



INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Texto para Discussão nº 115 – 2026

EVOLUÇÃO DOS EVENTOS ASSISTENCIAIS  
RELACIONADOS AO TRANSTORNO BIPOLAR NA  
SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA: ANÁLISE  
TEMPORAL DE 2015 A 2024

*Autor: Felipe Delpino*

*Revisão: Bruno Minami e Natalia Lara*

*Superintendente Executivo: José Cechin*

## SUMÁRIO EXECUTIVO

---

- O transtorno bipolar é uma condição psiquiátrica crônica, de elevada carga clínica e funcional, associada a importantes impactos na qualidade de vida, produtividade, utilização de serviços de saúde e custos assistenciais;
- Este estudo analisou a evolução dos eventos assistenciais relacionados ao transtorno bipolar entre beneficiários de planos de saúde no período de 2015 a 2024, com base nos dados do sistema D-TISS/ANS;
- A taxa de eventos por prestadores apresentou crescimento ao longo da série histórica. Entre 2015 e 2024, os casos por prestador aumentaram 84,6% entre homens (de 3,9 para 7,2 casos por prestador) e 91,7% entre mulheres (de 7,2 para 13,8), mantendo-se valores mais elevados no sexo feminino ao longo de todo o período analisado;
- Na análise por faixa etária, os eventos por prestadores cresceram de forma heterogênea: entre beneficiários de 0–19 anos, observou-se aumento de 0,4 para 1,8 casos por prestador; no grupo de 20–59 anos, o crescimento foi de 8,2 para 14,7; e entre aqueles com 60 anos ou mais, houve aumento de 1,2 para 4,4 eventos;
- Em relação aos eventos por 100.000 beneficiários, observou-se aumento acumulado de 258,3% entre homens (de 7,2 para 25,8 casos por 100.000 beneficiários) e de 273,7% entre mulheres (de 11,8 para 44,1);
- O padrão etário das taxas por 100.000 beneficiários manteve-se consistente. O aumento foi de 876,9% entre 0 –19 anos (de 1,3 para 12,7), 257,4% entre 20 – 59 anos (de 11,5 para 41,1) e 464,8% entre beneficiários com 60 anos ou mais (de 8,8 para 49,7), com destaque para a rápida elevação das taxas na população idosa nos anos mais recentes;
- Os achados apontam para a necessidade de fortalecimento de estratégias estruturadas de atenção à saúde mental na saúde suplementar, com foco no diagnóstico oportuno, no acompanhamento longitudinal, na coordenação do cuidado e no desenvolvimento de modelos assistenciais capazes de responder de forma sustentável ao crescimento observado dos eventos relacionados ao transtorno bipolar

## 1. INTRODUÇÃO

---

Os transtornos mentais constituem uma das principais causas de carga global de doença, sendo responsáveis por parcela expressiva dos anos vividos com incapacidade em todas as regiões do mundo (1). Entre essas condições, o Transtorno Bipolar (TB) destaca-se pela sua natureza crônica, curso recorrente e elevado impacto funcional, social e econômico. Estima-se que o transtorno afete entre 1% e 3% da população mundial, com início típico na adolescência ou início da vida adulta, período crítico do ponto de vista produtivo e social (2-4).

Do ponto de vista clínico, o transtorno bipolar caracteriza-se por oscilações do humor, envolvendo episódios de mania, hipomania e depressão maior, frequentemente intercalados por períodos de remissão parcial ou eutimia. No entanto, evidências contemporâneas demonstram que mesmo fora dos episódios agudos, muitos indivíduos permanecem com sintomas residuais, déficits cognitivos e prejuízo funcional persistente (5,6). Essa característica confere ao TB um perfil de adoecimento contínuo, que exige estratégias de cuidado longitudinal, integradas e centradas na pessoa.

Estudos epidemiológicos internacionais indicam que o transtorno bipolar está associado a taxas elevadas de hospitalização psiquiátrica, uso recorrente de serviços de emergência, comorbidades clínicas e psiquiátricas, além de risco significativamente aumentado de mortalidade prematura, em especial por suicídio e doenças cardiovasculares (7-9). Estima-se que a expectativa de vida de indivíduos com TB seja reduzida em até 10 a 15 anos em comparação à população geral, refletindo não apenas a gravidade da condição, mas também falhas históricas na organização do cuidado em saúde mental (10).

Apesar dos avanços no reconhecimento da relevância dos transtornos mentais no cenário global, persistem importantes desafios relacionados ao subdiagnóstico e ao atraso diagnóstico do transtorno bipolar. Evidências sugerem que o intervalo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico correto pode ultrapassar oito anos, período durante o qual os indivíduos frequentemente recebem tratamentos inadequados, especialmente antidepressivos em monoterapia, o que pode agravar o curso da doença (11,12). Esse atraso diagnóstico pode causar implicações diretas para os sistemas de saúde, aumentando custos assistenciais e piorando desfechos clínicos e funcionais.

No Brasil, a saúde mental insere-se em um sistema de saúde de caráter dual, composto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela saúde suplementar, que atualmente cobre cerca de um quarto da população brasileira. Os beneficiários de planos de saúde apresentam características sociodemográficas distintas da população geral, com maior concentração nas regiões Sul e Sudeste, maior escolaridade média e maior acesso a serviços especializados. No entanto, essa população também enfrenta desafios específicos relacionados ao cuidado em saúde mental, incluindo fragmentação da assistência, rotatividade de prestadores e modelos de atenção ainda fortemente orientados para o cuidado episódico (13,14).

Embora o transtorno bipolar represente uma condição de alto impacto assistencial, ainda são escassos os estudos epidemiológicos sistemáticos que descrevem sua ocorrência, perfil populacional e utilização de serviços no âmbito da saúde suplementar brasileira. A maior parte da literatura nacional concentra-se em amostras clínicas, estudos hospitalares ou análises voltadas exclusivamente ao SUS, o que limita a compreensão do comportamento do transtorno bipolar em um segmento relevante da população com acesso diferenciado a cuidados em saúde (15,16).

Nesse contexto, campanhas de conscientização como o Janeiro Branco, voltada à promoção da saúde mental e à redução do estigma associado ao sofrimento psíquico, assumem papel estratégico ao estimular o debate público e a valorização do cuidado contínuo em saúde mental. A articulação entre produção científica, vigilância em saúde e iniciativas de sensibilização social torna-se particularmente relevante para o fortalecimento de políticas baseadas em evidências, especialmente no setor suplementar, que dispõe de ampla capilaridade assistencial e potencial para implementação de estratégias estruturadas de cuidado longitudinal (17). Assim, compreender o transtorno bipolar sob a perspectiva da saúde suplementar brasileira, à luz do cenário internacional e das particularidades do sistema nacional de saúde, é fundamental para subsidiar o planejamento assistencial, a organização da rede de cuidados e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental alinhadas às necessidades reais da população beneficiária.

## 2. PERSPECTIVA HISTÓRICA E EVOLUÇÃO CONCEITUAL DO TRANSTORNO BIPOLAR

A compreensão do transtorno bipolar como entidade clínica distinta consolidou-se ao longo do século XX, a partir das contribuições de Emil Kraepelin, que descreveu a psicose maníaco-depressiva como uma condição episódica, recorrente e diferente das psicoses degenerativas (18). Desde então, o conceito evoluiu, incorporando avanços da psiquiatria biológica, da genética e da epidemiologia.

Nas últimas décadas, estudos genéticos de larga escala demonstraram que o transtorno bipolar possui arquitetura poligênica complexa, com sobreposição genética relevante com outros transtornos mentais graves, como esquizofrenia e depressão maior (19,20). Esses achados reforçaram a noção de um espectro dos transtornos do humor e contribuíram para revisões sucessivas nos sistemas classificatórios internacionais.

Paralelamente, houve uma mudança na forma como o transtorno bipolar é abordado clinicamente e nos sistemas de saúde. O foco tradicional nos episódios agudos foi progressivamente substituído por uma visão longitudinal da doença, reconhecendo-se que grande parte da carga de incapacidade decorre da recorrência dos episódios, da persistência de sintomas subclínicos e do impacto cumulativo do adoecimento ao longo da vida (21,22).

Essa transição tem implicações diretas para a organização da assistência em saúde mental, particularmente na saúde suplementar, onde modelos assistenciais ainda são frequentemente fragmentados e pouco integrados, dificultando o acompanhamento contínuo e a coordenação do cuidado entre diferentes níveis de atenção.

### 3. DETERMINANTES CLÍNICOS, SOCIAIS E IMPACTO ASSISTENCIAL

---

O transtorno bipolar resulta da interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Além da predisposição genética, eventos adversos precoces, estresse crônico, instabilidade socioeconômica e rupturas nos vínculos sociais exercem papel relevante tanto no desencadeamento quanto na recorrência dos episódios (23,24).

Do ponto de vista assistencial, indivíduos com transtorno bipolar utilizam serviços de saúde de forma mais intensa e recorrente quando comparados à população geral, com maior frequência de consultas médicas, internações psiquiátricas e uso de medicamentos de longo prazo (25). Na saúde suplementar, esse padrão de utilização pode gerar pressões adicionais sobre a rede credenciada, especialmente em contextos de oferta limitada de psiquiatras e serviços especializados em saúde mental.

Além disso, o transtorno bipolar associa-se a custos indiretos elevados, decorrentes de afastamentos do trabalho, perda de produtividade e aposentadorias precoces, configurando-se como condição de alto impacto econômico para operadoras de saúde e para a sociedade como um todo (26,27). Esses aspectos reforçam a necessidade de estratégias de cuidado estruturadas, capazes de reduzir desfechos adversos, melhorar adesão terapêutica e promover estabilidade clínica a longo prazo.

## 4. MÉTODOS

Foram utilizados dados secundários provenientes do sistema de informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), extraídos em janeiro de 2026 especificamente da base D-TISS, abrangendo o período de 2015 a 2024 dos registros relacionados ao Transtorno Bipolar entre beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares no Brasil. Foram incluídos todos os registros assistenciais compatíveis com diagnóstico de Transtorno Bipolar, identificados a partir dos códigos da Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10), incluindo F31.0 a F31.9, que compreendem os diferentes subtipos e apresentações clínicas do transtorno bipolar.

A população de estudo foi composta por beneficiários de planos de saúde ativos no período de 2015 a 2024, independentemente do tipo de contratação do plano, sendo os dados estratificados segundo sexo (masculino e feminino) e faixas etárias previamente definidas (0 a 19, 20 a 59 anos e  $\geq 60$  anos). Essa estratificação permitiu a análise da distribuição populacional e da evolução temporal dos registros de transtorno bipolar no âmbito da saúde suplementar.

Com base nos dados brutos anuais, foram construídos dois indicadores principais. O primeiro correspondeu à razão de casos por prestadores, calculada pela divisão do número anual de registros relacionados ao transtorno bipolar pelo total de prestadores assistenciais ativos no sistema no respectivo ano, permitindo avaliar a densidade da demanda assistencial sobre a rede credenciada. O segundo indicador correspondeu à taxa de casos por 100.000 beneficiários, obtida pela razão entre o número de registros anuais e o total de beneficiários expostos em cada estrato populacional, multiplicada por 100.000, possibilitando comparações padronizadas ao longo da série histórica.

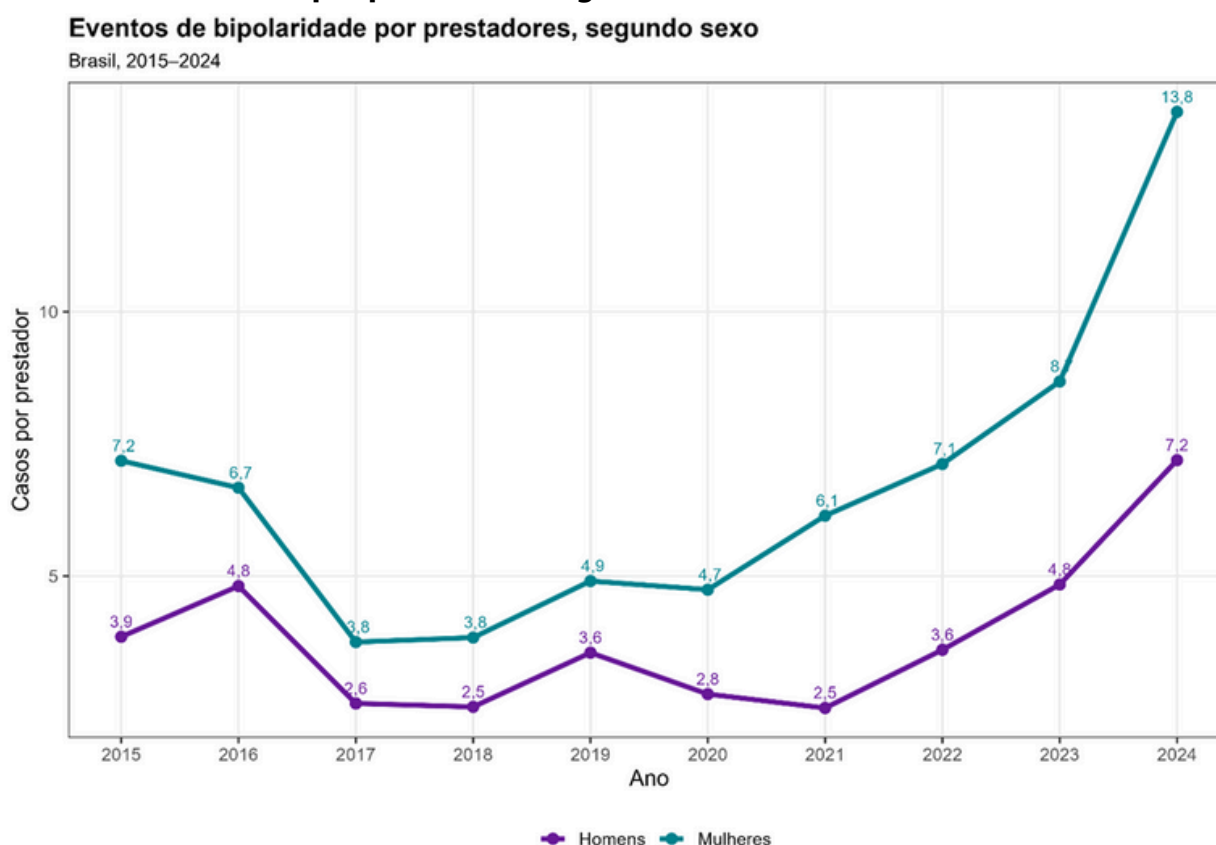
As séries temporais foram organizadas de forma descritiva, contemplando a evolução anual dos registros e a variação percentual acumulada no período analisado. As análises foram conduzidas com abordagem exclusivamente descritiva, sem modelagem inferencial, considerando o caráter exploratório e de vigilância epidemiológica do estudo. O processamento, a tabulação e a visualização dos dados foram realizados no ambiente estatístico R (versão 4.2 ou superior), com apoio de ferramentas do pacote tidyverse.

## 5. RESULTADOS

A evolução dos eventos assistenciais relacionados ao transtorno bipolar entre beneficiários de planos de saúde no Brasil, no período de 2015 a 2024, é apresentada nas Figuras 1 a 4. Os resultados apontam para crescimento consistente ao longo da série histórica, tanto em termos da razão de casos por prestadores quanto das taxas padronizadas por 100 mil beneficiários, com padrões distintos segundo sexo e faixa etária.

A Figura 1 apresenta a evolução anual dos eventos de transtorno bipolar por prestadores, estratificada por sexo. Foi observado aumento da carga assistencial ao longo do período analisado, com intensificação mais acentuada a partir de 2021. Entre os homens, a razão de casos por prestador passou de 3,9 em 2015 para 7,2 em 2024, representando aumento acumulado de 84,6%. Nas mulheres, o crescimento foi ainda um pouco maior, com elevação de 7,2 casos por prestador em 2015 para 13,8 em 2024, correspondendo a um aumento de 91,7% no período. Embora as mulheres apresentem valores absolutos superiores em todos os anos da série, as curvas de crescimento mostram comportamento paralelo entre os sexos, sugerindo aumento sustentado da demanda assistencial relacionada ao transtorno bipolar em toda a população beneficiária, independentemente do sexo.

**Figura 1: Evolução anual dos eventos de bipolaridade em beneficiários de planos de saúde por prestadores segundo sexo. Brasil, 2015–2024.**



**Nota:** Taxas calculadas pelo número de prestadores ativos no sistema.

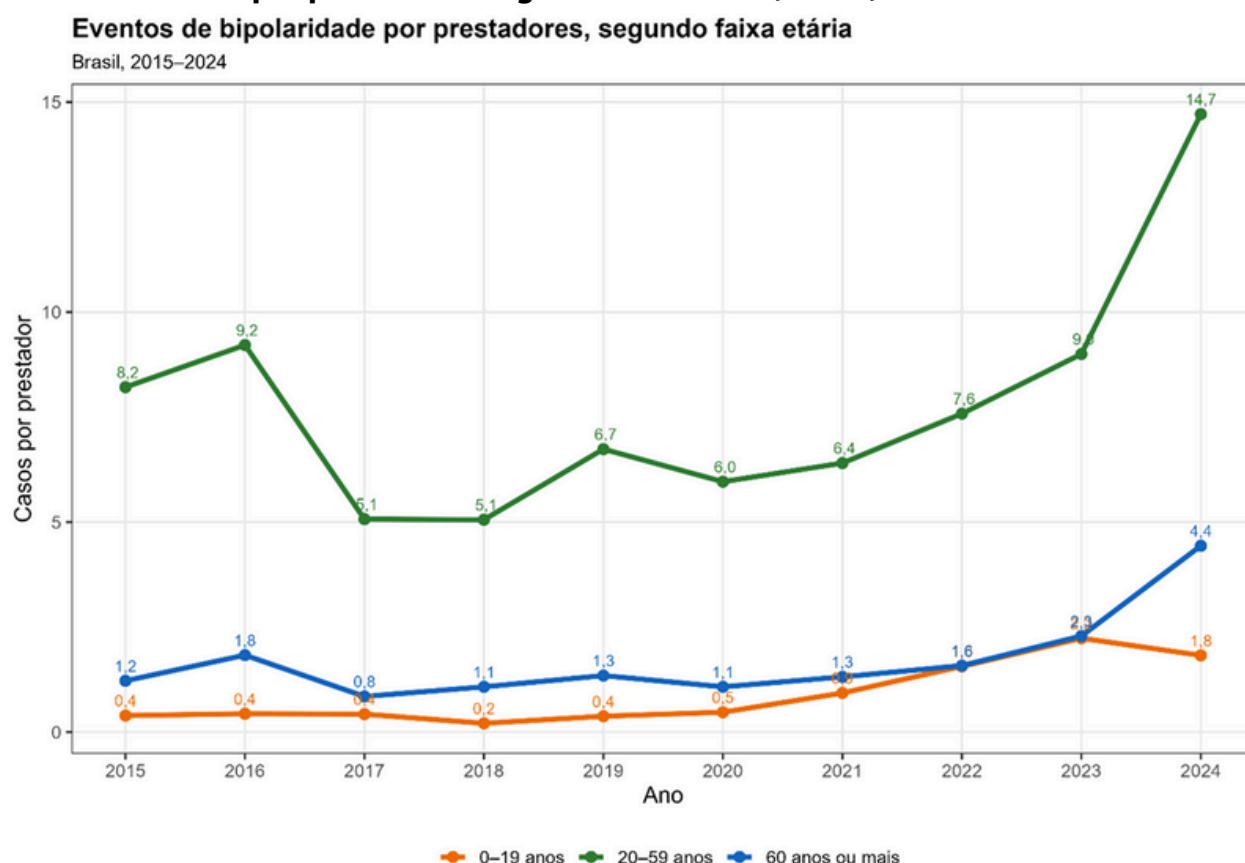
**Fonte:** D-TISS/ANS. Elaboração: IESS.



A Figura 2 ilustra a evolução dos casos por prestadores segundo faixa etária. O padrão observado revela heterogeneidade importante entre os grupos etários, com maior concentração da demanda assistencial nas faixas adultas. O grupo de 20 a 59 anos apresentou os maiores valores absolutos ao longo de toda a série histórica, passando de 8,2 casos por prestador em 2015 para 14,7 em 2024, o que representa aumento acumulado de 79,3%.

Entre os indivíduos com 60 anos ou mais, houve crescimento expressivo, com elevação de 1,2 para 4,4 casos por prestador no período analisado, correspondendo a um aumento de 266,7%, o maior crescimento relativo entre os grupos etários. Já o grupo de 0 a 19 anos manteve valores baixos ao longo de toda a série, variando de 0,4 em 2015 para 1,8 casos por prestador em 2024, ainda que com tendência ascendente nos anos mais recentes.

**Figura 2: Evolução anual dos eventos de bipolaridade em beneficiários de planos de saúde por prestadores segundo faixa etária, Brasil, 2015–2024.**



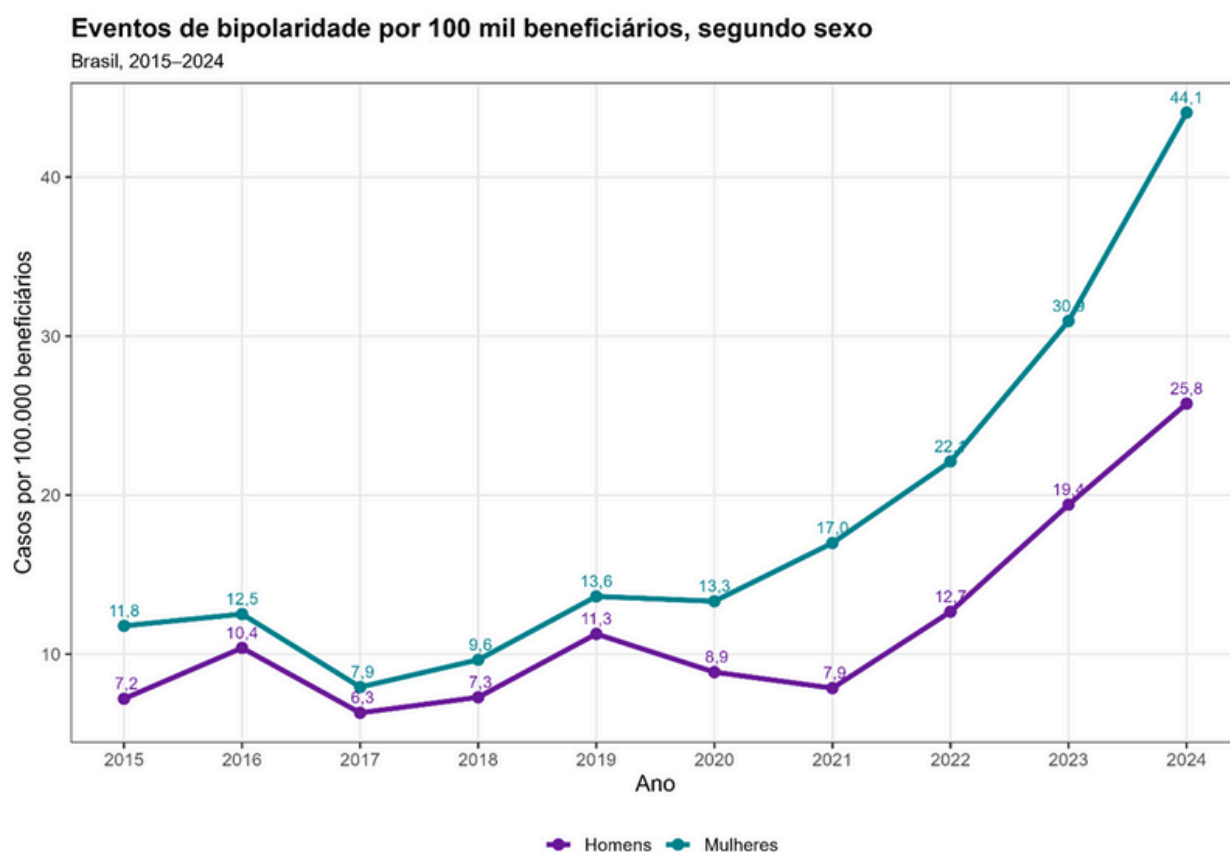
**Nota:** Taxas calculadas pelo número de prestadores ativos no sistema.

**Fonte:** D-TISS/ANS. Elaboração: IESS.



A Figura 3 apresenta a evolução das taxas de eventos de transtorno bipolar por 100 mil beneficiários, estratificadas por sexo. As taxas aumentaram ao longo do período, especialmente após 2020. Entre os homens, a taxa passou de 7,2 casos por 100 mil beneficiários em 2015 para 25,8 em 2024, representando aumento acumulado de 258,3%. Entre as mulheres, os valores evoluíram de 11,8 para 44,1 casos por 100 mil beneficiários, correspondendo a aumento de 273,7%. Apesar das mulheres apresentarem taxas sistematicamente mais elevadas, o padrão de crescimento relativo foi semelhante entre os sexos.

**Figura 3: Evolução anual dos eventos de bipolaridade por 100 mil beneficiários segundo sexo, Brasil, 2015–2024.**



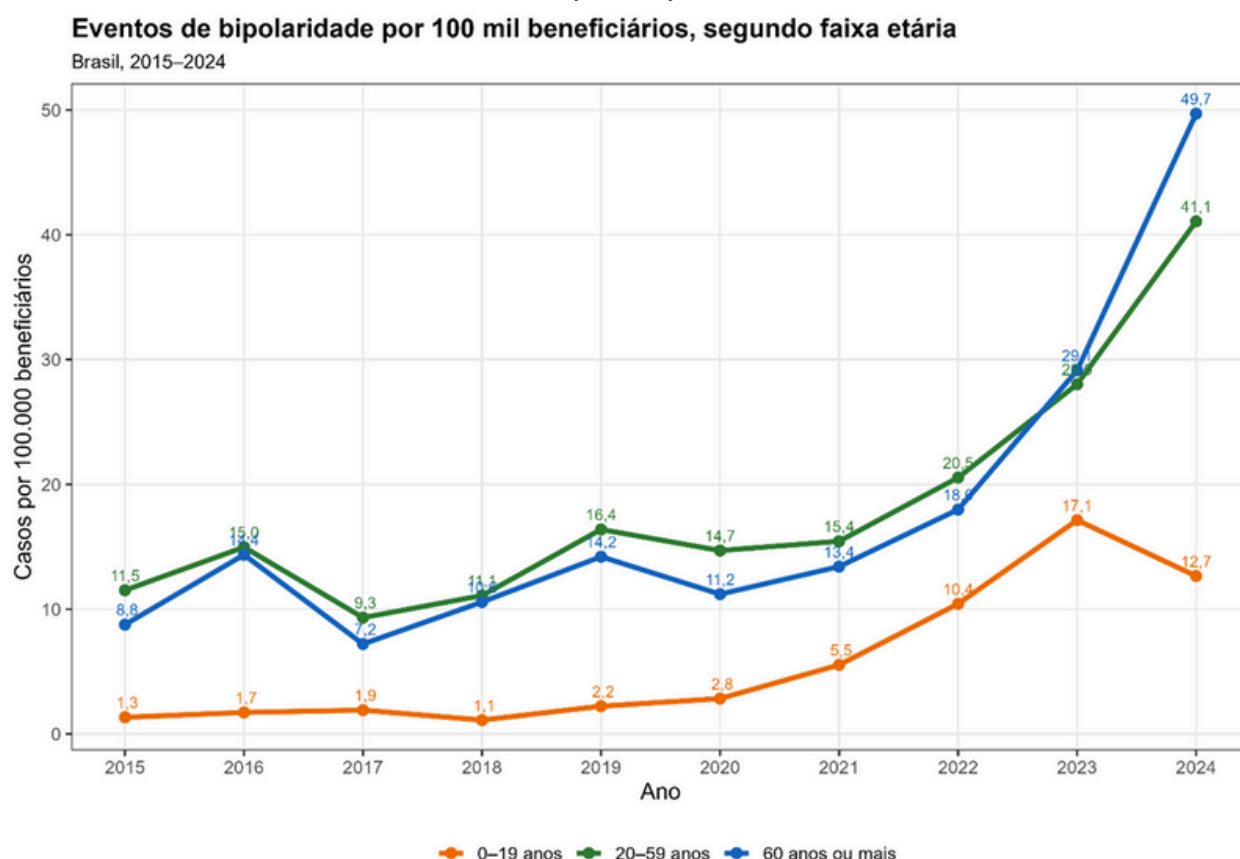
**Nota:** Taxas calculadas por 100.000 beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares.

**Fonte:** D-TISS/ANS. Elaboração: IESS.

A Figura 4 mostra a evolução das taxas por 100 mil beneficiários segundo faixa etária. O grupo de 60 anos ou mais apresentou os maiores valores e o crescimento mais acelerado, passando de 8,8 casos por 100 mil beneficiários em 2015 para 49,7 em 2024, o que representa aumento acumulado de 465,9%.

Na faixa de 20 a 59 anos, as taxas evoluíram de 11,5 para 41,1 casos por 100 mil beneficiários, correspondendo a aumento de 257,4%, mantendo-se como o principal contingente em termos absolutos de eventos assistenciais. Entre os indivíduos de 0 a 19 anos, as taxas permaneceram relativamente baixas ao longo da série, ainda que com crescimento importante, passando de 1,3 para 12,7 casos por 100 mil beneficiários, o que representa aumento de 876,9%.

**Figura 4: Evolução anual dos eventos de bipolaridade por 100 mil beneficiários segundo faixa etária, Brasil, 2015–2024.**



**Nota:** Taxas calculadas por 100.000 beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares.

**Fonte:** D-TISS/ANS. Elaboração: IESS.

## 6. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam crescimento expressivo e sustentado dos eventos assistenciais relacionados ao transtorno bipolar na saúde suplementar brasileira entre 2015 e 2024, tanto quando analisados pela razão de casos por prestadores quanto pelas taxas padronizadas por 100 mil beneficiários. Esse aumento foi observado de forma consistente em ambos os sexos e em todas as faixas etárias, com aceleração particularmente acentuada a partir de 2021. O padrão temporal sugere que o crescimento não decorre apenas de flutuações pontuais, mas reflete uma tendência estrutural de ampliação da demanda por cuidado em saúde mental no setor suplementar. Além disso, parte do aumento pode se explicar pela RN 541/2022, na qual a ANS acaba com os limites de cobertura de quatro categorias profissionais, incluindo psicologia.

A maior magnitude das taxas observadas entre mulheres, bem como a manutenção de valores absolutos mais elevados ao longo de toda a série, é consistente com a literatura, que descreve maior utilização de serviços de saúde mental por mulheres, além de maior probabilidade de diagnóstico e acompanhamento longitudinal de transtornos do humor nesse grupo (28–30). No entanto, o crescimento relativo semelhante entre homens e mulheres sugere que fatores sistêmicos, como ampliação do acesso, maior sensibilização clínica e redução do estigma, têm impactado ambos os sexos de maneira relativamente homogênea ao longo do período analisado.

A análise por faixa etária revelou maior carga assistencial concentrada na população adulta (20–59 anos), refletindo o impacto funcional, social e laboral do transtorno bipolar nessa fase da vida. Esse achado é particularmente relevante para a saúde suplementar, uma vez que essa faixa etária corresponde à parcela expressiva dos beneficiários economicamente ativos e está diretamente associada a custos assistenciais diretos e indiretos, como afastamentos do trabalho, absenteísmo e uso prolongado de serviços especializados (31,32). Além disso, o crescimento expressivo observado entre indivíduos com 60 anos ou mais indica um fenômeno de envelhecimento da população com transtornos mentais crônicos, possivelmente associado à maior sobrevivência, melhor continuidade do cuidado e maior reconhecimento diagnóstico em idades avançadas.

O aumento observado nas taxas entre crianças e adolescentes, embora partindo de patamares absolutos mais baixos, merece atenção específica. O crescimento relativo elevado nesse grupo pode estar associado à maior conscientização sobre saúde mental na infância e adolescência, à ampliação do acesso a serviços especializados e à maior vigilância clínica em contextos escolares e familiares (33,34).

Além dos impactos assistenciais e financeiros para operadoras e prestadores, os achados deste estudo possuem implicações diretas para as empresas contratantes de planos de saúde, que concentram grande número de beneficiários sob um mesmo vínculo organizacional. O transtorno bipolar está associado a custos indiretos relevantes, como absenteísmo, presenteísmo, afastamentos prolongados e perda de produtividade, que recaem diretamente sobre os empregadores, além de repercutirem em reajustes contratuais e elevação das mensalidades ao longo do tempo. Nesse contexto, as empresas contratantes podem exercer papel estratégico na identificação precoce de casos e no fortalecimento do cuidado em saúde mental, por meio da implementação de programas corporativos de promoção da saúde, triagem e encaminhamento assistencial, ações de educação em saúde mental, redução do estigma no ambiente de trabalho e estímulo à adesão ao tratamento. A articulação entre empregadores, operadoras e rede assistencial permite não apenas melhorar desfechos clínicos e funcionais dos beneficiários, mas também mitigar impactos econômicos associados à cronicidade e à descontinuidade do cuidado.

De forma geral, os achados deste estudo sugerem que o aumento dos eventos assistenciais relacionados ao transtorno bipolar na saúde suplementar brasileira está menos associado a um crescimento abrupto da incidência e mais relacionado à combinação de melhor diagnóstico, maior acesso aos serviços, expansão da cobertura assistencial e fortalecimento da atenção em saúde mental no setor privado. Esses resultados reforçam a necessidade de planejamento assistencial baseado em dados, com foco em modelos de cuidado longitudinal, integração entre níveis assistenciais e estratégias de gestão do cuidado que considerem o impacto crescente dos transtornos mentais no perfil epidemiológico e financeiro da saúde suplementar (35).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Os resultados mostram uma crescente evolução dos eventos assistenciais do transtorno bipolar na saúde suplementar brasileira no período de 2015 a 2024, tanto no número de casos por prestadores quanto nas taxas por 100 mil beneficiários, atingindo ambos os sexos e todas as faixas etárias. Este padrão evidencia o papel crescente dos transtornos mentais no perfil epidemiológico da saúde suplementar, que parece ter sido ainda mais evidente após a pandemia da Covid-19, com o transtorno bipolar emergindo como uma condição de importante relevância assistencial, clínica e econômica, especialmente em adultos em idade produtiva e nos idosos.

Diante dos achados, é importante que operadoras, prestadores e gestores de políticas do campo da saúde suplementar avancem na construção de modelos de cuidado estruturado, longitudinal e integrado para o manejo do transtorno bipolar, incluindo estratégias que priorizem um diagnóstico oportuno, cuidado contínuo, coordenação entre níveis de cuidado, e utilização racional de recursos. Com essas ações, é possível obter uma melhoria dos resultados clínicos assim como a sustentabilidade do sistema frente a tendência de crescimento contínuo da demanda de cuidados em saúde mental observada neste e em outros estudos produzidos pelo instituto.

## 8. REFERÊNCIAS

1. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of mental and substance use disorders in 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(2):137–150.
2. Merikangas KR, Jin R, He JP, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):543–552.
3. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet*. 2016;387(10027):1561–1572.
4. Ferrari AJ, Stockings E, Khoo JP, et al. The prevalence and burden of bipolar disorder in the Global Burden of Disease Study. *PLoS One*. 2016;11(6):e0158230.
5. Martínez-Arán A, Vieta E, Colom F, et al. Cognitive impairment in euthymic bipolar patients. *Am J Psychiatry*. 2004;161(2):262–270.
6. Rosa AR, Reinares M, Michalak EE, et al. Functional impairment and disability across mood states in bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;122(3):190–199.
7. Hayes JF, Miles J, Walters K, King M, Osborn DPJ. Premature mortality in bipolar affective disorder: systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(4):334–341.
8. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: meta-review. *World Psychiatry*. 2014;13(2):153–160.
9. Plans L, Barrot C, Nieto E, et al. Association between completed suicide and bipolar disorder: systematic review of cohort studies. *J Affect Disord*. 2019;242:199–210.
10. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(4):334–341.
11. Hirschfeld RMA. Bipolar spectrum disorder: improving recognition and diagnosis. *Am J Psychiatry*. 2001;158(4):593–600.
12. Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J. Effects of lithium treatment and its discontinuation on suicidal behavior in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 1999;156(5):712–719.

## 8. REFERÊNCIAS

13. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(6):530–537.
14. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(12):1322–1330.
15. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2007.
16. Vieta E, Berk M, Schulze TG, et al. Bipolar disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4:18008.
17. Etain B, Lajnef M, Bellivier F, et al. Clinical expression of bipolar disorder type I as a function of age and polarity at onset. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(2):129–139.
18. Marwaha S, Johnson S. Socioeconomic deprivation and outcome in bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2004;184:77–82.
19. Cloutier M, Greene M, Guerin A, et al. The economic burden of bipolar I disorder in the United States. *J Affect Disord*. 2018;226:45–51.
20. Kleine-Budde K, Touil E, Moock J, et al. Cost of illness for bipolar disorder: a systematic review. *Eur Psychiatry*. 2014;29(6):334–341.
21. Stahl EA, Breen G, Forstner AJ, et al. Genome-wide association study identifies 30 loci associated with bipolar disorder. *Nat Genet*. 2019;51(5):793–803.
22. Mullins N, Forstner AJ, O'Connell KS, et al. Genome-wide association study of over 40,000 bipolar disorder cases. *Nat Genet*. 2021;53(6):817–829.
23. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Genetic relationship between five psychiatric disorders. *Lancet*. 2013;381(9875):1371–1379.
24. Kraepelin E. Manic-depressive insanity and paranoia. Edinburgh: E & S Livingstone; 1921.
25. Onocko-Campos RT, Furtado JP, Trapé TL, et al. Mental health care networks in Brazil: challenges and perspectives. *Saúde Soc*. 2019;28(3):76–90.



## 8. REFERÊNCIAS

26. Bressan RA, Gerolin J, Mari JJ. The mental health system in Brazil: policies and future challenges. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(7):645–655.
27. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Beneficiários de planos de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ANS; 2024.
28. Merikangas KR, Jin R, He JP, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(3):241–251.
29. Ferrari AJ, Stockings E, Khoo JP, et al. The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Bipolar Disord*. 2016;18(5):440–450.
30. Kessler RC, Akiskal HS, Ames M, et al. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *Am J Psychiatry*. 2006;163(9):1561–1568.
31. Cloutier M, Greene M, Guerin A, et al. The economic burden of bipolar I disorder in the United States in 2015. *J Affect Disord*. 2018;226:45–51.
32. Gore FM, Bloem PJN, Patton GC, et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet*. 2011;377(9783):2093–2102.
33. Van Meter A, Moreira ALR, Youngstrom E. Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(9):1250–1256.
34. Dalsgaard S, Thorsteinsson E, Trabjerg BB, et al. Incidence rates and cumulative incidences of diagnosed mental disorders in children and adolescents. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(2):155–164.
35. World Health Organization. Mental health action plan 2013–2030. Geneva: WHO; 2021