

Diagnóstico errôneo de esquizofrenia em paciente bipolar: um relato de caso

Misdiagnosis of schizophrenia in a bipolar patient: a case report

DOI:10.34119/bjhrv6n4-005

Recebimento dos originais: 23/05/2023

Aceitação para publicação: 29/06/2023

Jéssica Barbosa Maia da Silva

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Cônego Machado, 918, Farol, Maceió - AL, CEP: 57051-160

E-mail: jecbmaia@gmail.com

Raphaella Barbosa de Oliveira Cerqueira

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Cônego Machado, 918, Farol, Maceió - AL, CEP: 57051-160

E-mail: raphaellacerqueira@hotmail.com

Carlos André Lyra Vasconcelos Pereira

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Cônego Machado, 918, Farol, Maceió - AL, CEP: 57051-160

E-mail: candrelyra@gmail.com

Renata Katharyne Cordeiro Rodrigues

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Cônego Machado, 918, Farol, Maceió - AL, CEP: 57051-160

E-mail: renatakrodrigues@gmail.com

Grazyelle de Araújo Tenório

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Cônego Machado, 918, Farol, Maceió - AL, CEP: 57051-160

E-mail: crazyelle.araujo@hotmail.com

Emelly Nascimento da Silva

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Cônego Machado, 918, Farol, Maceió - AL, CEP: 57051-160

E-mail: emelly_ns@hotmail.com

Laércio Pol Fachin

Doutor em Biologia Celular e Molecular

Instituição: Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Cônego Machado, 918, Farol, Maceió - AL, CEP: 57051-160

E-mail: laercio.fachin@cesmac.edu.br

Jordana Farias de Melo Suruagy PadilhaEspecialista em Psiquiatra pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
(UNCISAL - AL)

Instituição: Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Cônego Machado, 918, Farol, Maceió - AL, CEP: 57051-160

E-mail: jordana_farias@hotmail.com

RESUMO

O transtorno afetivo bipolar é uma doença psiquiátrica com alta taxa de erros no diagnóstico. Dados revelam que mais de um terço dos pacientes esperam 10 anos ou mais antes de serem corretamente diagnosticados com esse transtorno. Enquanto isso, são frequentemente tratados como depressão unipolar, esquizofrenia, transtornos ansiosos ou de personalidade. O presente relato de caso retrata uma paciente com quadro inicial de depressão aos 30 anos e, posteriormente, psicose e episódios de agitação psicomotora, sendo diagnosticada com esquizofrenia em internações prévias. Apenas aos 66 anos, em consulta ambulatorial, foi finalmente identificada como paciente bipolar. O transtorno afetivo bipolar pode reproduzir sintomas psicóticos nas fases maníaca ou depressiva, impedindo distinguir a origem da psicose nesse momento. Faz-se necessário um diagnóstico preciso mais célere para início do tratamento adequado e melhor prognóstico da doença.

Palavras-chave: transtorno bipolar, esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, surto psicótico, transtornos de humor, transtornos psicóticos.

ABSTRACT

Bipolar affective disorder is a psychiatric illness with a high rate of misdiagnosis. Data demonstrate that more than a third of patients wait 10 years or more before being properly instructed with this disorder. Meanwhile, they are often treated as unipolar depression, schizophrenia, anxiety or personality disorders. This case report portrays a patient with an initial depression at the age of 30 and, later, psychosis and episodes of psychomotor pneumonia, being diagnosed with schizophrenia in previous hospitalizations. Only at the age of 66, in an outpatient consultation, was she finally identified as a bipolar patient. Bipolar affective disorder can reproduce psychotic symptoms in the manic or depressive phases, preventing the origin of psychosis at that time. A faster accurate diagnosis is needed to initiate adequate treatment and better prognosis of the disease.

Keywords: bipolar disorder, schizophrenia, schizoaffective disorder, psychotic break, mood disorders, psychotic disorders.

1 INTRODUÇÃO

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é definido como um transtorno de humor crônico caracterizado por episódios de mania, hipomania ou depressão, com períodos de remissão (SOUZA FGM, 2005). A elevação do humor, denominada mania, é a manifestação mais característica do transtorno e pode ser caracterizada por pressão de fala e taquialia, aceleração do pensamento com fuga de ideias, aumento da atividade motora e de energia com diminuição da necessidade de sono, entusiasmo ilimitado, irritabilidade, paranoia, dificuldade de controle para impulsividade, hipersexualidade e comportamento de risco com duração mínima de uma semana. Além disso, pode evoluir com sintomas psicóticos congruentes com o humor (BELTRAME A, 2016). Apesar de frequente e incapacitante, a mania é pouco diagnosticada (MORENO RA, *et al.*, 2005).

A elevação mais branda do humor, conhecida também por hipomania, tem como principal característica a mudança no humor habitual do paciente, caracterizado pelos sintomas citados anteriormente, mas com duração menor que uma semana em sua grande maioria (BELTRAME, A., 2016). A hipomania não evolui com sintomas psicóticos e ainda é bastante desconhecida por médicos generalistas, sendo muitas vezes confundida com depressão, transtornos de personalidade (borderline, histriônico ou narcisista) e até mesmo um estado de completa normalidade (MORENO, R. A. *et al.*, 2005). Apesar do TAB ser basicamente caracterizado por sintomas clássicos de mania ou hipomania, em geral, a depressão é o quadro mais frequente e persistente nos pacientes, além de ser a principal causa de incapacitação (CONDE, A. G.; FAGUNDES; M. L. M.; GOMES, J. M.; 2022).

Sobre o transtorno depressivo, trata-se de um estado psíquico onde há uma sensação de infelicidade com predomínio de pensamentos negativos, sentimento de culpa e apatia, frequentemente associados a sintomas neurovegetativos – alentecimento psicomotor, diminuição da libido e distúrbios do sono (SADOCK, B. J. *et al.*, 2016). Há indicadores de gravidade dos episódios nas diferentes fases da doença. Contudo, sintomas psicóticos tendem a ser um indicador em qualquer fase, maníaca ou depressiva, assim como a alta frequência destes episódios indica maior risco de cronicidade da doença (SHASTRY BS, 2005).

Na suspeita de TAB, é necessário realizar o diagnóstico diferencial com a esquizofrenia, principalmente quando o paciente tem sintomas psicóticos (MUKHERJEE *et al.*, 2006). A esquizofrenia é definida como um transtorno mental grave, crônico e complexo que afeta a forma como uma pessoa se sente, pensa e se comporta (BUDA, L. F. S., 2023). A doença é caracterizada por sintomas positivos (delírios e alucinações), os quais representam distorções ou aumento de algumas funções como pensamento e comportamento; sintomas negativos, que

são caracterizados por expressão emocional diminuída, isolamento social, embotamento afetivo, anedonia, avolia, alogia e apatia; além de desorganização do pensamento e sintomas motores, de humor e cognitivos (DÍAZ-SOTO, CASTAÑO-PEREZ & PINEDA-SALAZAR, 2020). Tais sintomas geram um impacto direto no funcionamento ocupacional, familiar e social, bem como nos hábitos de vida e na saúde geral do paciente, o que também tem uma forte associação com o prognóstico clínico da doença (GALDERISI *et al.*, 2013).

Um transtorno psicótico crônico de difícil diagnóstico, e que também deve ser descartado na suspeita de TAB, é o transtorno esquizoafetivo. Este é caracterizado por indivíduos que preenchem ao mesmo tempo critérios diagnósticos tanto de esquizofrenia quanto de transtornos do humor (Miller & Black, 2019). Dessa maneira, o transtorno esquizoafetivo frequentemente tem sido usado como diagnóstico para indivíduos com uma mistura de humor e sintomas psicóticos cujo diagnóstico é incerto (Miller & Black, 2019). Sua marca registrada é a presença da maior parte dos sintomas característicos da esquizofrenia, como delírios, alucinações ou fala desorganizada, de maneira concomitante com o transtorno de humor (depressão ou mania), entretanto em alguns momentos o paciente segue sendo psicótico mesmo sem haver episódio de humor ativo (Miller & Black, 2019).

Notou-se que o transtorno afetivo bipolar é uma doença psiquiátrica com elevada taxa de diagnósticos incorretos e frequentemente diagnosticada como outros transtornos mentais, incluindo depressão, esquizofrenia e transtornos de ansiedade (SHEN *et al.*, 2018). Cerca de 30% dos pacientes bipolares são diagnosticados inicialmente para depressão unipolar, esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos (LUBLÓY Á *et al.*, 2020). Isso porque, muitas vezes, não é possível identificar durante a crise se há um quadro de agitação psicomotora de origem esquizofreniforme ou de origem bipolar (SHEN *et al.*, 2018). Os pacientes com início precoce, especialmente se foram hospitalizados pela primeira vez por mania, eram mais propensos a receber um diagnóstico de esquizofrenia (JOYCE, 1984). A falha em diagnosticar corretamente os pacientes pode resultar no tratamento incorreto de sintomas clínicos e, conseqüentemente, no aumento de episódios recorrentes (SMITH *et al.*, 1992). Assim, cabe ressaltar que a demora para início do tratamento está associada a um pior prognóstico da doença (KAPCZINSKI F *et al.*, 2008).

Nesse contexto, o presente trabalho tem por objetivo relatar um caso de diagnóstico tardio de transtorno bipolar, nas quais a paciente conviveu, por mais de trinta anos, com diagnóstico e tratamentos para esquizofrenia.

2 RELATO DE CASO

Paciente de sexo feminino, 66 anos, parda, natural de uma capital do Nordeste brasileiro, ensino superior completo, católica, divorciada e aposentada. Esta comparece a consulta acompanhada de sua irmã, a qual relata que, ultimamente, a paciente apresenta o costume de sair de casa sozinha e de caminhar entre os carros no meio da rua, colocando-se em situações de risco. Além disso, passa o dia e/ou a madrugada fora de casa, sem ter hora para voltar. A usuária afirma que sai de casa para encontrar os amigos e um namorado em bares/churrasquinhos e fica agressiva quando a família não a deixa sair. A paciente relata que, quando é tarde da noite, o namorado sempre a deixa em casa, mas a irmã refere que ela não chega acompanhada e fala sozinha.

A irmã comenta que a paciente sempre teve mania de grandeza. Durante a consulta, a paciente fala: “Você sabe quem eu sou? Eu era da alta sociedade”, mas a irmã afirma que essa informação não condiz com a realidade. A paciente diz que não gosta que ninguém cuide de sua vida e se mostra intolerante com a atitude da irmã. Esta relata que a mesma urina no chão e não gosta de tomar banho, ficando até uma semana sem se banhar. Além disso, conta que recentemente viu a usuária ingerir bebida alcoólica por 2 dias consecutivos, mesmo a paciente não tendo o costume de fazer uso de álcool.

A acompanhante revela ainda que a paciente faz compras em excesso, chegando a gastar toda a renda que recebe do benefício com refrigerantes de cola, cigarros e espetinhos de carne em cerca de 3 dias. De acordo com sua irmã e confirmado pela paciente, a mesma chegou a fazer alguns empréstimos para viajar e comer coisas bacanas, posteriormente sendo necessário suporte familiar para resolver as dívidas. Ainda segundo a irmã, a paciente costuma conversar sozinha e, com frequência, se assusta e grita durante a noite quando diz ver ratos invadindo o quarto. Nega alucinações auditivas.

Os sintomas pioraram há cerca de 15 dias, após esquecimento do uso de algumas medicações. Mesmo assim, a irmã relata que não observou muita melhora com os remédios que a paciente está usando. Quando foi perguntado à paciente se ela quer ficar em tratamento intensivo no CAPS II, ela não concorda. Diz estar bem, que precisa resolver as suas coisas e que só quer pegar a medicação (fala alto e se exalta).

A paciente em questão apresenta inúmeras internações prévias em hospitais psiquiátricos, todas por agitação, agressividade e resistência ao tratamento medicamentoso. Na última delas, há 5 meses, a paciente estava com diminuição da necessidade de sono, aumento da energia e taquialia, além de agitada e agressiva. Na ocasião, foi prescrito Risperidona 3 mg e Prometazina 25 mg, medicações que fazia uso até então. No entanto, a usuária nunca havia

passado por consulta psiquiátrica ambulatorial, recebendo sempre o diagnóstico de esquizofrenia em todas as internações psiquiátricas.

A acompanhante informa que os sintomas da paciente iniciaram por volta dos 30 anos de idade, após a notícia da morte do pai em um acidente de carro. Na circunstância, a paciente desmaiou e, dias depois, iniciou com episódios depressivos importantes que cursaram com falta de higiene pessoal (passava cerca de 8 dias sem tomar banho), comportamento agressivo e discurso confuso, sempre relembrando o passado. Naquela época, precisou ser afastada do trabalho, o qual era um fator de estresse. Antes disso, era uma pessoa centrada, trabalhadora e tranquila.

Paciente sedentária. Refere dificuldade para iniciar o sono, diminuição da necessidade de sono e aumento da libido. Irmã relata que, ultimamente, usuária apresentou aumento do apetite e melhora na alimentação. Nega etilismo. Tabagista há mais de 50 anos, no entanto aumentou o consumo de cigarro recentemente, quando passou a consumir dois maços por dia. Nega outros vícios. Não passa muito tempo usando telas. Nega demais comorbidades, alergias ou cirurgias. De acordo com a acompanhante, tia materna apresenta sintomas parecidos com os da paciente, mas sem diagnóstico. Nega outras patologias em geral e psiquiátricas na família, além de história de letalidade/suicídio.

Ao exame do estado mental, a paciente comparece à consulta trajando vestes adequadas, porém com óculos chamativos em formato de coração, na cor rosa e com lentes amarelas, além de cabelo com aspecto de sujo e placas com crostas amareladas nas sobrancelhas. Aparenta ter mais idade do que realmente tem. Mostra-se inquieta, levantando-se várias vezes durante a entrevista. A usuária apresenta-se desperta, sendo capaz de dar informações. Sabe fornecer dados de identificação pessoal e informar onde se encontra, mas em alguns momentos fala como se ainda vivesse no passado. Paciente desatenta, incapaz de se concentrar ou manter o foco no que lhe é dito, dispersando-se à medida que surgem novos estímulos. Lembra com facilidade de informações mais antigas e se confunde, em alguns momentos, quando é questionada sobre coisas atuais. Mostra-se incapaz de sintetizar o que pensa, introduz temas e comentários egocêntricos e não pertinentes ao que se está falando. Chega a perguntar “Você sabe quem sou eu? Sou da alta sociedade” e afirmar que “Rui Palmeira é meu amigo, arrumou meu emprego”. Apresenta-se falante, com fluxo incessante e incoercível de palavras, em tom elevado e com discurso cheio de rodeios e repetições. Não apresenta experiências ilusórias ou alucinatórias. A paciente se mostra bastante enérgica, desinibida, eufórica e agitada. Manifesta uma certa disposição interna para algo que queira fazer. Durante a consulta, observa-se que a paciente tem boa capacidade de compreensão. Levanta-se da cadeira com frequência em direção ao

entrevistador. A euforia leva ao comprometimento da capacidade de julgamento. Existe total negação da doença e incapacidade para tomar quaisquer decisões. Houve dificuldade em estabelecer vínculo com a paciente, devido ao estado de exaltação em que ela se encontrava, fazendo interrupções em tom de voz alto durante boa parte da consulta.

Em relação à sùmula psicopatológica, a paciente apresenta-se vestida adequadamente, porém com acessórios chamativos, higiene pessoal precária e cabelo desalinhado. Inquieta e nada cooperativa. Lúcida/vigil. Orientação autopsíquica preservada e alopsíquica alterada. Hipotenaz e hipervigil. Memória remota preservada, e memórias recente e imediata prejudicadas. Pensamento com curso acelerado (taquipsiquismo), forma prolixa, conteúdo egocêntrico e com predomínio de fatos do passado, sem muito nexos entre as ideias. Linguagem em maior quantidade (logorreia), acelerada (taquilalia) e com volume alto. Sensopercepção sem alterações. Juízo crítico da realidade prejudicado. Humor eufórico e afeto congruente com o humor. Normobùlica. Inteligência mantida. Inquietação psicomotora. Hipopragmática. Sem *insight*. *Rapport* prejudicado.

Ao final da consulta, levantou-se a hipótese diagnóstica de transtorno afetivo bipolar, em episódio atual maníaco com sintomas psicóticos. Isso porque a paciente apresentava claras alterações de humor e do afeto, marcadas principalmente por modificação do comportamento, associada a múltiplas internações prévias por provável episódio de mania e relatos anteriores e atuais de alterações da sensopercepção. A partir de então, iniciou-se o tratamento farmacológico com Carbonato de Lítio, Risperidona, Biperideno, Levomepromazina e Clonazepam. A paciente apresentou uma melhora inicial do quadro maníaco, no entanto, atualmente, não se tem notícias da mesma, tendo em vista que ela não retornou mais ao serviço de atendimento ambulatorial psiquiátrico.

3 DISCUSSÃO

A presença de alucinações ou delírios não é necessária para um diagnóstico de TAB, no entanto, a existência de sintomas positivos não descarta TAB. Isso porque os transtornos de humor (transtorno bipolar ou depressão) podem reproduzir psicoses indistinguíveis da esquizofrenia, sendo impossível identificar durante a crise maníaca ou depressiva se a pessoa está diante de um quadro de agitação psicomotora de origem esquizofreniforme ou de origem bipolar (SHEN *et al.*, 2018). Nesse caso, a exclusão da esquizofrenia deve ser feita somente após o controle do estado de mania ou depressão (HÜBNER, MARI & COELHO, 2018).

No relato de caso exposto acima, é possível cogitar que a paciente tenha como diagnóstico um transtorno bipolar com características psicóticas porque houve episódios

maníacos de humor concomitantemente com os sintomas positivos, e sua duração total foi breve em relação aos períodos ativo e residual da doença. Correlacionado a isso, observa-se que a paciente se enquadra nos critérios de mania para TAB, pois apresentou períodos distintos de humor anormal, eufórico e persistentemente elevado por mais de uma semana, além de autoestima inflada, redução da necessidade do sono, loquacidade, taquilalia, volume elevado da fala, agitação psicomotora e envolvimento excessivo em situações de risco.

Outro ponto que chama a atenção é o aumento da energia, o qual pode ser evidenciado na paciente do caso através de um maior consumo de bebida alcoólica e cigarros, aumento da libido e do apetite, compras em excesso e realização de empréstimos. Assim, apesar da paciente apresentar alguns comportamentos desorganizados como urinar no chão e ficar até uma semana sem tomar banho, é possível excluir uma psicose da esquizofrenia pois os sintomas psicóticos (alucinações visuais e solilóquio) da paciente só estão presentes na existência de sintomas de humor, nesse caso, em episódios maníacos.

Dessa maneira, a paciente do relato de caso não fecha parâmetros para esquizofrenia. De acordo com o DSM-5, o transtorno é identificado como esquizofrenia apenas quando o paciente exibe dois dos seguintes sintomas: (1) delírios, (2) alucinações, (3) discurso desorganizado, (4) comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico, ou (5) sintomas negativos, sendo que pelo menos um deles deve ser o número (1), (2) ou (3). Requer ainda que haja disfunção ocupacional, social ou de autocuidado durante a fase ativa da doença. Além disso, os sintomas devem permanecer por pelo menos 6 meses, sem diagnóstico de transtorno esquizoafetivo, transtorno de humor ou transtorno por uso de substâncias (HÜBNER, MARI & COELHO, 2018). Assim, vale ressaltar ainda que, quando a paciente afirma ver ratos entrando em seu quarto, a mesma não está sob efeito de álcool ou outras substâncias. Desse modo, a alucinação ocorreu sem a intoxicação por uma substância ou abstinência.

Garvey & Tuason descrevem que cerca de 56% dos pacientes previamente doentes haviam recebido diagnóstico incorreto anterior de esquizofrenia, como é o caso da paciente em questão. Durante essas internações "esquizofrênicas", os pacientes demonstraram uma preponderância de sintomas afetivos maníacos. A irritabilidade foi notada muito mais comumente do que a euforia durante essas internações, inclusive todas as internações prévias da paciente em hospitais psiquiátricos foram por agitação e agressividade. Isso, juntamente com a alta taxa de sintomas psicóticos (78%) durante a internação "esquizofrênica", provavelmente foram motivos importantes para erros de diagnóstico (GARVEY & TUASON, 1980).

No caso clínico em questão, a idade média de início dos sintomas foi por volta de 30 anos, o que é consistente com outros relatos na literatura (Winokur *et al.*, 1969; Petterson, 1977;

Loranger & Levine, 1978). Dados complementares ainda revelam que os pacientes bipolares incorretamente diagnosticados consultam cerca de quatro médicos antes de receber o diagnóstico exato da doença. Além disso, 10 anos ou mais é o tempo esperado por mais de um terço dos pacientes antes de receber o diagnóstico correto de TAB (HIRSCHFELD, LEWIS & VORNIK, 2003). Essa é mais uma informação que também é identificada na paciente do relato, a qual foi apontada como paciente bipolar apenas aos 66 anos de idade.

Relatou-se também que uma primeira hospitalização por mania (ao invés de depressão) aumenta a probabilidade do paciente ter recebido um diagnóstico de esquizofrenia, e que mais de 70% dos pacientes com uma primeira hospitalização por doença maníaca de início precoce recebem tal diagnóstico (SINGH & RAJPUT, 2006). Esse dado corrobora com o caso relatado, tendo em vista que a paciente iniciou o quadro de TAB com um episódio depressivo, no entanto teve seu primeiro internamento após apresentar sintomas maníacos alguns anos depois.

A distinção entre uma psicose de um paciente com esquizofrenia e a de um bipolar em fase maníaca ou depressiva é muito difícil, levando inclusive a erro, com falso-positivo ou falso-negativo, no diagnóstico de esquizofrenia (SHEN *et al.*, 2018). São inúmeras as consequências do diagnóstico incorreto como: uso mais frequente de antidepressivos e seus riscos associados, taxas mais altas de suicídio e hospitalização, além de uma menor probabilidade de tratamento com medicações atualmente recomendadas como primeira linha (BIRNBAUM *et al.*, 2003; MATZA *et al.*, 2005).

Kapczinski et al avaliaram que o pior prognóstico da doença está associado a maior demora para início do tratamento, o que ressalta a necessidade de um diagnóstico preciso e precoce para o começo de uma intervenção terapêutica adequada. No caso clínico relatado anteriormente, a irmã da paciente refere não observar muita melhora com os psicofármacos prescritos para a paciente, ainda com diagnóstico de esquizofrenia. Esse dado reforça a ideia de *Smith et al*, a qual afirma que o aumento de episódios recorrentes pode ter relação com falha no diagnóstico e, conseqüentemente, tratamento incorreto.

4 CONCLUSÃO

O caso em questão ilustra a dificuldade em diagnosticar com exatidão um paciente com TAB quando na presença de sintomas psicóticos. O impasse ocorre tendo em vista que o transtorno bipolar pode reproduzir sintomas psicóticos nas fases maníaca ou depressiva, não sendo possível distinguir da psicose da esquizofrenia nesse momento (HÜBNER, MARI & COELHO, 2018). Com base nos dados apresentados, ao levantar-se a hipótese de esquizofrenia em um paciente em surto psicótico no momento da internação, é necessário um

acompanhamento ambulatorial do paciente a longo prazo para confirmação diagnóstica, de forma a minimizar prejuízos sociais e ocupacionais (GARVEY & TUASON, 1980). Evidenciou-se também que até o presente momento existem poucas publicações sobre a temática. Porém, este padrão de erro no diagnóstico ainda parece frequente, sendo necessário novos e maiores estudos acerca do tema para produção de dados mais atuais e com maior precisão.

REFERÊNCIAS

- BELTRAME, A. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Transtorno Afetivo Bipolar do Tipo 1**. Ministério da Saúde; portaria 315, 2016.
- BIRNBAUM, H. G.; SHI, L.; DIAL, E.; OSTER, E.F.; GREENBERG, P.E.; MALLET, D. A. **Economic consequences of not recognizing bipolar disorder patients: a cross-sectional descriptive analysis**. J. Clin. Psychiatry. 2003; 64:1201-9.
- BUDA, L. F. S. **Tratamento da esquizofrenia: monoterapia versus associação de antipsicóticos – revisão de literatura**. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 6, n.3, p. 9115-9120, may./jun., 2023.
- CONDE, A. G.; FAGUNDES; M. L. M.; GOMES, J. M. **Abordagens terapêuticas do episódio de mania no transtorno bipolar**. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 5, n. 4, p.13994-14008, jul./aug., 2022.
- DÍAZ-SOTO, María Cecilia; CASTAÑO-PEREZ, Guillermo Alonso; PINEDA-SALAZAR, David Antonio. **Cannabis, esquizofrenia y cognición, aportes de la conectividad cerebral**. Adicciones, [S.l.], feb. 2020. Disponible en: <<https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1307/1085>>. Fecha de acceso: 25 abr. 2023 DOI: <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1307>.
- GALDERISI, S.; MUCCI, A.; BITTER, I.; LIBIGER, J.; BUCCI, P.; FLEISCHHACKER, W. W. **Persistent negative symptoms in first episode patients with schizophrenia: results from the European First Episode Schizophrenia Trial**. European Neuropsychopharmacology, 23, 196-204. Eufest Study Group, 2013. doi:10.1016/j.euroneuro.2012.04.019
- GARVEY, M. J.; TUASON, V. B. **Mania misdiagnosed as schizophrenia**. J. Clin. Psychiatry. Mar, 1980; 41(3):75-8.
- HIRSCHFELD, R. M.; LEWIS, L.; VORNIK, L. A. **Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive**. Association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. J Clin Psychiatry. 2003;64:161-74.
- HÜBNER, C. V. K.; MARI, R. N. K.; COELHO, H. H. F. **Esquizofrenia e transtorno psicótico induzido por substâncias, uma difícil distinção**. Revista Da Faculdade De Ciências Médicas De Sorocaba, 20 (Supl.), 2018.
- JOYCE, P. R. **Age of onset in bipolar affective disorder and misdiagnosis as schizophrenia**. Psychol Med. Feb, 1984; 14(1): 145-9.
- KAPCZINSKI, F. *et al.* **Allostatic load in bipolar disorder: implications for pathophysiology and treatment**. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2008; 32(4): p. 675-692.
- LORANGER, A. W.; LEVINE, P. M. (1978). **Age at onset of bipolar affective illness**. Archives of General Psychiatry 35, 1345–1348.
- LUBLÓY, Á. *et al.* **Exploring factors of diagnostic delay for patients with bipolar disorder: a population-based cohort study**. BMC psychiatry, 2020; 20(1): 1-17.

MATZA, L. S.; RAJAGOPALAN, K. S.; THOMPSON, C. L.; DE LISSOVOY, G. **Misdiagnosed patients with bipolar disorder: comorbidities, treatment patterns, and direct treatment costs.** J. Clin. Psychiatry. 2005; 66:1432-40

MILLER, J. N.; BLACK, D. W. **Schizoaffective disorder: A review.** Ann Clin Psychiatry; 31(1): p. 47-53. Feb, 2019.

MORENO R.A., *et al.* **Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar.** Rev. Psiq. Clín.; 32, supl 1; 39-48, 2005.

MUKHERJEE, S.; SHUKLA, S.; WOODLE, J.; ROSEN, A. M.; OLARTE, S. **Misdiagnosis of schizophrenia in bipolar patients: a multiethnic comparison.** Am J Psychiatry. 1983 Dec;140(12):1571-4. doi: 10.1176/ajp.140.12.1571.

PETTERSON, U. (1977). **Manic-depressive illness: a clinical, social and genetic study.** *Acta Psychiatrica Scandinavica* Suppl. 269.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria - 11ed:** Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Artmed Editora, v. 1, f. 745, 2016. 1490 p.

SHEN, H.; ZHANG, L.; XU, C.; ZHU, J.; CHEN, M.; FANG, Y. **Analysis of Misdiagnosis of Bipolar Disorder in An Outpatient Setting.** *Shanghai Arch Psychiatry.* 30(2): p. 93-101. 25 de Abr, 2018. doi: 10.11919/j.issn.1002-0829.217080.

SINGH, T.; RAJPUT, M. **Misdiagnosis of bipolar disorder.** *Psychiatry (Edgmont).* 3(10): p. 57-63. Out, 2006.

SMITH, G. N.; MACEWAN, G. W.; ANCILL, R. J.; HONER, W. G.; EHMANN, T. S. **Diagnostic confusion in treatment-refractory psychotic patients.** J. Clin. Psychiatry; 53(6), p. 197-200. Jun, 1992.

SOUZA, F. G. M. **Tratamento do transtorno bipolar – Eutimia.** Rev. Psiq. Clín.; 32; supl 1; p. 63-70, 2005.

WINOKUR, G.; CLAYTON, P. J.; REICH, T. **Maniac-depressive Illness.** C. V Mosby. St Louis, 1969.