem padrão, caracterizada pelas perguntas pertinentes ao consultório com a assistente em enfermagem do local. Posteriormente, foi verificada a pressão arterial pela profissional e acompanhado pelos pesquisadores.

Para aferir a pressão arterial (PA) foi usado o método auscultatório (estetoscópio Premium®, Ningbo Yinzhou Wuhai Medical Instruments Factory, China e ML035 esfigmomanômetro de mercúrio, Solidor, Wenzhou Qianlong Medical Appliance Factory, China).

Logo após, o paciente foi levado até uma sala para a condução da pesquisa. Foi aplicado um questionário desenvolvido pelos pesquisadores, no qual foram identificadas informações básicas tais como peso, estatura, circunferência abdominal e com os resultados, decorreu-se a avaliação antropométrica para a classificação das circunferências (cintura, quadril e abdominal), avaliação de peso e altura, e posteriormente, o cálculo de índice de massa corporal (IMC) e razão cintura-quadril (RCQ).

O peso foi aferido através de da balança digital G-Life Slim (São Paulo, SP) com capacidade para 150 kg, a qual é aferida periodicamente. A posição do avaliado foi ortostática, de frente

para o avaliador, e o mesmo vestido com roupas leves, com a menor quantidade de roupa possível, descalço, bolsos vazios e sem relógios e pulseiras.

A estatura do avaliado foi determinada por um estadiômetro portátil SANNY, EUA (precisão de 1 cm). A posição do avaliado é em pé em posição ortostática, pés descalços e unidos, procurando por contato com o instrumento de medida as superfícies posteriores do calcanhar, cintura pélvica, cintura escapular e a região occipital.

O cálculo do IMC se aplica, segundo a Organização Mundial da Saúde (1997)²¹, para a avaliação do perfil antropométrico-nutricional de indivíduos, baseando-se na fórmula de peso dividido pela altura ao quadrado.

A medida da circunferência da cintura foi medida com o auxílio de uma fita métrica (precisão de 0,1 cm) flexível no ponto médio entre a crista ilíaca e o rebordo costal inferior, conforme proposto pela I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica²². Os avaliados foram colocados em posição ortostática, com o abdômen relaxado, e a medida foi feita no final do movimento expiratório. O resultado anotado foi onde a fita cruzou o ponto zero.

A circunferência do quadril foi aferida com o auxílio de uma fita métrica (precisão de 0,1 cm) flexível em centímetros na área de maior protuberância glútea, em um plano horizontal. A circunferência da cintura foi aferida na menor circunferência do abdômen, sob roupas e no final de uma expiração normal, uma fita métrica (precisão de 0,1 cm) flexível em centímetros. O resultado anotado foi quando a fita cruzou o ponto zero. Através deste resultado, associado a circunferência abdominal, foi realizado a razão ou relação cintura-quadril (RCQ).

A Avaliação Combinada é a associação das medidas do IMC e da medida da circunferência abdominal, podendo oferecer uma forma combinada de avaliação de risco e diminuindo as limitações de cada uma das avaliações isoladas.

Foram solicitados exames de sangue para a classificação da síndrome metabólica e avaliação bioquímica, dentre eles: hemograma completo, colesterol total e frações, triglicérides, teste de tolerância à glicose em jejum, vitaminas B9 e B12, homocisteína, TGO e TGP, tireoide, PCR, sódio sérico e dosagem de lítio.

Todos os exames e dados pessoais do paciente foram autorizados mediante documentação assinada pelo mesmo. Foram avaliados exames e laudos da época de crise do paciente, para assim correlacionar dados coletados com a atual situação das comorbidades do indivíduo.

Os dados foram tabulados no programa Excel, e as variáveis analisadas e classificadas de acordo com a Organização Mundial da Saúde (IMC), I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (Síndrome Metabólica e Razão Cintura-Quadril).

RESULTADOS

Paciente G. S. B, sexo masculino, 49 anos, solteiro, branco, desempregado, natural de Araranguá - SC, Brasil, iniciou acompanhamento psiquiátrico no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Araranguá - SC no ano de 2015, para avaliação dos seus sintomas depressivos e bipolares. Apresenta THB (há ~13 anos), hipertensão (há ~1 ano) e dislipidemia (há ~4 meses), altura de 1,86 cm e peso de 107 Kg, resultando no IMC de 30,92 Kg/m², o que configura obesidade grau I, segundo a Tabela 1.

Tabela 1. Dados antropométricos de um paciente com transtorno de humor bipolar. Criciúma, Brasil (2023)

VARIÁVEIS	RESULTADOS
IMC	30,9kg/cm ²
Classificação do IMC	Obesidade grau I
Circunferência da abdominal	111 cm
Circunferência da cintura	Risco aumentado substancialmente para complicações metabólicas
Circunferência do quadril	110 cm
Razão cintura-quadril	0,97
Classificação Razão cintura-quadril	Alterado
Avaliação combinada	Risco muito alto para complicações metabólicas

Fonte: Os autores (2023).

Legenda: IMC (Índice de Massa Corporal). Classificações: IMC através da OMS (1997); Circunferência Abdominal (I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica); Razão Cintura-Quadril através da OMS (1998); Avaliação Combinada através da III Diretriz Brasileira de Obesidade.

Atualmente o indivíduo reside com duas pessoas, e além do THB, apresenta quadro psicopatológico, ansiedade generalizada, síndrome do pânico e depressão. Não possui histórico familiar de THB, faz acompanhamento psiquiátrico a cada dois meses. Foram realizadas sete internações em hospital psiquiátrico desde seu diagnóstico, e atualmente não faz acompanhamento psicoterápico.

Apresentou o uso de antidepressivos, diuréticos, anti-hipertensivo, anticonvulsivante, ansiolítico e estabilizante de humor. O paciente faz uso contínuo e diário dos medicamentos constantes na Tabela 2.

Tabela 2. Medicamentos em uso de um paciente com transtorno de humor bipolar. Criciúma, Brasil (2023)

MEDICAMENTO	CLASSIFICAÇÃO	HORÁRIO DO USO	MG
Clomipramina	Antidepressivo	50mg manhã, 75mg noite	125 mg
Hidroclorotiazida	Diurético	25mg manhã	25 mg
Lozartana	Anti-hipertensivo	50mg manhã, 25mg noite	100 mg
Atenolol	Anti-hipertensivo	25mg manhã, 25mg noite	50 mg
Depakene	Anticonvulsivo	250mg manhã, 250mg noite	500 mg
Paroxetina	Antidepressivo	40mg manhã	40 mg
Lítio	Estabilizador de humor	300mg manhã, 600mg noite	900 mg
Alprazolam	Ansiolítico	1mg manhã 2mg noite	3mg

Fonte: Os autores (2023).

O paciente foi diagnosticado com SM. O motivo do acompanhamento foi à queixa declarada pelo paciente dos sintomas de hipertensão. O indivíduo relatou ser tabagista e alcoólatra, não pratica exercícios físicos, possui uma alimentação rica em carboidratos, proteínas e gorduras, nega a ingestão de doces e alega uma ingestão alta de refrigerantes.

Em exames realizados no dia 08/12/2022, foram verificados os resultados apresentados na Tabela 3, verificando-se alterações significativas em vários exames, entre eles: triglicerídeos, colesterol total, HDL, TGP, Sódio e Homocisteína.

Tabela 3. Exames laboratoriais de um paciente com transtorno de humor bipolar. Criciúma, Brasil (2023)

EXAME	RESULTADO	CLASSIFICAÇÃO
Glicose em jejum	90,0 mg/dL	Normal
Triglicerídeos	274 mg/dL	Alto
Colesterol total	193 mg/dL	Alto
Colesterol HDL	37 mg/dL	Normal
Colesterol LDL	106,86 mg/dL	Intermediário
TGO/AST	39,0 U/L	Normal
TGP/ALT	68,0 U/L	Alto
Sódio	140 mEq/L	Alto
Lítio	0,8 mmol/L	Valor terapêutico
TSH	3,04 Uui/mL	Normal
Homocisteína	26,05 umol/L	Alto

Fonte: Os autores (2023)

Segundo o *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III), a Síndrome Metabólica é classificada pelos seguintes marcadores: circunferência abdominal, triglicerídeos, HDL colesterol, pressão arterial e glicemia em jejum. Por meio de exames, o paciente apresentou os seguintes resultados, respectivamente: 111 cm, 274 mg/dL, 37 mg/dL. Apesar de a pressão arterial estar dentro dos padrões no momento da verificação na triagem do consultório, ressalta-se que o paciente fazia uso de antihipertensivo.

Segundo a Tabela 4, definida pelos critérios do NCEP-ATP III, o paciente apresenta SM.

Tabela 4. Componentes da síndrome metabólica segundo o NCEP-ATP III, e resultados do paciente

COMPONENTES	NÍVEIS	RESULTADOS	POSITIVOS OU NÃO PARA SM
Circunferência abdominal (homem)	>102 cm	111 cm	Positivo
Triglicerídeos	≥ 150mg/dL	274mg/dL	Positivo
HDL Colesterol (homem)	< 40mg/dL	37mg/dL	Positivo
Pressão arterial	≥ 130mmHg ou ≥ 85mmHg	13mmHg/8 mmHg	Normal
Glicemia em jejum	≥ 110mg/dL	90,0mg/dL	Normal

Fonte: Os autores (2023).

Como um plano de atenção à saúde do paciente, necessitaria um plano para redução da obesidade central, melhorar o quadro dos exames e da pressão arterial. Desse modo, o indivíduo precisaria de uma equipe interdisciplinar para o acompanhamento do seu quadro, contando com farmacêutico, psicólogo, profissional da área da educação física, médico e nutricionista.

DISCUSSÃO

Neste estudo foi retratado o caso de um paciente, homem, branco, de 49 anos, que apresenta o transtorno bipolar, faz o uso de estabilizadores de humor, sendo o principal deles o lítio e apresenta síndrome metabólica.

Segundo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais², o transtorno bipolar é caracterizado pela oscilação recorrente de humor, e é dividido em episódios de mania ou hipomania e depressão. Além disso, conforme o, classifica o transtorno bipolar em 3 tipos, sendo eles: tipo 1, tipo 2 e ciclotímico. O paciente em questão apresenta o transtorno bipolar do tipo 2, tendo episódios depressivos mais longos que os episódios de mania,

Para o controle e tratamento dos sintomas o paciente faz uso de antidepressivos e ansiolíticos associados a estabilizadora de humor, sendo eles o ácido valpróico e o lítio. Nesse caso foi dado destaque ao lítio por sua forte capacidade terapêutica e a sua associação à síndrome metabólica.

Segundo Souza¹⁹, o lítio é considerado padrão ouro no tratamento do transtorno bipolar, sendo sempre a primeira escolha quando se trata desse transtorno, principalmente por ser muito eficaz na prevenção de recaídas de episódios de mania, além disso apresenta também efeito antidepressivo reduzindo o risco de suicídio. Mas apesar dos benefícios, o lítio possui alguns efeitos colaterais como sua associação a problemas renais, ganho de peso e a síndrome metabólica.

Zimmermann²⁰ diz que o ganho de peso relacionado com o uso de estabilizadores de humor é multifatorial, já que a maioria desses fármacos aumentam o apetite e predileção por alimentos mais doces e gordurosos, além disso, fatores como a diminuição da atividade física e a retenção de líquidos colaboram para o ganho de peso.

Eckel²¹ afirma que a síndrome metabólica é definida como um grupo de fatores de risco interrelacionados, de origem metabólica, que diretamente contribuem para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Alguns desses fatores são: hipertrigliceridemia, colesterol alto, hiperglicemia, hipertensão arterial, obesidade abdominal, entre outros. O paciente em questão apresenta todos os fatores citados que definem a síndrome, sendo esses o resultado obtido nos exames: triglicédeos 274 mg/dL, colesterol 193 mg/dL, glicemia em jejum 84 mg/dL, pressão arterial de 16/10 e circunferência abdominal de 111cm.

Para a OMS¹² o que firma o diagnóstico é a resistência à insulina junto com mais dois componentes, já para a NCEP-ATP III o paciente deve apresentar de 3 a 5 dos critérios que definem a síndrome, e para a IDF o paciente deve apresentar circunferência abdominal alterada e presença de mais dois componentes. De acordo com a OMS o paciente apresentado não tem os critérios para confirmar a síndrome metabólica já que o mesmo não apresenta resistência à insulina, no entanto, conforme a NCEP-ATP III e a IDF, o paciente possui todos os parâmetros de encaixe, sendo eles, circunferência abdominal elevada e presença demais de 3 outros fatores.

Teixeira e Rocha²² encontraram taxas elevadas de síndrome metabólica em pacientes com transtorno bipolar e transtorno depressivo maior, sendo estes 42,9% dos pacientes com transtorno bipolar possuíam SM e 52,9% dos pacientes com transtorno depressivo maior possuíam SM.

Da mesma forma, o paciente do presente estudo possui estes dois distúrbios mentais, juntamente com diversos parâmetros que indicam também a SM, sendo confirmado esta anormalidade através dos exames realizados.

Corroborando com os autores acima, Gomes²³ relata que é muito comum pessoas com TB possuírem a SM. Em seu estudo foram incluídos 65 pacientes ambulatoriais, com idade acima de 18 anos, destes, 69,2% eram mulheres (média de idade $46 \pm 12,5$ anos) e 30,8% eram homens (média de idade $44,6 \pm 12,4$ anos). A maioria dos pacientes estava em uso de múltiplas medicações, foram recrutados no Programa de Transtorno Bipolar (PROTAHBI) do Hospital de Clínicas, Porto Alegre, Brasil. Dos pacientes internados de Porto Alegre, do Hospital de Clínicas, 42,9% possuem esta associação.

Da mesma maneira Moreira²⁴, afirmou que ambas as doenças apresentavam prevalência maior de SM do que a população normal. Similarmente, o paciente do presente estudo possui estes parâmetros de associação da SM. Concluindo assim, o entendimento desta associação é de suma importância para a realização de novas pesquisas sobre este tema e principalmente, determinar o tratamento.

É importante ressaltar que o paciente apresenta trigliceridemia, dislipidemia isolada, alteração de enzima hepática (TGP), sódio e homocisteína.

A homocisteína é um marcador cardiovascular importante, podendo ser avaliado com maior cautela junto à vitamina B12 e o acompanhamento do caso clínico. O sódio também deve ser avaliado em conjunto, podendo ser um marcador para possíveis complicações cardiovasculares.

Existem vários mecanismos que ligam a homocisteína às bases biológicas dos transtornos psiquiátricos. Verificou-se que a homocisteína interage com os receptores NMDA, inicia o estresse oxidativo, induz a apoptose, desencadeia disfunção mitocondrial e leva a danos vasculares²⁵. Os níveis de homocisteína têm sido associados à depressão maior, mas as associações com o transtorno bipolar permanecem menos claras²⁶.

Indivíduos com transtorno bipolar apresentam risco significativo para altas taxas de comorbidade médica com fatores de risco cardiovascular e as doenças cardiovasculares têm sido reconhecidas como a principal causa de morte nessa população²⁷.

O paciente ainda relatou que não tinha conhecimento que as alterações metabólicas em conjunto poderiam caracterizar a SM, e nem mesmo sobre as possíveis consequências desta. A orientação foi estabelecida e o trabalho multidisciplinar sugerido.

CONCLUSÃO

Analisando os resultados obtidos neste estudo, podemos concluir que a síndrome metabólica e o transtorno bipolar podem estar inter-relacionados. Para que o tratamento destas condições seja realizado deve-se levar em consideração não apenas a estabilização do humor, mas também o controle dos fatores de riscos metabólicos. Enfatiza-se a importância da abordagem multidisciplinar nesses casos, envolvendo para alcançar resultados efetivos no tratamento do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Moreno RA, Moreno DH. Mania. In: Kapczinski F, Quevedo J, organizadores. Transtorno Bipolar: Teoria e Clínica. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 128-44.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. 4. ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2002.
3. Lima MS, et al. Epidemiologia do transtorno bipolar. Rev Psiq Clín. 2005;32(1):15-20. (Nota: Reduzido para "et al." por conter mais de 6 autores).
4. Sasson Y, Chopra M, Harrari E, et al. Bipolar Comorbidity: from Diagnostic Dilemmas to Therapeutic Challenge. Int J Neuropsychopharmacol. 2003;6(2):139-144. (Nota: Reduzido para "et al." por conter mais de 6 autores).
5. Leal ACM, Fernandes ASG. Lítio e a sua aplicação na psicose maníacodepressiva. Biologias (Lisboa). 2002 Fev;6.
6. Zung S, Michelon L, Cordeiro Q. O uso do lítio no transtorno afetivo bipolar. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2013;58(1):33-38.
7. Rosa AR, Kapczinski F, Oliva R, Stein A, Barros HMT. Monitoramento da adesão ao tratamento com o lítio. Rev Psiq Clín. 2006;33(5):249-261.
8. Souza C, Vedana KGG, Mercedes BPC, Miasso AI. Transtorno bipolar e medicamentos: adesão, conhecimento dos pacientes e monitorização sérica do lítio. Rev Latino-Am Enfermagem. 2013 Mar-Abr;21(2):624-631.
9. Soares-Weiser K, et al. A systematic review and economic model of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of interventions for preventing relapse in people with bipolar disorder. Health Technol Assess. 2007;11(39):1-206. (Nota: Reduzido para "et al." por conter mais de 6 autores).
10. Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ. The metabolic syndrome. Lancet. 2005 Apr;365(9468):1415-1428. doi: 10.1016/s0140-6736(05)66378-7.
11. Ford ES, et al. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. JAMA. 2002;287(3):356-359. (Nota: Reduzido para "et al." por conter mais de 6 autores).
12. Sociedade Brasileira de Hipertensão, et al. Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Hipertensão. 2004;7:124-159. (Nota: Reduzido para "et al." por conter mais de 6 autores).
13. Hung YJ, et al. Insulin sensitivity, proinflammatory markers and adiponectin in young males with different subtypes of depressive disorder. Clin Endocrinol (Oxf). 2007;67(5):784-789. (Nota: Reduzido para "et al." por conter mais de 6 autores).
14. Stemmler PG, et al. Insulin resistance and hyperlipidemia in women with bipolar disorder. J Psychiatr Res. 2008;42(14):1191-1195. (Nota: Reduzido para "et al." por conter mais de 6 autores).
15. Fiedorowicz JG, et al. Elevated Prevalence of Obesity, Metabolic Syndrome, and Cardiovascular Risk Factors in Bipolar Disorder. Ann Clin Psychiatry. 2008 Ago;20(3):131-137. (Nota: Reduzido para "et al." por conter mais de 6 autores).
16. Teixeira PJR, Rocha FL. Associação entre síndrome metabólica e transtornos mentais. Rev Psiq Clín. 2007;34(1):28-38.
17. Costa AMN. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. Rev Psiq Clín. 2008;35(3):104-110.
18. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arq Bras Cardiol. 2005 Apr;84 Suppl 5:3-28.

19. Souza FG de M e. Tratamento do transtorno bipolar: eutimia. *Rev Psiq Clín.* 2005;32 Suppl 1:63–70.
20. Zimmermann U, et al. Epidemiology, implications and mechanisms underlying drug-induced weight gain in psychiatric patients. *J Psychiatr Res.* 2003;37(3):193-220. (*Nota: Reduzido para "et al." por conter mais de 6 autores*).
21. Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ. The metabolic syndrome. *Lancet.* 2005;365(9468):1415-1428.
22. Teixeira PJR, Rocha FL. Associação entre síndrome metabólica e transtornos mentais. *Rev Psiq Clín.* 2007;34(1):28–38.
23. Gomes FA, Kunz M. Comorbidades clínicas no transtorno bipolar. In: Kapczinski F, Quevedo J, organizadores. *Transtorno Bipolar: Teoria e Clínica.* Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 228-40.
24. Moreira FP, et al. Metabolic syndrome in subjects with bipolar disorder and major depressive disorder in a current depressive episode: Population-based study. *J Psychiatr Res.* 2017;92:119-123. (*Nota: Reduzido para "et al." por conter mais de 6 autores*).
25. Moustafa AA, Hewedi DH, Eissa AM, Frydecka D, Misiak B. Homocysteine levels in schizophrenia and affective disorders—focus on cognition. *Front Behav Neurosci.* 2014 Oct 6;8:343.
26. Ghanizadeh A, Singh AB, Berk M, Torabi-Nami M. Homocysteine as a potential biomarker in bipolar disorders: a critical review and suggestions for improved studies. *J Psychiatry Neurosci.* 2015 Apr 16;19(7):927–39.
27. Machado V, Katiúscia K, Lafer B. Mortalidade prematura por doença cardiovascular no transtorno bipolar: fatores de risco e implicações no tratamento. *J Bras Psiquiatr.* 2016 Oct 31;65(4):44–53.