



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

**Comorbidade entre Transtorno Bipolar tipo I e
Transtornos de Personalidade: avaliação das
características clínicas e sociodemográficas**

Rafaela de Oliveira Pinto Alves

Salvador (Bahia)
Setembro, 2016

FICHA CATALOGRÁFICA

(elaborada pela Bibl. **????**, da Bibliotheca Gonçalo Moniz : Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA)

Número de Cutter Alves, Rafaela de Oliveira Pinto.
Comorbidade entre Transtorno Bipolar Tipo I e Transtornos de Personalidade: avaliação das características clínicas e sociodemográficas. Salvador: ROP, Alves, 2016.

VIII, 48p.

Monografia, como exigência parcial e obrigatória para conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Professor orientador: Ângela Miranda Scippa

Palavras chaves: 1. Transtorno bipolar. 2. Comorbidade. 3. Transtornos da personalidade. I. Scippa, Ângela Miranda. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Comorbidade entre Transtorno Bipolar Tipo I e Transtornos de Personalidade: avaliação das características clínicas e sociodemográficas.

CDU: ???



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Comorbidade entre Transtorno Bipolar tipo I e Transtornos de Personalidade: avaliação das características clínicas e sociodemográficas

Rafaela de Oliveira Pinto Alves

Professor orientador: Ângela Miranda Scippa

Orientador tutor: Severino Bezerra Filho

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2016.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)

Setembro, 2016

Monografia: *Comorbidade entre o Transtorno Bipolar Tipo I e Transtornos de Personalidade: avaliação das características clínicas e sociodemográficas*, de **Rafaela de Oliveira Pinto Alves**.

Professor orientador: **Ângela Miranda Scippa**
Orientador tutor: Severino Bezerra Filho

COMISSÃO REVISORA:

- **Ângela Miranda Scippa** (Professora orientadora), Professora do Departamento Neurociências e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Fabiana Nery Fernandes**, Professora do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Ana Paola Robato**, Professora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:

Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no X Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2016.

“ O importante não é aquilo que fazem de nós, mas o que nós mesmos fazemos do que os outros fizeram de nós.”(Jean-Paul Sartre)

Aos Meus Pais e Meus Avós,
Tesouros da Minha Vida

EQUIPE

- Rafaela de Oliveira Pinto Alves, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.
Correio-e: rafaelaecv@hotmail.com;
- Ângela Miranda Scippa , Professora da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.
Correio-e: amscippa@gmail.com;

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

CETHA-UFBA

- Centro de Estudos de Transtornos de Humor e Ansiedade

FONTE DE FINANCIAMENTO

Financiada com recursos próprios e provenientes do grupo de pesquisa do CETHA (Centro de Estudos de Transtornos de Humor e Ansiedade).

AGRADECIMENTOS

- ◆ À minha Professora orientadora, Doutora **Ângela Miranda Scippa**, pela presença constante e substantivas orientações acadêmicas.
- ◆ À toda Equipe do CETHA, em especial a Severino Bezerra Filho.

- ◆ À minha colega **Edda Giuliana Agrelli**, pela colaboração na realização do SUMMARY e esclarecimento de dúvidas.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	10
ÍNDICE DE GRÁFICO E TABELAS	11
I. RESUMO	12
II. OBJETIVOS	13
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
IV. METODOLOGIA	17
IV.1. Desenho de estudo	17
IV.2. População de estudo	17
IV.3. Materiais	17
IV.4. Coleta	17
IV.5. Análise de dados	18
IV.6. Variáveis	18
V. ASPECTOS ÉTICOS	19
VI. RESULTADOS	20
VII. DISCUSSÃO	25
VIII. CONCLUSÕES	29
IX. SUMMARY	30
X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
XI. ANEXOS	34
• Protocolo da Pesquisa	35
• Parecer do Comitê de Ética da Pesquisa (CEP)	44
• Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	47

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CETHA	Centro de Estudos de Transtorno de Humor e Ansiedade
DNPM	Desenvolvimento neuropsicomotor

DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quarta Edição
HAM-D	Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão
SCID-I	Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV
SCID II	Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo II do DSM-IV
TB	Transtorno Bipolar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e esclarecido
TP	Transtornos de Personalidade
TS	Tentativa de suicídio
YMRS	Escala de Young para Avaliação de Mania

ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

GRÁFICO

GRÁFICO I. Diagrama de Venn, mostrando a divisão por <i>clusters</i> dos pacientes com transtornos de personalidade em comorbidade com transtorno bipolar tipo I.	13
---	----

TABELAS

TABELA I. Transtornos de personalidade apresentados pelos pacientes com transtorno bipolar tipo I.	13
TABELA II. Características sociodemográficas dos pacientes com transtorno bipolar tipo I.	14
TABELA III. Características clínicas dos pacientes com transtorno bipolar tipo I.	15
TABELA IV. Relação entre o <i>cluster</i> e a presença de tentativa de suicídio em portadores de transtornos de personalidade em comorbidade com transtorno bipolar tipo I.	16

I. RESUMO

Comorbidade Entre Transtorno Bipolar Tipo I e Transtornos de Personalidade: Características Clínicas e Sociodemográficas. **Fundamentação teórica:** O transtorno bipolar (TB) é um transtorno mental grave que resulta em sofrimento e prejuízo funcional para os seus portadores. A ocorrência de comorbidade entre o TB e os transtornos de personalidade (TP) é frequente e tem impacto significativo no prognóstico. A avaliação do TP nesses pacientes é difícil e, não raramente, seus sintomas podem ser subestimados. **Objetivo:** Investigar a comorbidade entre TB tipo I e TP. **Metodologia:** Estudo de corte transversal em que foram descritas todas as características clínicas e sociodemográficas dos portadores de TB tipo I com e sem transtorno de personalidade. Foram incluídos todos os pacientes acompanhados no ambulatório de humor (CETHA) que preencheram os critérios do DSM-IV para TB e que se encontravam em estado de eutímia, definida por escores das escalas de depressão

(HAM-D) e de mania (YMRS) menores que sete e ausência de episódios da doença nos últimos dois meses. **Aspectos éticos:** Esse estudo faz parte de um projeto de um consórcio nacional em TB e já foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). **Resultados:** Dos 118 pacientes, 38,13% foram diagnosticados com um ou mais TP associado. O TP mais prevalente foi o obsessivo-compulsivo. Comparando os portadores de TB com sem essa comorbidade, demonstrou-se que ciclagem rápida, tentativa de suicídio (TS) e comorbidades psiquiátricas foram mais frequentes naqueles com comorbidade enquanto histórico familiar de TB em parente de primeiro grau foi menos frequente. **Discussão:** As características clínicas e sociodemográficas dessa amostra foram similares às apresentadas em estudos prévios. Como esperado, a presença de TP teve impacto negativo no TB. **Conclusões:** A alta comorbidade encontrada entre TB e TP nessa população requer uma investigação diagnóstica aprofundada, a fim de que se possa melhorar a abordagem terapêutica. A ocorrência de ciclagem rápida e TS nos bipolares com TP comórbido foi elevada. Os TP do *cluster B* foram os mais associados à presença de TS.

Palavras chave: 1. Transtorno bipolar; 2. Comorbidade; 3. Transtornos da personalidade.

II. OBJETIVOS

GERAL

Investigar a comorbidade entre TB tipo I e TP em pacientes acompanhados em um centro especializado no tratamento de TB.

ESPECÍFICO

Comparar as características clínicas e sociodemográficas de pacientes com TB tipo I, com e sem TP comórbido.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Tentativas de conceituar os transtornos de humor são feitas desde o período grego clássico. A primeira caracterização foi desenvolvida por Hipócrates, que descreveu separadamente a mania, a melancolia e a paranoia. Posteriormente, já no século I d.C., Aretaeus da Capadócia englobou a mania e a melancolia como manifestações diferentes de um mesmo transtorno, estabelecendo as bases para a primeira concepção de bipolaridade (Campos, 2010). Já na metade do século XIX, Falret e Baillarger descreveram, de modo independente, estados alternantes de mania e depressão, denominados pelo primeiro de “folie circulaire” e pelo segundo de “folie à double forme”. Os conceitos de ambos diferiam, pois, enquanto Falret considerava os “intervalos lúcidos entre essas fases, Baillarger não levava em conta esses estados eutímicos, apenas a sucessão imediata dessas fases (Del Porto, 2004).

Apesar dessas contribuições, ao final do século XIX, a mania, a melancolia e as psicoses eram englobadas em um grupo único de doença mentais. Foi Emil Kraepelin que, ao separar as psicoses em dois grupos (demência precoce e insanidade maníaco depressiva), consolidou a importância dos conceitos acima descritos. Na oitava edição do seu tratado, por volta de 1913, Kraepelin incluiu, em seu conceito de “insanidade maníaco-depressiva”, praticamente todas as formas de melancolia, enfatizando as

características que mais claramente a diferenciavam da “demência precoce”: o curso episódico, melhor prognóstico e a história familiar de quadros similares (maníaco-depressivos). As ideias de Kraepelin foram amplamente aceitas, permitindo a unificação do conceito na psiquiatria europeia. Esse fato foi fundamental para as classificações atuais (DSM-V, CID-10 e outras) que ainda hoje baseiam-se nos conceitos de Kraepelin (Del Porto, 2004).

Atualmente, no DSM-V, o TB é categorizado em um capítulo único que inclui os seguintes diagnósticos: TB tipo I, TB tipo II, transtorno ciclotímico, dentre outros. Segundo o DSM-V, os critérios para o tipo I e II diferem da descrição clássica do transtorno maníaco-depressivo pela inclusão do sintoma aumento de energia, como sintoma relevante para o seu diagnóstico. Além disso, o episódio misto foi eliminado como caracterização diagnóstica. Desde então, a presença de três ou mais sintomas do polo oposto passaram a ser especificadores da doença, sendo chamados de sintomas mistos, estando presente em qualquer fase da doença bipolar. O TB tipo I inclui episódios de mania e/ou depressão. O TB tipo II requer um ou mais episódios depressivos maiores e pelo menos um episódio hipomaníaco durante o curso da vida.

A evolução do conceito dos TP se deu de forma paralela a dos transtornos de humor. Foi também desde a Grécia clássica que surgiram tentativas de classificar os modos habituais de reação emocional dos indivíduos, ou seja, os temperamentos. Hipócrates, em sua teoria humoral, estabeleceu quatro humores, relacionando-os a quatro temperamentos: sangue (sanguíneo), bile amarela (colérico), bile negra (melancólico) e linfa (linfático) (Fok, 2014). Essa teoria representa a primeira tentativa de explicar as diferenças de temperamentos e personalidades, dando início a um incessante estudo de classificações, tipologias e teorias que se estende aos dias atuais (Natrielli, 2002). O conceito moderno dos TP evoluiu de uma confluência dos entendimentos da psiquiatria francesa, germânica e anglo-americana (Paris, 2010).

Em 1809, Pinel descreveu o quadro de "manie sans délire" que incluiu instâncias de "personalidade demente", podendo ser encarado como o início dos estudos científicos dos TP como entidade nosológica. Esse quadro era caracterizado pelo prejuízo das funções afetivas, pela instabilidade emocional e tendência dissocial, não havendo prejuízo da função intelectual e cognitiva. Também Esquirol, em seus escritos sobre monomanias afetivas e instintivas, em 1838, adota esse conceito (Natrielli, 2002).

Kurt Schneider publicou, em 1923, a famosa monografia "Personalidades Psicopáticas". Usando uma abordagem tipológica para classificar os tipos de personalidade, as personalidades anormais foram consideradas como desvios estatísticos de uma norma média estimada. Sua doutrina influenciou as tipologias ulteriores e sistemas de classificação atuais (Paris, 2010).

Atualmente, o DSM-V define os TP como um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é invasivo, inflexível, tem seu início na adolescência ou começo da idade adulta, é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo funcional. Este padrão manifesta-se em duas (ou mais) das seguintes áreas: cognição; afetividade; funcionamento interpessoal e controle dos impulsos (DSM-V, 2013).

Os TP são divididos em três grupos: Grupo A – Paranóide, Esquizóide e Esquizotípica; Grupo B – Antissocial, Borderline, Histriônica e Narcisista; e Grupo C – Esquiva, Dependente e Obsessivo-Compulsivo.

Embora historicamente os conceitos relativos aos transtornos de humor e personalidade tenham sido construídos de modo paralelo, sendo considerados transtornos independentes em relação ao diagnóstico, prognóstico e tratamento, estudos recentes apontam para uma frequente sobreposição desses transtornos (Campos, 2010). Os TP mais comumente encontrados em comorbidade com o TB são os do *cluster B*, principalmente os tipos *borderline* e histriônico (Ross, 2016). Essa comorbidade dificulta o diagnóstico diferencial entre esses transtornos, com implicações importantes no prognóstico e no tratamento, constituindo um importante desafio à prática clínica (Campos, 2010). Essa dificuldade é majorada durante as fases de depressão ou de hipomania/mania, sendo recomendado a avaliação de pacientes em estado de eutimia, ou remissão sintomatológica, de preferência contando com informações de familiares (Ross, 2016).

Mesmo se a avaliação for realizada corretamente, as evidências disponíveis ainda são insuficientes para o esclarecimento completo da repercussão causada por essa comorbidade, o que dificulta o manejo clínico adequado, implicando pior resposta ao tratamento, com redução substancial na qualidade de vida do paciente. Considerando as lacunas ainda existentes, o presente trabalho visa ampliar o conhecimento científico acerca dessa comorbidade, através da comparação entre as características clínicas e

sociodemográficas de portadores de TB, com e sem TP comórbido, acompanhados em um centro especializado em TB.

V. METODOLOGIA

IV.1 Desenho de estudo: corte transversal.

IV.2. População de estudo: amostra de conveniência selecionada a partir dos seguintes critérios:

1. **Critérios de inclusão:** pacientes matriculados e acompanhados no CETHA do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), com idade igual ou acima de 18 anos de idade, que preenchem os critérios do DSM-IV para TB tipo I e que estejam em estado de eutimia (ausência de episódio agudo nos últimos 2 meses, com escores de HAM-D e YMRS menores que 7);
2. **Critérios de exclusão:** incapacidade para responder adequadamente os instrumentos de pesquisa; TB tipo II; TB não especificado e ciclotimia.

IV.3 Materiais:

1. Questionário para a coleta de dados clínicos e sociodemográficos do CETHA;
2. Escala de avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D), desenvolvida para medir a gravidade dos sintomas depressivos;
3. Escala de Mania de Young (YMRS), a fim de medir a intensidade dos sintomas maníacos;
4. Entrevista Clínica Estruturada para Transtorno do Eixo I do DSM- IV (SCID-I), que consiste em uma entrevista semiestruturada diagnóstica padronizada que engloba os principais transtornos do eixo I
5. Entrevista Clínica Estruturada para Transtorno do Eixo II do DSM-IV (SCID-II), que avalia os TP, segundo os critérios do DSM-IV.

IV.4. Coleta:

Os pacientes acompanhados no CETHA com diagnóstico de TB que aceitaram participar da pesquisa receberam informações acerca de seus objetivos, riscos e

procedimentos e foram entrevistados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Inicialmente foram submetidos às seguintes escalas: HAM-D e YMRS para confirmação do estado de eutimia, Depois de assegurar a remissão dos sintomas, os pacientes responderam ao questionário sociodemográfico, seguidos da aplicação das SCID-I e SCID-II. Essa coleta foi realizada no período de 2009 a 2015.

IV.5. Análise de dados:

Após coletados, os dados foram inseridos no programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 20.0, no qual os testes estatísticos adequados foram conduzidos. Variáveis categóricas foram apresentadas usando frequências e porcentagens, enquanto variáveis contínuas, usando média e desvio padrão (SD). Person chi-square e Fisher's exact tests foram usadas para a comparação das variáveis categóricas. Para as variáveis contínuas, foi utilizado o teste t-student para amostras independentes. Coeficientes de correlação de Pearson foram calculados para determinar a associação entre as variáveis estudadas.

IV.6. Variáveis:

1. **Sociodemográficas:** idade, sexo, etnia, afiliação religiosa, companheiro fixo, anos completos de estudo, repetência escolar, renda individual, renda familiar, complicações após o nascimento, necessitando de hospitalização e atraso no desenvolvimento psicomotor;
2. Dados do quadro clínico: Idade do primeiro episódio, idade do diagnóstico, atraso no diagnóstico, histórico familiar de TB, histórico familiar de TP, comorbidades clínicas e psiquiátricas, hospitalização, psicose ao longo da vida, polaridade, TS e ciclagem rápida.

V. ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo faz parte de um projeto que já tinha sido previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira com o número 16/2005 em 23/02/2005 e resolução aditiva número 159/2010 em 14/07/2011. Seguiu orientação da declaração de Helsinki/1989 e da resolução 196/96 sobre pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde. Anterior à coleta de dados, os pacientes concordaram, voluntariamente, em participar do estudo, após conhecerem seus objetivos e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUPES.

VI. RESULTADOS

Os questionários foram aplicados em 250 pacientes, sendo que 118 deles preencheram os critérios de inclusão. Desses, 45 (38,13%) apresentaram TB e TP em comorbidade, enquanto 73 (61,86%) eram portadores apenas de TB. Os TP encontrados em maior frequência foram: obsessivo-compulsivo, histriônico e borderline, presentes em 16 (13,6%), 10 (8,5%) e 7 (5,9%) desses pacientes, respectivamente (tabela 1).

Da amostra total de bipolares, 78,8% 93 (78,8%) foram do sexo feminino. A média de idade dos portadores de TB e TP comórbidos foi de $41,5 \pm 11,4$ anos enquanto a dos diagnosticados apenas com TB foi de $44,3 \pm 12,6$ anos ($p = 0,230$). A etnia parda predominou em ambos os grupos, estando presente em 22 (48,9%) e 43 (58,9%), respectivamente ($p=0,053$). A maioria dos pacientes possuía afiliação religiosa, a qual esteve presente em 38 (84,4%) dos indivíduos com TB e TP associados, e em 65 (89%) dos com apenas TB ($p=0,572$). Morar com companheiro fixo foi relatado por 17 (37,8%) e 23 (31,5%) dos pacientes, respectivamente ($p=0,485$) (tabela 2).

As variáveis que apresentaram significado estatístico ($p \leq 0,05$) foram: “história de TB em parentes de 1º grau”, “comorbidades psiquiátricas”, “TS” e “ciclagem rápida ao longo da vida”. História de TB em parentes de 1º grau esteve presente em 21

(17,8%) de todos os pacientes, em (4,4%) dos com TB e TP associados e em 19 (26%) dos que tinham apenas TB ($p=0,011$). Já comorbidades psiquiátricas foram observadas em 44 (33,9%); 24 (53,3%) e em 16 (21,9%); respectivamente ($p=0,000$). TS foram encontradas em 41 (34,7%) do total de pacientes, 24 (53,3%) dos com TB e TP associados e em 21 (28,8%) dos que tinham apenas TB ($p=0,001$). Ciclagem rápida por sua vez, esteve presente em 36 (30,5%); 21 (46,7%) e 15 (20,5%), respectivamente ($p=0,005$) (tabela 3). Foi encontrada forte associação entre a presença de TS e os TP do *cluster* B. Do total de pacientes que apresentavam TS ($n=41$), 14 (34,1%) eram portadores de pelo menos um TP desse *cluster* ($p=0,000$) (tabela 4).

TABELA 1 - TP apresentados pelo pacientes com TB tipo I.

TP	nº de pacientes
obsessivo compulsivo	16 (13,6%)
histriônica	10 (8,5%)
evitativo	8 (6,8%)
borderline	7 (5,9%)
passivo-agressivo	6 (5,1%)
anti-social	4 (3,4%)
paranóide	4 (3,4%)
esquizóide	2 (1,7%)
depressivo	2 (1,7%)
narcisista	1 (0,8%)
dependente	1 (0,8%)
esquizotípico	0 (0%)

GRÁFICO 1- Diagrama de Venn, mostrando a divisão por *clusters* dos pacientes portadores de TP em comorbidade com TB.

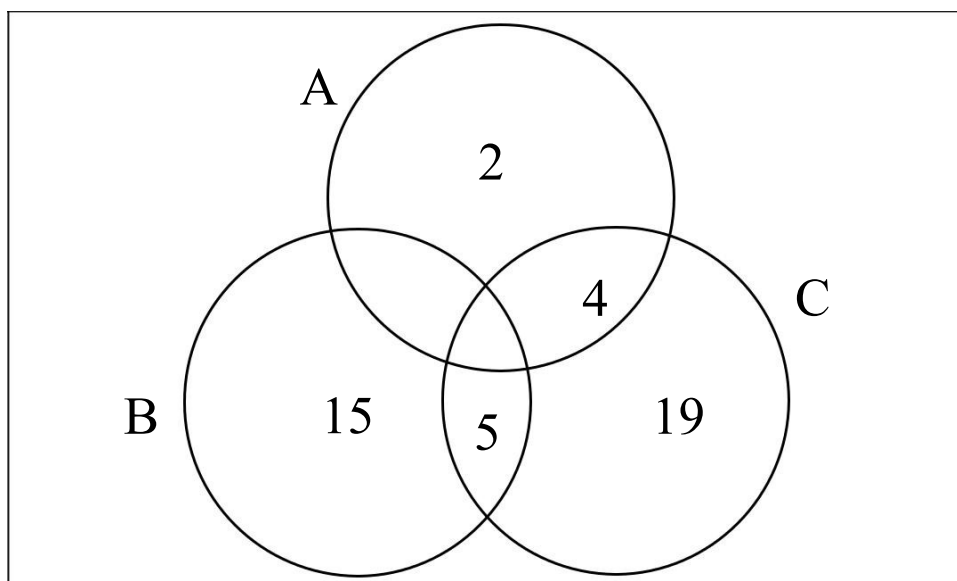


TABELA 2 – Características sociodemográficas dos pacientes com TB tipo 1 (n=118).

variáveis	total n= 118	TP		p
		sim (n= 45)	não (n=73)	
gênero				
- feminino	93 (78,8%)	34(75,6%)	59 (80,8%)	0,497
- masculino	25 (21,2%)	11 (24,4%)	14(19,2%)	
idade	43,2 ± 12,2* (n=117)	41, 5 ± 11,4	44,3 ± 12,6* (n=72)	0,230
etnia				
- branco	25(21,2%)	7(15,55%)	18(24,7%)	0,053
- negro	28(23,7%)	16(35,55%)	12(16,4%)	
- pardo	65(55,1%)	22(48,9%)	43(58,9%)	
afiliação religiosa	103 (87,3%)	38(84,4%)	65(89%)	0,572
companheiro fixo	40 (33,9%)	17(37,8%)	23(31,5%)	0,485
anos completos de estudo	12,6±6,9* (n=108)	12,6±4,2 * (n=42)	12,6±3,8 (n=66)	0,973
repetência escolar				
- sim	56 (47,5%)	25(55,6%)	31(42,5%)	0,287
- não	61(51,7%)	20(44,4%)	41(56,2%)	
- não informado	1(0,8%)	0(0%)	1(1,4%)	
renda individual	699±835*	666±757	720±885*	0,736

	(n=117)		(n=72)	
renda familiar	2049,8±2012,5* (n=96)	2070,2±2066,3* (n=36)	2037,6±1997* (n=60)	0,939
atraso no DNPM				
-sim	11(9,3%)	4(8,9%)	7(9,6%)	0,914
- não	103(87,3%)	40(88,9)	63(86,3%)	
-não sabe	4(3,4%)	1(2,2%)	3(4,1%)	
complicações ao nascer, necessitando de hospitalização				
- sim	6(5,1%)	2(4,4%)	4(5,5%)	1,000
- não	106(89,8%)	41(91,1%)	65(89%)	
- não sabe	6(5,1%)	2(4,4%)	4(5,5%)	

*Dados faltando

TABELA 3- Características clínicas dos pacientes com TB tipo 1 (n=118).

variáveis	total n= 118	TP		p
		sim (n= 45)	não(n=73)	
história de TB em 1º grau				
-presente	21(17,8%)	2(4,4%)	19(26%)	0,011
-ausente	87(73,7%)	38(84,4%)	49 (67,1%)	
-não informado	10 (8,5%)	5(11,1%)	5(6,8%)	
História de TP em 1º grau				
-presente	5(4,2%)	4(8,9%)	1(1,4%)	0,105
-ausente	82(69,5%)	28(62,2%)	54(74%)	
-não informado	31(26,3%)	13(28,9%)	18(24,6%)	
comorbidade psiquiátricas	40 (33,9%)	24(53,3%)	16(21,9%)	0,000
comorbidades físicas	103 (87,3%)	40(88,9%)	63(86,3%)	0,682
idade do 1º episódio	26,9±9,9	25,2 ± 6,7	28±11,3	0,087
idade do diagnóstico	32,9±12 * (n=116)	32,7±11,9	33±12,2* (n=71)	0,876
atraso no diagnóstico	6,8±9,5* (n=113)	8±11,3* (n=44)	6,1±8,1* (n=69)	0,293
psicose				

-sim	66(55,9%)	29(64,4%)	37(50,7%)	0,328
-não	49(41,6%)	15(33,3%)	34(46,6%)	
-não informado	3(2,5%)	1(2,2%)	2(2,7%)	
polaridade				0,870
-positiva	64(54,2%)	19(42,2%)	45(61,6%)	
-negativa	36(30,5%)	15(33,3%)	21(32,9%)	
-desconhecida	4(3,4%)	3(6,7%)	1(1,4%)	
-sem polaridade	14(11,9%)	8(17,8%)	6(8,2%)	
hospitalização	28(23,7%)	12(26,7%)	16(21,9%)	0,556
tentativa de suicídio	41(34,7%)	24(53,3%)	21(28,8%)	0,001
ciclagem rápida				0,005
-presente	36 (30,5%)	21(46,7%)	15(20,5%)	
-ausente	78(66,1%)	22(48,9%)	56(76,7%)	
-não informada	4 (3,4%)	2(4,4%)	2(2,7%)	

***Dados faltando**

TABELA 4 – Relação entre o cluster e a presença de TS em portadores de TB e TP em comorbidade.

TP	total N=118 N(%)	TS		p
		sim N=41 N(%)	não =77 N (%)	
Qualquer TP	45(38,1%)	24(53,3%)	21(27,3%)	0,001
Cluster A	6(5,1%)	2 (4,9%)	4(5,2%)	0,941
Cluster B	20(16,9%)	14(34,1%)	6(7,8%)	0,000
Cluster C	28(23,7%)	14(34,1%)	14(18,2%)	0,052

VII. DISCUSSÃO

A comorbidade de TB com TP é frequente, difícil de diagnosticar e tem impacto significativo no prognóstico, devendo ser considerada na escolha da abordagem terapêutica. No presente estudo, foram analisados 118 pacientes com TB em estado de eutímia. Desses, 38,13% (n=45) foram diagnosticados com um ou mais TP associado. Frequência semelhante (41,2%) foi relatada por Bezerra e colaboradores, em uma revisão sistemática que levou em consideração um grupo de 376 bipolares eutímicos (Bezerra, 2015). Um outro estudo, considerando 90 pacientes com TB, apontou para uma frequência de 47,7% (Alp, 1998). A maior frequência, nesse último caso, pode se dever ao fato dos pacientes não estarem todos, necessariamente, eutímicos. Sintomas depressivos ou maníacos podem gerar alterações na percepção do “self”, modificando o resultado das escalas de avaliação. Além disso, sintomas afetivos podem ser confundidos com traços disfuncionais de personalidade, podendo acarretar aumento no diagnóstico de TP. Um exemplo disso é a presença de comportamentos impulsivos e de agressividade acentuada em pacientes em mania, os quais poderiam ser erroneamente interpretados como traços dos TP do *cluster* B. A principal diferença é que, enquanto no TB esses sintomas remetem ao se atingir o estado de eutímia, nos TP eles persistem indefinidamente. Assim, para evitar confusões no diagnóstico, os pacientes devem ser avaliados em eutímia (Bajaj, 2005).

Os TP mais encontrados foram os do *cluster* C (23,7%), seguidos pelos do *cluster* B (16,9%). O *cluster* A teve a menor frequência entre os três (5,9%), se aproximando bastante do encontrado por uma revisão sistemática (6%) (Bezerra, 2015). O TP mais diagnosticado foi o obsessivo compulsivo (13,5%), ficando o histriônico em segundo (8,5%), o evitativo em terceiro (6,8%) e o *borderline* em quarto (5,9%). Embora os estudos convirjam para uma menor frequência do *cluster* A, ainda não há unanimidade quanto ao *cluster* de maior prevalência; sendo que alguns apontam para o *cluster* B (Schiavone 2004; Romero, 2007), enquanto outros, para o *cluster* C (Altindag, 2006). A conclusão é que tanto os TP do *cluster* B quanto os do *cluster* C são comuns nos pacientes com TB.

Considerando que a prevalência de muitos TP varia em decorrência do gênero, faz-se necessário analisar a distribuição desse na presente amostra. Embora na população geral a prevalência de TB tipo I seja considerada semelhante entre homens e

mulheres (Clayton, 1981; Karanti, 2015; Parial, 2015); nesse estudo, 78,8% (n=93) dos pacientes foram do sexo feminino. Um estudo prévio também encontrou grande prevalência de mulheres (70,8%) (Ramos, 2012). Essa diferença pode se dever ao fato das mulheres procurarem mais os serviços de saúde mental (Oliveira, 2008; Ramos, 2012). Não houve diferença entre prevalência de gênero em pacientes com ou sem TP. Isso pode ter relação com a quantidade de mulheres na amostra ser muito maior, dificultando essa comparação.

Segundo o DSM-V, o TP obsessivo compulsivo foi descrito por revisões sistemáticas como sendo cerca de duas vezes mais frequente em homens, enquanto que, no *borderline*, há predomínio de mulheres (75%). Ainda não existe consenso na literatura se, em indivíduos com TB, há maior prevalência do TP *borderline* ou do obsessivo compulsivo; existindo estudos que sinalizem para o primeiro (Schiafone 2004; Bajaj, 2005; Bezerra, 2015), e outros, para o segundo (Riborg, 2014; Ross, 2016). No entanto, o fato do presente estudo, realizado com maioria de mulheres, ter encontrado um predomínio de TP obsessivo compulsivo, pode apontar para uma frequência ainda maior desse TP do que se era pensado, em pacientes com TB.

Em relação à análise das características clínicas, tem-se que o histórico familiar de TB em parentes de 1º grau esteve presente em apenas 4,4% (n=2) dos pacientes com TP em contraste com 26% (n=19) dos sem TP. Depreende-se então que o histórico familiar foi mais frequente naqueles que não possuíam TP comórbido (p=0,011). Assim, pode-se suspeitar que, nesses pacientes, o desencadeamento do TB tenha estado relacionado a fatores outros além dos genéticos, os quais podem ter contribuído também para o desencadeamento dos TP. Investigações, adicionais, no entanto, se fazem necessárias.

Além dos TP, outras comorbidades psiquiátricas foram observadas nos pacientes avaliados. Elas estiveram presentes em 53,3% dos indivíduos com TB e TP associados, em comparação com apenas 21,9% dos que tinham apenas TB (p=0,000). Uma das possíveis explicações para essa diferença é que a presença de um ou mais TP pode funcionar como um fator estressor, o qual pode desestabilizar o paciente e contribuir para o desenvolvimento de outros transtornos psiquiátricos.

Uma das complicações mais perigosas no TB e que requer maior atenção pelo clínico é a TS. Conforme já era esperado, a sua prevalência nessa amostra foi elevada, sobretudo nos pacientes com TB e TP em comorbidade. Comparando dois subgrupos da

amostra total de pacientes – os que apresentavam pelo menos um TP associado (n=45) com os que não apresentavam (n=73) – obteve-se que 53,3% (n=24) dos primeiros tentaram suicídio, em comparação com apenas 23,23% (n=17) dos segundos. Depreende-se então que a comorbidade com TP foi responsável por um aumento significativo na prevalência de TS em pacientes com TB. Esses dados já eram esperados, pois segundo a literatura, a presença de TP nesses pacientes aumenta a ocorrência de TS ao longo da vida em cerca de duas vezes (Jylhä, 2016).

Para Beyer e colaboradores, dentre todas as doenças psiquiátricas, o TB é a que cursa com a mais alta prevalência de TS e suicídio (Jylhä, 2016). Além disso, estudos apontam que os atos suicidas tendem a ser mais letais em bipolares do que na população geral, com a proporção de 3:1 - três tentativas para cada suicídio-comparados a 30:1, respectivamente (Beyer, 2016). Associado a isso, estima-se que, dos indivíduos que cometem suicídio, cerca de 30-40% tem pelo menos um TP (Jylhä, 2016). Assim, indivíduos com TB e TP em comorbidade compreendem grande parte dos que chegam ao suicídio. Os fatores que levam a esse aumento ainda não estão bem estabelecidos. No entanto, estudos demonstram que um dos determinantes é o tempo passado em estados de alto risco – depressão maior e estados mistos- (H.M, 2008), que é maior nos pacientes com TB e TP associados. Esse fato tem importantes implicações clínicas, pois esses estados são passíveis de tratamento (Jylhä, 2016), podendo ser controlados a fim de reduzir a mortalidade relacionada a esses transtornos. Além desse fator, efeitos diretos dos TP também parecem ter sua parcela de contribuição (H.M, 2008).

Analisando esse tema da perspectiva dos diferentes *clusters*, tem-se que 70% dos pacientes do *cluster* B realizaram pelo menos uma TS ao longo da vida. Comparado com a taxa apresentada pelo total de pacientes com TB, que é de 34,7%, houve relevância estatística (p= 0,000) (tabela 4). Essa associação não foi encontrada em relação aos *clusters* A e C. Assim, no presente estudo, o aumento das TS esteve relacionada, sobretudo, aos TP do *cluster* B. Já em relação aos TP especificamente, o mais citado pela literatura como fator de risco para TS em bipolares é o *borderline*. No presente estudo, dos sete pacientes com esse transtorno, 87,7 % (n=6) fizeram pelo menos uma TS ao longo da vida. É importante considerar, no entanto, que o n é pequeno para fazer maiores inferências estatísticas. Segundo a literatura, a comorbidade do TP *borderline* com TB confere significativo aumento na ocorrência de TS, sendo que

impulsividade, agressividade, alta reatividade emocional e dificuldades nos relacionamentos interpessoais, características do desse TP, contribuem para esse aumento. De todos os sintomas do TP *borderline*, a impulsividade e instabilidade nos relacionamentos são os maiores preditores da ocorrência de TS (Zeng, 2015).

Uma outra condição que afeta o prognóstico de TB, a ciclagem rápida, pode ser definida como a presença de pelo menos quatro episódios de humor em 12 meses que preencham os critérios para mania, hipomania, ou depressão maior. Nos pacientes com TP, a sua ocorrência foi observada em 46,7% (n=21) dos pacientes, e em apenas 22,06% (n=15) daqueles que não apresentavam essa comorbidade, sendo a diferença estatisticamente significativa ($p=0,005$). Assim, ciclagem rápida foi mais de duas vezes mais frequente em bipolares com TP associado. Isso indica que o controle do TB é mais difícil nesses pacientes, já que ciclagem rápida é sinal de descompensação e um marcador de gravidade. Essa diferença pode se dever a uma menor adesão medicamentosa (Pompili, 2013), bem como sua maior labilidade emocional (MacKinnon, 2006). Estudos anteriores encontraram relação com o uso de antidepressivos, bem como com a presença de hipotireoidismo. Sua ocorrência está relacionada a menor resposta ao lítio, maior número de eventos negativos e maior prejuízo funcional (Carvalho, 2014). Um estudo de revisão apontou que a ciclagem rápida encontrada em algumas formas de TB pode ser gerada pelos mesmos mecanismos que a instabilidade afetiva no TP *borderline*, podendo até compartilhar da mesma etiologia genética (MacKinnon, 2006), o que favorece ainda mais a hipótese de haver associação entre ciclagem rápida e TP.

VIII. CONCLUSÕES

1. Foi encontrada uma alta comorbidade encontrada entre TB e TP nessa população.
2. Os TP encontrados em maior frequência foram, em ordem decrescente: obsessivo--compulsivo, histriônico e *borderline*. Considerando a divisão por *clusters*, os TP do *cluster C* e B foram os mais frequentes.
3. Histórico familiar de TB em parentes de 1º grau esteve mais presente naqueles que eram portadores apenas de TB do que nos que apresentavam TB e TP comórbidos.
4. Outras comorbidades psiquiátricas foram encontradas em grande parte dos pacientes analisados, sobretudo nos com TB e TP comórbidos.
5. A presença de uma ou mais TS foi comum nos pacientes dessa amostra; sendo que, naqueles que apresentavam TB e TP associado, sua ocorrência foi ainda maior. Os TP do *cluster B* foram os que estiveram mais associados à presença de TS.
6. A ocorrência de ciclagem rápida foi maior nos bipolares com TP comórbido.

IX. SUMMARY

Theoretical basis: Bipolar disorder (BD) is a serious mental disorder that results in pain and functional impairment to their carriers. The occurrence of comorbidity between BD and personality disorders (PD) is common and has a significant impact on prognosis. The evaluation of BD in these patients is difficult and, not infrequently, their symptoms may be underestimated. **Objective :** To investigate the comorbidity between BD type I and TP. **Methods:** This is a Cross-sectional study in which were described all clinical and sociodemographic characteristics of patients with TB type I with and without personality disorder. They included all patients seen at the clinic of humor (CETHA) who met DSM- IV criteria for TB and were in a state of euthymia defined by scores of depression scales (HAM- D) and mania (YMRS) less than seven and no episodes of illness in the last two months. **Ethical aspects:** This study is part of a project of a national consortium in BD and has been previously approved by the Research Ethics Committee (CEP). **Results:** Of the 118 patients, 38,13% were diagnosed with one or more associated PD. The most prevalent TP was obsessive-compulsive. Comparing patients with BD without this comorbidity, it was shown that rapid cycling, suicide attempts (SA) and psychiatric comorbidities were more frequent in those with comorbid as family history of TB in first-degree relatives was less frequent. **Discussion:** The clinical and sociodemographic characteristics of this sample were similar to those presented in previous studies. As expected, the presence of PD had a negative impact on BD. **Conclusions:** The high comorbidity found between BD and PD in this population requires a thorough diagnostic investigation, so that the therapeutic approach can be improved. The occurrence of rapid cycling and SA in bipolar subjects with comorbid PD was high. PD from cluster B were the most associated with the presence of SA.

Key words: 1. Bipolar disorder; 2. Comorbidity; 3. Personality disorders.

X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos R, Campos J, Sanches M. A evolução histórica dos conceitos de transtorno de humor e transtorno de personalidade: problemas no diagnóstico diferencial. *Rev psiquiatr clín.* 2010;37(4);
2. Del Porto J. Evolução do conceito e controvérsias atuais sobre o transtorno bipolar do humor. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26:3-6;
3. Fok M, Stewart R, Hayes R, Moran P. The impact of co-morbid personality disorder on use of psychiatric services and involuntary hospitalization in people with severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2014;49(10):1631-1640;
4. Natrielli G.. *Neurobiologia da Personalidade . Temas e Prática do Psiquiatra* [Internet]. 2002 [2015 sept.15];32(62-63): 1-152;
5. Paris J. Editorial: Personality Disorders and Mood Disorders. *Journal of Personality Disorders.* 2010;24(1):1-2;
6. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013;*
7. Ross A, Marinangeli M, Butti G, Scinto A, Di Cicco L. Personality disorders in bipolar and depressive disorder [Internet]. *Dx.doi.org.* 2016 [citado em 6 maio 2016]. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00230-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00230-5);
8. Bezerra-Filho S, Almeida A, Studart P, Rocha M, Lopes F, Miranda-Scippa Â. Personality disorders in euthymic bipolar patients: a systematic review. *Rev Bras Psiquiatr.* 2015;37(2):162-7;
9. Alp Üçok, Deniz Karaveli, Turgut Kundakçi, Olcay Yazici . Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders. *Comprehensive Psychiatry* 1998;39(2):72-4;
10. Bajaj, Priya; Tyrer, Peter. Managing mood disorders and comorbid personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry:* 2005 – 18(1): pp 27–31;
11. Romero SColom F. Relevance of Family History of Suicide in the Long-Term Outcome of Bipolar Disorders. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(10):1517-1521;

12. Schiavone P, Dorz S, Conforti d, Scarso c, Borgherini g. Comorbidity of dsm-iv personality disorders in unipolar and bipolar affective disorders: a comparative study1. *Psychological Reports*. 2004;95(1):121-128;
13. Riborg O, Martinsen E, Martinussen M, Kaiser S, Øvergård K, Rosenvinge J. Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of Affective Disorders*. 2014;152-154:1-11. 2014;
14. Clayton P. The epidemiology of bipolar affective disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 1981;22(1):31-43;
15. Karanti A, Bobeck C, Osterman M, Kardell M, Tidemalm D, Runeson B et al. Gender differences in the treatment of patients with bipolar disorder: A study of 7354 patients. *Journal of Affective Disorders*. 2015;174:303-309;
16. Parial S. Bipolar disorder in women. *Indian Journal of Psychiatry*. 2015;57(6):252;
17. Ramos Reichelt R, Scussel F, Della F. A prevalência de comorbidades psiquiátricas em pacientes com transtorno afetivo bipolar atendidos em um ambulatório de pesquisa clínica em psiquiatria. *Arq. Catarin. Med*. 2012; 41(2): 50-55;
18. Oliveira G, Caiaffa W, Cherchiglia M. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42(4):707-716;
19. Jylhä P, Rosenström T, Mantere O, Suominen K, Melartin T, Vuorilehto M et al. Personality disorders and suicide attempts in unipolar and bipolar mood disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2016;190:632-639;
20. Beyer John L, Weisler Richard H. Suicide Behaviors in Bipolar Disorder: A Review and Update for the Clinician. *Psychiatric Clinics of North America* 39 (1), 2016, pp. 111–123;
21. H.M. Valtonen, K. Suominen, J. Haukka, O. Mantere, S. Leppamaki, P. Arvilommi, E.T. Isometsa. Differences in incidence of suicide attempts during phases of bipolar I and II disorders. *Bipolar Disord.*, 10 (2008), pp. 588–596;

22. Zeng R, Cohen L, Tanis T, Qizilbash A, Lopatyuk Y, Yaseen Z et al. Assessing the contribution of borderline personality disorder and features to suicide risk in psychiatric inpatients with bipolar disorder, major depression and schizoaffective disorder. *Psychiatry Research*. 2015;226(1):361-367.
23. Pompili M, Venturini P, Palermo M, Stefani H, Seretti M, Lamis D et al. Mood disorders medications: predictors of nonadherence – review of the current literature. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2013;13(7):809-825;
24. MacKinnon DP, Pies R. Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disorders*. 2006;8(1):1-14. 58 59 ;
25. Carvalho A, Dimellis D, Gonda X, Vieta E, McIntyre R, Fountoulakis K. Rapid Cycling in Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(06):e578-e586;

XI. ANEXOS

ANEXO I**PROTOCOLO DA PESQUISA****Hospital Universitário Professor Edgard Santos
Serviço de Psiquiatria**

Programas de Avaliação Contínua do Centro de Estudos e
Tratamento dos Transtornos Afetivos

Protocolo n°: _____ Iniciais do paciente: _____

Consentimento informado Data: _____

Protocolo inicial Data: _____

SCID I Data: _____

SCID II Data: _____

HAM-D Data: _____

HAM-A Data: _____

YMRS Data: _____

BARRATT Data: _____

WHOQOL Data: _____

SHEEHAN Data: _____

ASEX Data: _____

DUKE Data: _____

CGI-BP Data: _____

SGI Data: _____

GAF Data: _____

SSQ Data: _____

AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA Data: _____

AVALIAÇÃO NEUROIMAGEM Data: _____

COLETA DE SANGUE Data: _____

Outros: _____ Data: _____

Revisado por: _____ Data: _____

() Completo

() Incompleto

Hospital Universitário Professor Edgard Santos
Serviço de Psiquiatria
Programas de Avaliação Continuada do Centro de Estudos e
Tratamento dos Transtornos Afetivos

Entrevistador: _____ Protocolo n°: _____

Data do preenchimento: _____

1. Identificação

1.1. Prontuário HUPES: _____

1.2. Nome completo: _____

1.3. Sexo: 1- Masculino 2- Feminino

1.4. Data de nascimento: _____

1.5. Idade: _____ anos

1.6. Etnia: 1- Branco 2- Negro 3- Pardo

1.7. Situação conjugal: 1- Solteiro
2- Casado ou companheiro fixo
3- Separado ou divorciado
4- Viúvo

1.8. Ocupação: 1- Estudante
2- Com ocupação remunerada: _____
3- Sem ocupação (não aposentado)

4- Dona de casa

5- Em auxílio-doença

6- Aposentado por invalidez

7- Aposentado por tempo de serviço

1.9. Renda

individual: 1- Sim 2- Não

Se sim, quanto: R\$ _____ (US\$ _____)

1.10. Renda familiar: R\$ _____ (US\$ _____)

1.11. Escolaridade: _____ grau 1- Completo 2- Incompleto

Anos de estudo completos: _____

1.12. Repetência escolar: _____ anos repetidos

1.13. Saber ler e escrever: 1- Sim 2- Não

1.14. Endereço: Rua: _____

Bairro: _____

1.15. Cidade: _____

CEP: _____

1.16. Telefone para contato: 1- _____

2- _____

1.17. Peso atual: _____ Kg

Altura: _____ m

IMC: _____ [Peso / (altura)²]

1.18. Menor peso da vida adulta (acima 18 anos): _____ Kg / idade: _____

1.19. Maior peso ao longo da vida: _____ Kg / idade: _____

1.20. Mudança no tamanho da roupa antes e depois do tratamento psiquiátrico:

1- Sim 2- Não 9- Não sabe

Se sim, do tamanho _____ para tamanho _____

1.21. Afiliação religiosa: _____

2. Características da Doença

2.1. Idade do 1º episódio: _____ anos

Tempo de evolução da doença: _____ anos

2.2. Tipo do 1º episódio: 1- Mania

2- Depressão

3- Misto

4- Hipomania

9- Não sabe

2.3. Idade que recebeu diagnóstico médico: _____ anos

2.4. Idade que usou medicação psiquiátrica pela primeira vez: _____ anos

(Com indicação médica) Qual: _____

2.5. Idade que usou estabilizador do humor pela primeira vez: _____ anos

(Com indicação médica) Qual: _____

2.6. Presença de psicose no 1º episódio: 1- Sim 2- Não 9- Não sabe

2.6.1. Presença de psicose ao longo da vida, em vigência de um episódio de humor:

1- Sim 2- Não 9- Não sabe

2.6.2. N° de episódios ao longo da vida: _____

2.7. Primeira crise desencadeada por substância: 1- Sim 2- Não

Se sim, por: 1- Antidepressivo, qual: _____

- 2- Maconha
- 3- Cocaína
- 4- Álcool
- 5- Anorexígeno, qual: () Anfetamina () Sibutramina
- 6- Estimulantes (energéticos)
- 7- Hormônio, qual: () Anabolizantes () Tireóideos
- 8- Outros, qual: _____

2.7.1. Crise desencadeada por substância ao longo da vida: 1- Sim 2- Não

Se sim, especificar segundo os itens anteriores: _____

2.8. Hospitalizações Psiquiátricas: 1- Sim 2- Não

Se sim, quantas vezes: _____

2.9. Idade na 1ª hospitalização psiquiátrica: _____ anos

Tipo de episódio (DSM-IV): 1- Mania

2- Depressão

3- Misto

4- Hipomania

5- Não sabe

2.10. Idade na última hospitalização: _____ anos

Tipo de episódio (DSM-IV): 1- Mania

2- Depressão

3- Misto

4- Hipomania

5- Não sabe

2.11. Ciclagem rápida (4 ou mais episódios em um ano) atual: 1- Sim 2- Não

2.11.2. Ciclagem rápida ao longo da vida: 1- Sim 2- Não

2.12. Realizou ECT: 1- Sim 2- Não

Se sim, quantas séries: _____

2.13. TS: 1- Sim 2- Não

Se sim, quantas vezes: _____

- Tipo de tentativa suicida: 1- Arma de fogo
 2- Enforcamento
 3- Cortar pulsos
 4- Ingestão de medicamentos
 5- Precipitação no vazio
 6- Outro, qual: _____

- 2.14. Polaridade: 1- Positiva
 2- Negativa
 3- Desconhecida

3. Hábitos

- 3.1. Tabagismo passado: 1- Sim 2- Não Se sim, tempo de uso: _____ anos
 Tabagismo atual: 1- Sim 2- Não Se sim, maior nº cigarros / dia: _____

- 3.2. Consumo atual de: Chá: 1- Sim 2- Não
 Chimarrão: 1- Sim 2- Não
 Café: 1- Sim 2- Não

- 3.3. Atividade física (30min/dia, 5dias/semana ou 150min/semana - OMS):
 1- Sim 2- Não

- 3.4. Vida sexual ativa: 1- Sim 2- Não

- 3.4.1. Considera sua vida sexual satisfatória: 1- Sim 2- Não

- 3.4.2. Uso de preservativo nas relações sexuais (sexo seguro): 1- Sempre
 2- Quase sempre
 3- Quase nunca

- 3.4.3. Presença de DST ao longo da vida: 1- Sim 2- Nunca
 2- Não

Se sim, quantas vezes: _____

- 3.4.4. Disfunção Sexual atual: 1- Sim 2- Não

3.4.4.1. Se presença de Disfunção Sexual em homens, qual:

- 1- Desinteresse sexual, diminuição da libido
- 2- Aumento exagerado da atividade sexual, libido aumentada
- 3- Ejaculação precoce
- 4- Disfunção erétil
- 5- Outra, qual: _____

3.4.4.2. Se presença de Disfunção Sexual em mulheres, qual:

- 1- Desinteresse sexual, diminuição da libido
- 2- Aumento exagerado da atividade sexual, libido aumentada
- 3- Dispareunia
- 4- Dificuldade de sentir prazer, redução da intensidade ou anorgasmia
- 5- Outra, qual: _____

3.4.5. Disfunção sexual passada: 1- Sim 2- Não

4. Tratamento

4.0. Psicoterapia atual: 1- Sim 2- Não

Se sim, a quanto tempo: _____

Qual o tipo de psicoterapia: _____

4.0.1. Psicoterapia passada: 1- Sim 2- Não

Se sim, quando iniciou: _____

Por quanto tempo fez: _____

Qual tipo de psicoterapia: _____

4.1. Tratamento Psiquiátrico

Já foi submetido a algum tratamento psiquiátrico? 1- Sim 1- Não

Se sim, quais medicamentos psiquiátricos já tomou?

Nome da Medicação	Já usou alguma vez?		Uso Atual		Dose Atual (total/dia)
	Sim	Não	Sim	Não	
Alprazolam (Frontal)	Sim	Não	Sim	Não	
Ac. Valpróico(Depakene) / Divalproato (Depakote)	Sim	Não	Sim	Não	
Amitriptilina (Tryptanol)	Sim	Não	Sim	Não	
Agomelatina (Valdoxan)	Sim	Não	Sim	Não	
Aripiprazol (Abilify)	Sim	Não	Sim	Não	
Bipericeno (Akineton)	Sim	Não	Sim	Não	
Bupropiona (Zyban)	Sim	Não	Sim	Não	
Carbamazepina (Tegretol)	Sim	Não	Sim	Não	
Citalopram (Cipramil)	Sim	Não	Sim	Não	
Clomipramina (Anafranil)	Sim	Não	Sim	Não	
Clonazepan (Rivotril)	Sim	Não	Sim	Não	
Clonidina (Atensina)	Sim	Não	Sim	Não	
Clorpromazina (Amplictil)	Sim	Não	Sim	Não	
Clozapina (Leponex)	Sim	Não	Sim	Não	
Diazepan (Valium)	Sim	Não	Sim	Não	
Duloxetina (Cymbalta)	Sim	Não	Sim	Não	
Escitalopram (Lexapro)	Sim	Não	Sim	Não	
Fluoxetina (Prozac)	Sim	Não	Sim	Não	
Haloperidol (Haldol)	Sim	Não	Sim	Não	
Imipramina (Tofranil)	Sim	Não	Sim	Não	
Lítio (Carbolitium)	Sim	Não	Sim	Não	

ANEXO II**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)**



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

Rua Padre Feijó 240, Canela – Ambulatório Magalhães Neto 3.º andar, Curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde.
Cep.: 40.160-170 - Salvador, BA. Telefax: (71) 203-2740 E-MAIL: cep_mco@yahoo.com.br

PARECER/RESOLUÇÃO N.º 16/2005.

Registro CEP: 16/2005 – 17.02.2005.

Projeto de Pesquisa: "Programa da Avaliação Continuada do Centro de Estudos e Tratamento dos Transtornos Afetivos (TA) do HUPES"

Pesquisadora Responsável: Doutora, **Ângela Marisa de Aquino Miranda-Scippa**, Professora Adjunta da FAMEB. **Pesquisadoras Auxiliares:** **Fabiana Nery Fernandes**, Médica Residente e **Amanda Cristina Galvão Oliveira de Almeida**, Médica com Especialização em Psiquiatria. "*Curricula vitae*" em anexos.

Patrocínio: Recursos próprios – Grupo de Pesquisa em Psiquiatria do HUPES.

Instituição: Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES) – Universidade Federal da Bahia.

Área do conhecimento: 4.01, Nível E, Grupo III.

Objetivos: **geral** – descrever as características clínicas e demográficas dos pacientes com transtorno afetivo, em um Centro de atendimento terciário em Salvador-Bahia e **específicos** – determinar a prevalência de co-morbidades psiquiátricas do eixo I em pacientes com transtorno afetivo bipolar (**TAB**), segundo os critérios do DSM-IV; descrever as características clínicas e demográficas dos pacientes com transtorno afetivo bipolar portadores e não-portadores de co-morbidade psiquiátrica; avaliar possíveis diferenças entre os portadores de transtorno afetivo bipolar com e sem co-morbidade psiquiátrica, em relação à qualidade de vida.



**COMITE DE ETICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

Rua Padre Feijó 240, Canela – Ambulatório Magalhães Neto 3.º andar, Curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde.
Cep: 40.160-170 - Salvador, BA. Telefax: (71) 203-2740 E-MAIL: cep_mco@yahoo.com.br

Sumário: Pacientes com **TAS/DSM-IV** do **CETTA**, com idade ≥ 18 anos, serão incluídos. **Protocolo** elaborado, (anexo), e **"Entrevista Clínica Estruturada"**, (com base em múltiplas **"escalas"** e procedimentos investigatórios), além do **"Livro do Avaliador"**, compõem o complexo, extenso e minucioso procedimento investigatório e de avaliação a ser utilizado. Estudo de corte transversal com aplicação feita simultaneamente por dois investigadores, inclusive com familiares se necessário. Autônomos, Centros em Pelotas e Porto Alegre, (Universitários) também realizarão o estudo, sobre um total aproximado de 600 pacientes. **Cronograma** incluso. Procedimentos estatísticos descritos. Bibliografia pertinente.

Comentários: A fundamentação teórica, sintética, mas bem explicitada suporta a realização da pesquisa, máxime considerando que este estudo foi pouco efetuado no Brasil, com sua maioria em São Paulo e Porto Alegre. A miscigenação humana local o recomenda e o relato das co-morbididades interferentes na qualidade de vida não foi bem avaliada no país. O **"Termo de Consentimento Livre e Pré-Esclarecido"** é ético. **Proposição aprovável.**

Salvador, 23 de Fevereiro de 2005.

Decisão Plenária: *APROVADO*

Coordenador: *Prof. Dr. Antonio dos Santos Barros*
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Observação importante: toda a documentação anexa ao Protocolo proposto e rubricada pela Pesquisadora, arquivada neste CEP, e também a outra devolvida com a rubrica da Secretária deste à mesma, faz parte intrínseca deste Parecer/Resolução.



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA
 MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA
 UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 IORG0003460. Assurance FWA00002471, October 26, 2010
 IRB00004123, October 5, 2007 - October 4, 2010

Augusto Viana, s/nº, Canela – Hospital Universitário Professor Edgard Santos, 1º andar
 Cep: 40 110-160 – Salvador-Bahia telefex.: (71) 3283-8043 e-mail: cepmco@ufba.br homepage: www.cepcco.ufba.br

PARECER/RESOLUÇÃO ADITIVA N.º 159/2010

Para análise e deliberação deste Colegiado a Professora, Doutora, **Ângela Marisa de Aquino Miranda-Scippa**, Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa: “**Programa da Avaliação Continuada do Centro de Estudos e Tratamento dos Transtornos Afetivos (CETTA) do HUPES**”, aprovado em 23 de Fevereiro de 2005 pelo Parecer/Resolução N.º 16/2005 deste Institucional, encaminhou, em 28 de junho de 2010, o “**SCID-II — Entrevista Clínica Estruturada para transtornos de personalidade do Eixo II do DSM-IV**”, Versão Brasileira 1.0 (Setembro/2008); “**Escala de Religiosidade da Universidade de Duke —DUREL**”; “**Escala de Experiência Sexual (ASEX)**” e o “**Questionário de Suporte Social—SSQ**”.

Inexistindo na proposição analisada conflito administrativo, processual e ético que contra-indiquem as incorporações pretendidas e a conseqüente continuidade executória local do Estudo, fica a mesma **aprovada** por este Institucional.

Salvador, 14 de julho de 2010

Professor, Doutor, Eduardo Martins Netto,
 Coordenador em Exercício – CEP/MCO/UFBA

Observações importantes. Toda a documentação anexa ao Protocolo proposto e rubricada pelo (a) Pesquisador (a), arquivada neste CEP, e também a outra devolvida com a rubrica da Secretária deste (a) ao (à) mesmo (a), faz parte intrínseca deste Parecer/Resolução e nas “Recomendações Adicionais” apensas, **bem como a impostergável entrega de relatórios parciais e final como consta nesta liberação**, (Modelo de Redação para Relatório de Pesquisa, anexo).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**PROGRAMA DE AVALIAÇÃO CONTINUADA DO CENTRO DE ESTUDOS E TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS AFETIVOS DO HUPES**

Nome do estudo:

Nome do paciente:

Data de nascimento:

Pesquisador (a):

Número do protocolo:

Número do prontuário:

Antes de participar deste estudo, gostaria que você tomasse conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que você possa ter. Em caso de qualquer outra dúvida quanto ao estudo e o que ele envolve e sobre os seus direitos, você deverá contatar a Dra. Ângela Scippa pelo telefone (71) 32838251, ou pessoalmente às quintas-feiras pela manhã no Centro de Estudos e Tratamentos dos Transtornos do Humor e da Ansiedade (CETHA), localizado no primeiro pavimento do Ambulatório Magalhães Neto, ou ainda o coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa, pelo telefone (71) 3203-2740.

Qual o objetivo desta pesquisa?

Conhecer as características clínicas dos pacientes em atendimento no CETHA, avaliar sua qualidade de vida, rede de apoio social, resiliência e índice de religiosidade, investigar a presença de Transtornos de Personalidade comórbidos, avaliar o nível de atividade física e por fim apreciar a qualidade do tratamento médico prestado em nosso serviço.

O que acontecerá neste estudo?

Os participantes responderão as questões de um protocolo de pesquisa referentes a: 1)Dados clínicos e sócio-demográficos, 2)Investigação e avaliação de doença mental e Transtornos de Personalidade, 3)Avaliação da impulsividade, 4)Averiguação de disfunção sexual, 5)Medida de qualidade de vida, 6)Avaliação da rede de apoio social, 7)Apreciação do Índice de Religiosidade e 8)Avaliação do nível de atividade física. Este protocolo será aplicado em aproximadamente 2 horas nas dependências do pavilhão do Ambulatório Magalhães Neto, sem qualquer ônus extra para os participantes. Os (as) investigadores (as) não serão remunerados para a realização desse estudo, assim como os participantes não receberão benefícios financeiros pela participação no mesmo.

Quais as implicações em participar deste estudo?

A sua participação neste estudo proporcionará, no âmbito pessoal, a identificação de alguns problemas não antes conhecidos, sendo assim conduzido de maneira mais específica e adequada, e no âmbito coletivo, poderá ajudar no desenvolvimento de um melhor plano de atendimento aos demais pacientes.

Quais os direitos dos participantes?

Os (as) pesquisadores (as) deste estudo podem precisar examinar os seus registros, a fim de verificar as informações para o objetivo deste estudo. No entanto, os seus registros médicos serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados deste estudo poderão ser enviados para publicação em jornais científicos, mas você não será identificado (a) por nome. Sua participação no estudo é voluntária, de forma que caso decida não participar, isso não afetará o tratamento normal ao qual tem direito. Este consentimento também pode ser anulado a qualquer momento por você, sem que isto ocasione qualquer tipo de prejuízo ao seu tratamento psiquiátrico. Em virtude da natureza não econômica e gratuita desta pesquisa, em caso de desistência do (a) voluntário (a), ou dos (as) pesquisadores (as), o (a) voluntario (a) não terá direito a remuneração, compensação ou indenização de qualquer tipo.

Quais as responsabilidades dos participantes?

Os (as) participantes deste estudo comprometem-se a comparecer às consultas, bem como responder fidedignamente os questionários aplicados pelos (as) pesquisadores (as).

A partir das afirmações acima citadas, declaro que:

1. Recebi uma explicação completa do objetivo do estudo, dos procedimentos envolvidos e o que se espera de minha pessoa.
2. Estou ciente de que tenho total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento e que esta desistência não irá, de forma alguma, afetar meu tratamento ou administração médica futura na instituição.
3. Estou ciente de que as informações nos meus registros médicos são essenciais para a avaliação dos resultados do estudo. Concordo em liberar estas informações sob o entendimento de que elas serão tratadas confidencialmente, ou seja, não serei referido por nome em qualquer relatório relacionado ao estudo. Da minha parte, não devo restringir, de forma alguma, o uso dos resultados que possam surgir no estudo.
4. Concordo totalmente em fazer parte deste estudo e tenho mais de 18 anos.
5. Como tenho dificuldade para ler (sim ____ ou não ____), o escrito acima, atesto também que o (a) pesquisador (a):

quando da leitura pausada deste documento, esclareceu todas as minhas dúvidas e como dou minha concordância para participar deste estudo, coloco abaixo a impressão do meu polegar.

Assinatura do (a) paciente:

Data: _____

Assinatura do (a) pesquisador (a):

Data: _____