



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**

Fundada em 18 de Fevereiro de 1808



---

**Monografia**

**TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR NA ATUALIDADE: RESULTADOS  
PRELIMINARES DE UM CENTRO ESPECIALIZADO EM TRANSTORNOS  
AFETIVOS**

**Frederico Lacerda Lopes**

**Salvador (Bahia), 2012**

L864 Lopes, Frederico Lacerda

Transtorno Bipolar do Humor na atualidade: resultados preliminares de um centro especializado em transtornos afetivos/ Frederico Lacerda Lopes. – Salvador: FL, Lopes, 2012.

IV, 57p.

Professora-orientadora: Ângela Marisa de Aquino Miranda Scippa

Monografia (Graduação) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia, 2012.

1. Medicina. 2. Depressão. 3. Transtorno Bipolar. I. Scippa, Ângela Marisa de Aquino Miranda. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 616.893

## **Monografia**

# **TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR NA ATUALIDADE: RESULTADOS PRELIMINARES DE UM CENTRO ESPECIALIZADO EM TRANSTORNOS AFETIVOS**

**FREDERICO LACERDA LOPES**

Professora-orientadora: **Ângela Marisa de  
Aquino Miranda Scippa**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60, e 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), 2012**

## COMISSÃO DE AVALIAÇÃO

### MEMBROS TITULARES

- Célia Nunes Silva, professora Associada II do Departamento de Neurociências e Saúde Mental – FMB - UFBA
- Eduardo Pondé de Sena, professor do departamento de Biofunção ICS – UFBA
- Ângela Marisa de Aquino Miranda Scippa, professora Adjunta do Departamento de Departamento de Neurociências e Saúde Mental – FMB - UFBA

### **TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:**

Monografia aprovada pela Comissão, e julgada apta à apresentação pública no 3º Seminário Estudantil da Faculdade de Medicina da Bahia, com posterior homologação do registro final do conceito apto, pela coordenação do Núcleo de Formação Científica. Chefia do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da FMB-UFBA.

## Índice

Lista de abreviaturas.....	2
Índice de Tabelas.....	3
I. Resumo.....	4
II. Evolução do conceito de Transtorno Bipolar do Humor.....	6
III. Classificação.....	9
IV. Epidemiologia.....	10
V. Impacto do TBH.....	12
VI. Objetivos.....	21
VII. Metodologia.....	22
VIII. Resultados.....	26
IX. Discussão.....	29
IX.9.1. Fatores sócio-demográficos.....	31
IX.9.2. História clínica.....	31
IX.9.3. Qualidade de vida.....	34
X. Conclusão.....	35
XI. Referências Bibliográficas.....	36
XII. Anexos.....	42

## Lista de abreviaturas

APA	– Associação Psiquiátrica Americana
BP I	– Transtorno Bipolar tipo I
BP II	– Transtorno Bipolar tipo II
DD	- Depressão Dupla
CETHA	– Centro de Estudos de Transtornos de Humor e Ansiedade
C-HUPES	– Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos
DSM-IV edição	– Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, 4ª edição
DP	– Demência Precoce
EB	– Espectro Bipolar
ECT	– Eletroconvulsoterapia
HAM-D-17	– Escala de Depressão de Hamilton – 17 itens
OMS	– Organização Mundial da Saúde
OR	– <i>Odds Ratio</i>
PMD	– Psicose maníaco-depressiva
QV	– Qualidade de vida
RR	– Risco Relativo
SCID-CV	– <i>Structured Clinical Interview for DSM Disorders-Clinician Version</i> – Entrevista Clínica Estruturada, obedecendo aos critérios do DSM-IV
SPSS	-- <i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TBH	– Transtorno Bipolar do Humor
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDR	– Transtorno Depressivo Recorrente
TEPT	– Transtorno de Estresse Pós-traumático
TS	- Tentativa de suicídio
TSs	- Tentativas de suicídio
UFBA	– Universidade Federal da Bahia
WHOOQoL-BREF abreviada	– Escala de avaliação de qualidade de vida da OMS, versão abreviada
YMRS	– Escala de mania de Young

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes com TBH acompanhados no CETHA – UFBA	26
Tabela 2.1 Características clínicas de pacientes com TBH acompanhados no CETHA – UFBA	27
Tabela 2.2 Características clínicas de pacientes com TBH acompanhados no CETHA - UFBA	28
Tabela 3. Qualidade de vida de pacientes com THB acompanhados no CETHA - UFBA	28

## I. Resumo

**Introdução:** O Transtorno Bipolar do Humor (TBH) é uma doença que afeta entre 1 a 1,6% da população, mas que não é devidamente diagnosticada e tratada, gerando, conseqüentemente, danos significativos à qualidade de vida destes pacientes.

**Objetivos:** Fornecer uma visão atual sobre o TBH, apresentando a história, classificação, epidemiologia e impacto. Além disso, descrever o perfil clínico, sócio-demográfico e de qualidade de vida de pacientes atendidos em um centro de referência localizado na cidade de Salvador, Bahia, Brasil.

**Metodologia:** O trabalho foi realizado, inicialmente, através de uma revisão bibliográfica clássica sobre alguns subtemas de interesse, seguida, posteriormente, por uma análise de um banco de dados composto por 100 pacientes com transtorno bipolar eutímicos (definidos por escores da escala de Hamilton e Young mania inferiores a sete), com pelo menos dois meses sem manifestar episódios da doença.

**Resultados:** A maioria dos pacientes é do sexo feminino (79%), tem idade entre 21 a 43 anos (51,4%), estado civil solteiro ou divorciado (64,2%), não apresentam trabalho remunerado ou estão aposentados por invalidez (59,5%), iniciaram o transtorno com episódios depressivos (50%) e psicóticos (53%) durante a juventude. As principais comorbidades clínicas encontradas foram: infecção recorrente de vias aéreas superiores (23%), enxaqueca (20%) e obesidade/sobrepeso (14%). As comorbidades psiquiátricas foram encontradas em 30,8% dos pacientes, sendo que, os transtornos de ansiedade e uso/abuso de drogas foram os mais frequentes. As médias dos domínios de qualidade de vida foram: domínio psíquico (54,2), domínio físico (59,2), domínio social (60) e domínio ambiental (54).

**Conclusão:** O TBH é uma doença grave, com presença de comorbidades clínicas e psiquiátricas, além de comportamento suicida, contribuindo para a baixa qualidade de vida encontrada em seus portadores. Os resultados desta pesquisa revelam que algumas características clínicas da doença são relativamente menos

frequentes que as relatadas na literatura, pois encontramos menores taxas de comorbidades psiquiátricas, tentativas de suicídio e ciclagem rápida. Entretanto, encontramos médias similares de qualidade de vida entre estes pacientes e o relatado pela literatura, demonstrando que a remissão sintomatológica não implica necessariamente em boa qualidade de vida. A continuidade desta análise poderá contribuir para o melhor esclarecimento do prognóstico destes pacientes.

Descritores: bipolar disorder, epidemiology, impact, quality of life, mood disorders.

## II. Evolução do conceito de Transtorno Bipolar do Humor

A definição de Transtorno Bipolar do Humor (TBH) tem se modificado ao longo do tempo, desde os quadros clássicos de melancolia e mania, na Antiguidade, ao Espectro Bipolar, na atualidade. Sendo assim, os termos “mania” e “melancolia” remontam há vários séculos antes de Cristo, sendo descritos por diversos autores da época. Esses quadros, embora mais abrangentes e imprecisos, em seus aspectos principais, lembram muito as descrições do que, hoje, se chama doença bipolar (Del Porto & Del Porto, 2005).

Dentre diversos autores daquela época, Araeteus da Capadócia escreveu os principais textos referentes à unidade da doença maníaco-depressiva, muitos dos quais perduram até os dias atuais. Araeteus celebrou-se pela acurácia de suas descrições, principalmente da mania e melancolia. Além disso, foi o primeiro a estabelecer um vínculo entre estes pólos, assumindo-os como parte de uma mesma doença. Sobre o TBH, afirmou: *“Na maioria dos melancólicos, a tristeza se torna melhor depois de variados períodos de tempo, e se converte em alegria; os pacientes, então, desenvolvem o que se chama mania”* (Del Porto et al., 2010). Coube a Araeteus também, as primeiras descrições do que, hoje, chamamos de estados mistos, um pólo da doença, no qual ocorre a concomitância dos sintomas maníacos e depressivos no mesmo intervalo de tempo (Goodwin & Jamison, 2007).

Na França do sec. XIX, Falret e Baillarger descreveram formas alternantes de mania e depressão, chamadas de *folie circulaire* e *folie à double forme*, respectivamente. Ambos acreditavam que os quadros de mania e depressão faziam parte de uma mesma doença, mas diferiam em um ponto: para Falret as crises

separadas por “intervalos lúcidos” fariam parte do conceito de *foile circulaire*, enquanto, sob a visão de Baillarger, apenas os quadros que se sucedessem imediatamente seriam considerados. Contudo, apesar da contribuição destes e de outros profissionais europeus, a maioria dos clínicos daquela época, considerava que a mania e a melancolia não faziam parte da mesma doença (Del Porto & Del Porto, 2005).

Emil Kraepelin foi de grande importância para a alteração deste cenário, principalmente por estabelecer uma diferenciação entre a demência precoce (DP) e a psicose maníaco-depressiva (PMD). Kraepelin acreditava que a PMD tinha curso periódico ou episódico, prognóstico mais benigno e história familiar mais rica que a DP. Ao utilizar um modelo médico fortemente enraizado em observações clínicas, ele conseguiu estabelecer a unidade da PMD e descrever suas diversas manifestações clínicas, incluindo, até mesmo, os quadros da doença que chegam aos limites dos temperamentos (Goodwin & Jamison, 2007). Vale ressaltar que, a DP descrita por Kraepelin referia-se aos quadros de esquizofrenia. A partir das suas afirmações criou-se um grande marco na nosologia psiquiátrica, nascendo dois grandes grupos de doença mental, as esquizofrenias e a PMD, diferenciando-as principalmente pelo caráter benigno e evolução favorável desta.

Posteriormente, Kraepelin e Weingandt sistematizaram de forma mais organizada o estudo dos estados mistos do TBH. Para isso, eles dividiram a atividade psíquica em três domínios: afeto, pensamento e atividade motora (Del Porto & Del Porto, 2005). Posteriormente, separaram os quadros clínicos em “puros” e “mistos”. Nos estados considerados “puros”, maníacos ou depressivos, os três domínios encontram-se alterados na mesma direção. Na mania típica, por exemplo,

há fuga de idéias, exaltação do humor e aumento da atividade motora. Na depressão “pura”, há inibição do pensamento, alentecimento psicomotor e humor triste. Nos estados considerados “mistos”, ao contrário, há alterações em diferentes direções, considerando as áreas do afeto, da atividade e do pensamento. Para Weigandt, estes estados mistos não eram apenas estados de transição, mas poderiam iniciar e terminar como estados mistos (Del Porto et al., 2010).

Adicionalmente, Hagop Akiskal teve contribuições importantes para a evolução da definição e classificação proposta por Weigandt. Ele relatou que os estados mistos emergem quando um episódio afetivo se manifesta sobre um temperamento de polaridade oposta, por exemplo: um episódio maníaco ocorrendo em uma pessoa com temperamento depressivo; ou um episódio depressivo, ocorrendo em uma pessoa com temperamento hipertímico. A partir disso, ele classificou o estado misto em três tipos: temperamento depressivo e episódio maníaco; temperamento ciclotímico e depressão maior; temperamento hipertímico e depressão maior (Del Porto et al., 2010).

Atualmente, muitas formas de diagnóstico e classificação do TBH são discutidas, objetivando melhores resultados de tratamento para esses pacientes. Dentre estas, podemos citar: a distinção entre os quadros unipolares de mania/depressão dos quadros bipolares; a visão de espectro bipolar como forma de assimilar ao conceito de TBH as formas mais amplas da doença que se distanciam das manifestações clássicas definidas pela DSM-IV e CID-10 (Del Porto et al., 2010) e os limites entre o TBH e a esquizofrenia no controvertido grupo dos “transtornos esquizoafetivos”, psicoses ciclóides, epiléticas e certos transtornos de personalidade (Del Porto & Del Porto, 2005)

### III. Classificação

Atualmente, o TBH é classificado em tipo I (BP I) e II (BP II), segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV) (Associação Psiquiátrica Americana - APA, 2002). O primeiro é caracterizado pela ocorrência de um ou mais Episódios Maníacos ou Mistos, e o segundo pela ocorrência de um ou mais Episódios Depressivos Maiores acompanhados por pelo menos um Episódio Hipomaníaco (sem episódios maníacos ou mistos). Frequentemente, os portadores de BP I podem apresentar Episódios Depressivos Maiores, mas, diferem dos BP II, que necessitam de episódios depressivos para que o diagnóstico seja confirmado. Os Episódios de Transtorno do Humor Induzido por Substância ou de Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral não devem ser contabilizados para um diagnóstico de BP I ou II (APA, 2002).

O TBH pode se apresentar sem outras especificações, no qual as características clínicas não satisfazem os critérios diagnósticos específicos de TBH descritos para os tipos I e II. Por exemplo: alternância muito rápida (em questão de dias) entre sintomas maníacos e sintomas depressivos que não satisfazem os critérios de duração mínima para um Episódio Maníaco ou um Episódio Depressivo Maior e situações, nas quais o clínico concluiu pela presença de Transtorno Bipolar, mas é incapaz de determinar se este é primário, devido a uma condição médica geral ou induzido por uma substância (APA, 2002).

#### IV. Epidemiologia

Primeiramente, é importante termos em mente que não há consenso entre os dados epidemiológicos do transtorno encontrados nos diversos estudos populacionais. Grande parte dessas discrepâncias tem sido causada pelas diferenças entre os métodos de diagnóstico do transtorno.

A prevalência de TBH na população geral varia de 1 a 1.6% (*apud* Nery-Fernandes, 2009). Alguns estudos demonstram diferenças na prevalência de TBH do tipo I (BP I), tipo II (BP II) e Espectro Bipolar (EB). Nestes encontramos prevalências de BP I, variando entre 1 a 1,6 %, BP II, de 0,5 a 1,2% e EB, de 2,4 a 2,6% (Stovall, 2010; Hisatugo et al., 2009; Merikangas et al., 2011). Em uma amostra retirada da cidade de São Paulo, relata-se uma prevalência de 0,9 % para BP I, 0,2 % para BP II e 2,1 % para EB (Merikangas et al., 2011).

O TBH geralmente manifesta-se na juventude, mas seu diagnóstico pode ser confundido, inicialmente, com um quadro de depressão unipolar e, com isso, dificultar estudos populacionais fidedignos (Lima et al., 2005). Dessa forma, se o indivíduo inicia a doença com depressão, a doença só pode ser diagnosticada anos mais tarde, após o aparecimento do episódio maníaco ou hipomaníaco. Um estudo multicêntrico com amostra de 60 mil pessoas demonstrou que a doença, em média, se inicia aos 18 anos (BP I), 20 anos (BP II) e 22 anos (EB) (Merikangas et al., 2011).

Quanto à prevalência entre os sexos, a maioria dos estudos não demonstra diferenças estatisticamente significantes (Lima et al., 2005; Stovall, 2010; Tucci et al., 2001), principalmente para os casos de BP I e BP II. Nos casos de EB, tem sido

relatada incidência maior sobre o sexo feminino, mas isso ainda não é claramente evidenciado. Sabe-se, entretanto, que os estados mistos e a ciclagem rápida são mais frequentes nas mulheres (Lima et al., 2005).

A maioria dos grandes estudos populacionais não tem encontrado diferenças significativas na prevalência de TBH entre pessoas de diferentes condições sociais, raciais ou locais de residência (Sanches et al., 2004; Lima et al., 2005; Tucci et al., 2001). Alguns estudos indicam que a maior prevalência de TBH entre a população de maior nível de escolaridade e melhores condições de acesso ao serviço de saúde, possivelmente devido a uma melhor assistência médica (Lima et al., 2005; Merikangas et al., 2009). Portanto, a existência de diferentes prevalências de TBH entre diversos grupos sócio-econômicos, até o presente momento, não tem sido comprovada.

A relação entre TBH e história familiar da doença está bem estabelecida (Lima et al., 2005). Estudos de adoção, entre gêmeos e familiares demonstraram a importância da genética na patogênese do transtorno, no qual o risco relativo (RR) de sua ocorrência aumenta em pessoas com pais (RR = 6,4) ou irmãos (RR = 7,9) portadores do transtorno, em comparação com pessoas que não têm história familiar. História familiar de esquizofrenia também está relacionada com maior risco de doença bipolar (RR = 2,4) (Stovall, 2010).

## V. Impacto do TBH

O TBH altera importantes aspectos relacionados com a cognição, afeto e relacionamento pessoal, isso acarreta modificações importantes no modo de pensar, agir, resolver problemas, perceber a si mesmo e o outro, e de tolerar o estresse (Hisatugo et al., 2009).

O TBH é responsável por mais anos de vida perdidos do que todas as formas de câncer ou condições neurológicas maiores como epilepsia e doença de Alzheimer, principalmente, porque se inicia na juventude e cronicamente atravessa a vida do paciente. Além disso, o transtorno é ranqueado como o nono entre as principais causas de disfunção em indivíduos entre 15 e 45 anos e, em 2020, espera-se que chegue a quarta posição (Kathleen et al., 2011).

O TBH apresenta-se como a doença mental mais cara em termos de cuidados médicos e perda de produtividade. Em 1991, o *National Institute of Mental Health* dos Estados Unidos estimou que o custo da doença foi de U\$ 45 bilhões, sendo somente U\$ 7 bilhões ligados ao custo direto com o tratamento. Os outros U\$ 38 bilhões seriam distribuídos entre perda de produtividade (U\$ 18 bi), trabalho domiciliar (U\$ 3 bi), indivíduos que cometeram suicídio (U\$ 8 bi), internamentos (U\$ 3 bi) e cuidados com familiares (U\$ 6 bi) (Laxman et al., 2008).

Os pacientes com o transtorno têm sua capacidade de trabalho consideravelmente afetada, tanto em número de dias faltados, quanto na perda de produtividade. Em um ano, pacientes com TBH perdem, em média, 27,7 dias de trabalho contra 8,7 daqueles com Transtorno Depressivo Recorrente (TDR). Além disso, perdem em produtividade o equivalente a 35,3 dias contra 18,2 daqueles com

TDR. Estima-se, nos Estados Unidos, um custo total de U\$ 14.1 bilhões para o TBH e U\$ 36.6 bilhões para o TDR por ano por perda de produtividade e faltas ao trabalho (Kessler, 2006). Se levarmos em consideração que o TDR é seis vezes mais frequente do que o TBH, podemos visualizar mais claramente que o custo *per capto* do TBH é muito superior (Laxman et al., 2008).

Os pacientes com TBH são mais internados ao longo da vida, além de serem internados em idade mais precoce do que aqueles com outros transtornos psiquiátricos (Tucci et al., 2001). Segundo um trabalho espanhol, 71,8% dos pacientes necessitaram de internamento com duração média de 22,9 dias, sendo 93% destes diretamente relacionados ao transtorno (Tafalla et al., 2010). Em outro estudo, cerca de 40% dos pacientes foram internados ou procuraram à emergência por mais de duas vezes em um ano, destes: 26%, 3 vezes; 13,7%, 4 vezes; e 14,7%, mais de 5 vezes. Estes pacientes têm um maior risco de voltarem a ser internados (OR 4,86) ou a procurar serviços de emergência (OR 3,76) no ano seguinte do que aqueles com menos de duas hospitalizações prévias (Balgaman et al., 2011).

Dentre as principais esferas sociais atingidas nos portadores de TBH, podemos encontrar: o trabalho e relacionamento interpessoal, com 1/3 dos pacientes, apresentando desempenho ruim e mais faltas no trabalho (mesmo quando comparado a outros transtornos psiquiátricos). O risco de desemprego é duas vezes maior do que entre a população geral e as relações familiares são muitas vezes marcadas por hostilidade, desconfiança e falta de aceitação da doença (Tucci et al., 2001).

Mesmo após dois anos de resolução da última crise, as relações interpessoais e habilidade para trabalhar podem continuar comprometidas nos portadores de TBH. Muitos destes pacientes podem ser estigmatizados no ambiente de trabalho, demitidos, ter promoções negadas ou até regredir na carreira (Laxman et al., 2008). Neste contexto, um estudo europeu avaliou 2289 pacientes bipolares durante um período de dois anos após um episódio agudo de mania. Nesse estudo, 69% tinham alto comprometimento do trabalho durante a crise, sendo que metade destes quadros perdurou até o final do estudo. Os mais importantes fatores associados com a manutenção do prejuízo no trabalho foram: alto comprometimento no início do quadro, não ter um relacionamento fixo, baixa escolaridade e grau de dependência familiar (Reed et al., 2010).

Os pacientes com TBH e Depressão Dupla (DD) apresentam piores relacionamentos familiares e ajustamento social do que portadores de outros transtornos mentais, sendo que os bipolares apresentam 20% de desajustamento grave e 34% ruim (Tucci et al., 2001). Distímia e TBH são fatores independentes com grande tamanhos de efeito sobre as relações sociais em pacientes entre 28 e 40 anos (Guan et al., 2011). Através de análise de variância observou-se que pacientes bipolares têm maiores déficits de cuidado pessoal, isolamento social, participação doméstica e desempenho no trabalho do que os portadores de TDR, distímia e DD (Tucci et al., 2001).

Os pacientes bipolares apresentam-se mais desajustados socialmente, tendendo a evoluir para um curso crônico, com perdas significantes em várias áreas, principalmente no relacionamento familiar, sexualidade e trabalho (Tucci et al., 2001). Os níveis de qualidade de vida (QV) entre pacientes com TBH são menores

do que os da população geral, observando-se significantes reduções na saúde física, relações sociais, bem estar psicológico e contexto ambiental (Guan et al., 2011, Lira et al., no prelo, Michalak et al., 2005). Quando comparados com pacientes com TDR e esquizofrenia, os indivíduos com transtorno BP tipo I têm piores escores de QV. Entre os fatores determinantes da baixa QV, encontra-se a presença de sintomas depressivos (Michalak et al., 2005). Entretanto, mesmo aqueles considerados eutímicos podem apresentar sintomas subsindrômicos depressivos residuais que podem comprometer a QV (Michalak et al., 2005). Fatores como idade precoce do primeiro episódio, número de episódios maníacos e depressivos prévios, duração da doença, número de hospitalizações são preditivos de baixa QV (Michalak et al., 2005).

Além disso, quando iniciamos o tratamento, encontramos uma resposta clínica sintomatológica mais rápida do que a observada na melhora dos escores da QV, o que demonstra que a melhora dos sintomas, não significa, necessariamente, atingir um bom nível de QV (Michalak et al., 2005, Quarantini et al., 2009). Parte dessa demora de resposta pode ser atribuída à falta de acompanhamento médico frequente e contínuo; falta de programas comunitários; falta de atividade ocupacional; ausência de apoio familiar e falta de centros de atendimento para assisti-los nos momentos de agudização da doença (Tucci et al., 2001).

É importante também termos em mente que os pacientes com TBH estão mais expostos a diversos riscos metabólicos que podem comprometer, ainda mais, a QV. Dentre esses podemos citar: obesidade (prevalência de 21 - 49% e RR de 1 a 2); tabagismo (54 - 58%, RR de 2 a 3); *diabetes mellitus* (8 - 17%, RR de 1,5 a 3); hipertensão (35 - 61%, RR de 2 a 3); dislipidemia (23 - 38%, RR menor do que 3) e

doenças cerebrovasculares (RR de 2,1 a 3,3). Algumas das possíveis explicações para essas doenças são: efeitos colaterais de medicamentos; estilo de vida sedentário; alimentação inadequada e descuido com o próprio corpo devido à influência do TBH ou uma predisposição genética ligada ao próprio transtorno (Hert et al., 2011).

O TBH está relacionado com diversas comorbidades psiquiátricas; dentre elas, os transtornos de ansiedade (62,9%) e o uso/abuso de drogas são as mais comuns (36,6%) (Merikangas et al., 2011). Essas comorbidades são mais comuns entre os tipos I e II do que entre as formas subsindrômicas do TBH (Merikangas et al., 2011). A presença de uma ou mais comorbidades está associada com pior prognóstico, maior gravidade dos episódios, menores taxas de remissão e pior resposta ao tratamento (Nery-Fernandes et al., 2009).

O TBH tem sido caracterizado como o transtorno psiquiátrico mais relacionado ao uso/abuso de drogas. A prevalência desta associação varia entre os estudos (36% a 60%) (Rubio et al., 2006; Merikangas et al., 2011). Alguns autores sugerem aumento dessas taxas nas últimas décadas. Em pacientes com TBH tipo I, podemos encontrar uma prevalência de 58% e 38% para transtornos relacionados ao álcool e drogas, respectivamente. Os homens são mais afetados por essa comorbidade do que as mulheres, especialmente no que tange ao uso de álcool e *cannabis* (apud Almeida et al., 2010).

A presença da associação TBH/drogas implica em maiores taxas de hospitalizações, maior número de episódios mistos, ciclagem rápida, pior adesão,

baixa resposta ao tratamento, maiores taxas de comorbidades e suicídio (*apud* Almeida et al. , 2010; Azorin et al., 2010).

O álcool é uma das drogas mais usadas pela população geral. No contexto do TBH essa relação é muito mais prevalente. Podemos encontrar um OR que varia entre as formas da doença: BP I (OR = 7,9), BP II (OR 4,1) e formas subsindrômicas (OR = 3,6) (Merikangas et al., 2011). Mesmo quando comparado com outros transtornos psiquiátricos graves, como a esquizofrenia, o TBH tem maior prevalência de alcoolismo (50% - 60% vs 30 - 40%). Pesquisas revelam piores manifestações depressivas em mulheres com dependência de álcool que em mulheres não dependentes e homens dependentes ou não, sugerindo que a bebida alcoólica poderia torná-las mais vulneráveis a estas manifestações (*apud* Almeida et al., 2010).

Dentre as drogas ilícitas, a maconha é a mais consumida entre portadores de TBH, assim como na população geral, sendo que pode ser mais comum do que o álcool entre jovens. A coexistência do uso de álcool e maconha dificulta o tratamento destes pacientes e é associada à maior gravidade da mania. A cocaína também tem sido relacionada ao TBH. Um estudo de Herrero et al que avaliou jovens usuários da droga, mostrou que cerca de 42% deles tinham transtornos psiquiátricos; destes, os transtornos de humor correspondiam a 26%. O uso deste estimulante tem sido relacionado à criminalidade e a violência entre portadores de doenças mentais severas (Strakowski, 2007; Ringen, 2008).

O TBH também tem sido relacionado à ocorrência de crimes violentos como o homicídio, assalto e coerção sexual. Um estudo realizado na Suécia, envolvendo

3743 portadores de TBH e 37.429 controles saudáveis, demonstrou uma OR de 2,3 para o risco de crimes violentos. Esta OR caía para 1,6 quando os portadores de TBH eram comparados com irmãos saudáveis. O risco de crimes violentos foi significativamente maior (21,3%) nos pacientes com comorbidade com uso/abuso de drogas do que nos bipolares sem essa comorbidade (4,9%). A OR para crime violento em pacientes bipolares com história de uso/abuso de drogas foi de 6,4 comparada com a população geral. Para efeito de comparação, em pacientes esquizofrênicos esta OR foi de 4,2. Este estudo não demonstrou diferenças estatisticamente significantes entre as fases maníaca, hipomaníaca, depressiva ou mista da doença em relação à frequência destes eventos (Fazel et al.,2010).

Diversos estudos têm demonstrado relação entre altas taxas de abuso sexual e físico entre pacientes psicóticos. Esta relação é de grande importância para um adequado tratamento dos portadores de TBH, uma vez que as crianças que possuem a predisposição genética para o transtorno, mas que não apresentam um ambiente desfavorável de desenvolvimento possuem melhor regulação afetiva e melhor apresentação clínica da doença, diferentemente do oposto (Quarantini, et al., 2009; Bernardi et al., 2007).

A associação entre TBH e história de violência infantil é muito prevalente (49%) e tem sido associada com apresentação clínica precoce, pior evolução, mais tentativas de suicídio (TSs) e alta prevalência de ciclagem rápida. Mesmo quando comparados com pacientes esquizofrênicos com história de abuso infantil, os pacientes com TBH têm maiores taxas de hospitalização (Alvarez et al., 2011). Quando comparados com a população geral, estes pacientes apresentam o dobro

da prevalência de Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) (*Apud* Quarantini et al., 2009).

Em estudo recente, entre os portadores de TEPT e TBH encontramos associações com instabilidade de humor e comprometimento da QV (três dos quatro domínios da WHOQoL-BREF), mesmo após ajustes para variáveis clínicas e demográficas. Os pacientes com TEPT apresentam mais TSs (OR 1,5) em comparação com os bipolares sem história de TEPT (Quarantini et al., 2009).

De forma similar a outros indicadores clínicos de gravidade, encontramos um aumento na proporção de ideação, planejamento e tentativa de suicídio (TS) entre portadores de TBH. Estes têm uma taxa de TS ao longo da vida de 20 a 56%, quase 15 vezes maior do que a população geral e o dobro daquela para TDR. Cerca de 25% dos portadores de TBH tipo I, 20% dos tipo II e 10% daqueles com formas subsindrômicas têm história de TS (Merikangas et al., 2011). Além disso, cerca de 15% a 19% dos portadores de TBH cometem suicídio (Abreu et al., 2009). Tem sido demonstrado que o comportamento suicida ocorre predominantemente nos episódios depressivos (70% a 80%) e raramente em estado de eutímia (*apud* Almeida et al., 2010).

Os mais importantes fatores de risco relacionados às TSs são: passado de TS (RR = 3,8); apresentação precoce da doença; episódios depressivos ou estados mistos; ciclagem rápida; presença de comorbidades do eixo I (ansiedade, uso/abuso de drogas) ou eixo II (transtorno de personalidade *borderline*, anti-social ou histriônico); impulsividade, agressividade, hostilidade, desesperança; abuso físico ou

social, principalmente durante a infância e adolescência; e histórico familiar de TS (Abreu et al., 2009; Nery-Fernandes et al., 2009).

Além disso, assim como outras doenças crônicas e outros transtornos mentais, a adesão ao tratamento, em pacientes bipolares, é baixa (Hong et al., 2011). Estima-se que 20% a 60% dos pacientes com este transtorno tenham baixa adesão (Hong et al., 2011; Tafalla et al., 2010). Assim, eles estão sujeitos a maiores taxas de recaída, suicídio, dependência de drogas e pior funcionamento social (dependência social, comprometimento do trabalho e poucos relacionamentos). Ademais, os indivíduos com TBH e baixa adesão ao tratamento possuem maiores taxas de hospitalização (73% vs 31%) com maior duração do internamento (31 vs 4 dias) e maiores custos de tratamento (US\$ 9.701 vs US\$1.657) que pacientes adequadamente tratados (Hong et al., 2011).

## VI. Objetivos:

VI.6.1- Fornecer uma visão atual sobre o TBH, apresentando a história, classificação, epidemiologia e impacto.

VI.6.2- Descrever o perfil clínico e sócio-demográfico, assim como relatar os resultados das avaliações de qualidade de vida de pacientes bipolares atendidos em um centro de tratamento especializado em transtornos de humor localizado na cidade de Salvador-BA (CETHA-UFBA).

## VII. Metodologia:

VII.7.1 O trabalho foi realizado, inicialmente, através de uma revisão bibliográfica clássica sobre o TBH, com uma extensa pesquisa nos bancos de dados CAPES, *PUBMED* e *SCIELO*, além da consulta de livros a respeito dos subtemas.

Foram usadas as seguintes palavras-chave na busca de artigos: “bipolar disorder”, “epidemiology”, “history”, “impact”, “classification”, “suicide”, “affective disorders”, “drugs”, “mood disorders”, “custs”, “employee”, “quality of life”, “work”, “violence”, “family”, “comorbidity”, “treatment”. Apenas os artigos disponíveis em inglês e português publicados até fevereiro de 2012 foram usados para esta revisão. Não foram usados outros critérios de inclusão ou exclusão.

VII.7.2 Em seguida, foram apresentados todos os resultados da coleta do Programa de Avaliação Continuada do Centro de Estudo de Transtornos de Humor e Ansiedade (CETHA), desenvolvida na cidade de Salvador-BA. Este projeto faz parte de um Consórcio Nacional, envolvendo também as cidades de São Paulo e Porto Alegre e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira - UFBA (protocolo 16/2005 – em anexo). O estudo foi realizado através de um corte transversal e seus dados foram coletados entre 2005 e dezembro de 2011.

### Descrição da metodologia

#### Casuística

Todos os pacientes com TBH matriculados no CETHA do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (C-HUPES), em Salvador-Bahia.

## Local

As avaliações foram realizadas nas instalações do CETHA, as quais estão localizadas no Ambulatório Magalhães Neto, da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

## Definição da Amostra

Pacientes adultos de ambos os sexos, com idade igual ou maior do que 18 anos, portadores de TBH, eutímicos no momento da entrevista e acompanhados regularmente no CETHA. O critério de eutimia foi definido por escores inferiores a sete, tanto na escala de depressão de Hamilton (HAM-D-17), quanto na escala de mania de Young (YMRS) com ausência de episódios de humor nos últimos dois meses.

Antes de iniciar a pesquisa todos os pacientes que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## Material

- Questionário clínico e sócio-demográfico do Programa de Avaliação Continuada do CETHA - composto por questões acerca da identificação do paciente e das suas características clínicas, tais como nome; gênero; data de nascimento; idade; situação conjugal; ocupação; escolaridade; repetência; renda familiar e própria; idade e tipo do primeiro episódio; presença de psicose no primeiro episódio; idade em que recebeu o diagnóstico médico; tempo de evolução da doença; presença de

hospitalizações psiquiátricas; tipo de transtorno bipolar; história de ciclagem rápida; realização de eletroconvulsoterapia (ECT); história e tipo de TSs; presença de comorbidades clínicas e psiquiátricas; uso de lítio ao longo da vida e história familiar de doenças psiquiátricas.

- Entrevista Clínica Estruturada, obedecendo aos critérios do DSM-IV, (SCID-CV), que consiste em uma entrevista diagnóstica padronizada, abrangendo os principais transtornos psiquiátricos do eixo I do DSM-IV (First et al., 1997).
- Escala para avaliação de depressão de Hamilton de 17 itens, (HAM-D-17), a qual avalia intensidade de sintomas depressivos (Hamilton, 1960).
- Escala de avaliação de mania de Young (YMRS), a qual avalia intensidade de sintomas maníacos (Young et al., 1978).
- Escala de avaliação de QV desenvolvida pela OMS, versão abreviada (WHOQoL-BREF). Esta escala é composta por 26 itens, dos quais os dois primeiros são perguntas gerais, e as demais 24 questões seguintes do instrumento são conhecidas por gerarem quatro domínios de QV, denominados de: “domínio físico” (itens 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18), “domínio psíquico” (itens 5, 6, 7, 11, 19, 26), “domínio social” (itens 20, 21, 22), e “domínio ambiental” (itens 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25), respectivamente. Em cada domínio denota-se uma percepção individual da QV. A média dos escores dos itens em cada domínio é usada para calcular o escore do domínio, sendo que se mais do que dois itens forem perdidos do domínio, este domínio não pode ser calculado (com exceção do domínio

3, no qual ele deve ser calculado apenas se < 1 item for perdido) (Fleck, 2008).

#### Análise estatística

Os dados foram inseridos no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) version 19. Posteriormente, foram realizadas análises univariadas das variáveis qualitativas, para obter as frequências absolutas e percentuais, e quantitativas, para obter médias, desvio-padrão e a mediana. O pacote estatístico utilizado nas análises foi o STATA v.12. As tabelas foram geradas no *Microsoft Word* versão 2007.

VIII. Resultados: Os dados são apresentados, a seguir, sob a forma de tabela:

**Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes com TBH acompanhados no CETHA – UFBA.**

Número de pacientes incluídos no estudo (N)			100		
<b>Sexo</b>			<b>N (%)</b>		
• Feminino			79 (79)		
• Masculino			21 (21)		
• Total			100 (100)		
<b>Idade do paciente</b>	<b>Idade mínima</b>	<b>Idade máxima</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>N(%)</b>
• Primeiro quartil	21	34	28,0	4,2	26 (26,2)
• Segundo quartil	35	43	39,3	2,6	25 (25,2)
• Terceiro quartil	44	50	46,7	2,2	24 (24,2)
• Quarto quartil	51	74	60,2	6,5	24 (24,2)
<b>Situação conjugal</b>			<b>N (%)</b>		
• Solteiro ou separado ou divorciado			61 (64,2)		
• Casado ou companheiro fixo			27 (28,7)		
• Viúvo			6 (6,3)		
• Total			94 (100)		
			<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	
Número de anos completos de estudo			11,6	4,2	
Número de anos escolares repetidos			1,1	1,4	
<b>Historia de TBH em familiar de primeiro grau</b>			<b>N (%)</b>		
• Sim			14 (17,5)		
• Não			66 (82,5)		
• Total			80 (100)		
<b>Paciente com renda própria</b>			<b>N (%)</b>		
• Sim			69 (73,4)		
• Não			25 (26,6)		
• Total			94 (100)		
<b>Renda</b>		<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Mediana</b>	
• Renda do paciente (R\$)		1.195,42	1.378,63	700,00	
• Renda Familiar (U\$)		1.121,78	1.496,65	547,50	
<b>Ocupação do paciente</b>			<b>N (%)</b>		
• Estudante			8 (8,5)		
• Sem ocupação remunerada			27 (28,7)		
• Com ocupação remunerada			17 (18)		
• Auxílio doença			9 (9,5)		
• Aposentado por invalidez			30 (30,8)		
• Aposentado por tempo de serviço			4 (4,2)		
• Total			94 (100)		

**Tabela 2.1 Características clínicas de pacientes com TBH acompanhados no CETHA – UFBA.**

<b>Tipo de TBH</b>	<b>N (%)</b>	
• TB I	94 (94)	
• TB II	2 (2)	
• TBH sem outras especificações	4 (4)	
	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Idade do primeiro episódio</b>	26,5	11
<b>Idade do diagnóstico da doença</b>	33,5	12,8
<b>Tempo de evolução da doença</b>	16,4	11,1
<b>Tipo do primeiro episódio</b>	<b>N (%)</b>	
• Depressão	48 (50)	
• Mania	38 (39,5)	
• Misto	3 (3,1)	
• Hipomania	1 (1)	
• Não sabe	6 (3,2)	
<b>Presença de psicose no primeiro episódio</b>		
• Sim	49 (53,3)	
• Não	38 (41,3)	
• Não sabe	5 (5,4)	
• Total	92 (100)	
<b>Tentativa de suicídio</b>	<b>N (%)</b>	
• Sim	32 (33,3)	
• Não	64 (66,7)	
• Total	96 (100)	
<b>Meio de tentativa de suicídio</b>		
• Intoxicação medicamentosa	21 (63,3)	
• Corte nos pulsos	4 (13,3)	
• Queda	4 (13,3)	
• Enforcamento	3 (10)	
• Arma de fogo	1 (3,2)	
<b>Hospitalizações Psiquiátricas</b>		
• Sim	76 (78,3)	
• Não	21 (21,6)	
• Total	97 (100)	
<b>Ciclagem rápida no último ano</b>		
• Sim	10 (10,8)	
• Não	81 (88)	
• Total	91 (100)	
<b>História de ECT</b>		
• Sim	10 (10,5)	
• Não	86 (89,5)	
• Total	96 (100)	
<b>Uso de Lítio atual</b>		
• Sim	78 (86,7)	
• Não	12 (13,3)	
• Total	90 (100)	

**Tabela 2.2 Características clínicas de pacientes com TBH acompanhados no CETHA - UFBA**

Comorbidades Clínicas	N (%)
• Infecção recorrente de vias aéreas superiores	23 (23)
• Enxaqueca	20 (20)
• Obesidade/sobrepeso	14 (14)
• Hipotireoidismo	12 (12)
• Trauma craniano com perda de consciência	8 (8)
• Convulsões	8 (8)
• Asma	7 (7)
• Coma	5 (5)
• Dislipidemia	5 (5)
• Doenças cardiovasculares	4 (4)
• Diabetes	3 (3)
• Hipertireoidismo	2 (2)
<b>TBH com comorbidade psiquiátrica</b>	
• Sim	24 (30,8)
• Não	53 (67,9)
• Total	78 (100)
<b>Comorbidades Psiquiátricas</b>	
• Transtorno de Ansiedade Generalizada	12 (12)
• Fobia específica	8 (8)
• Transtorno de Pânico	4 (4)
• Transtorno Obsessivo-Compulsivo	4 (4)
• Fobia social	3 (3)
• Abuso/Dependência de álcool	9 (9)
• Uso/abuso de substância não-alcóolica	2 (2)
• Transtorno dismórfico corporal	1 (1)

**Tabela 3. Qualidade de vida de pacientes com THB acompanhados no CETHA - UFBA**

Qualidade de vida	Tamanho da amostra (%)	Média	Mediana	Desvio padrão
• Domínio Ambiental	87 (87)	54,03	53,13	15,4
• Domínio Físico	87 (87)	59,28	57,14	12,0
• Domínio Psíquico	87 (87)	54,26	54,17	14,62
• Domínio Social	87 (87)	60,01	66,67	21,1

## IX. Discussão

### IX.9.1 Fatores sócio-demográficos

O banco de dados envolveu uma amostra de 100 pacientes com TBH em eutimía com ausência de episódios de humor há pelo menos dois meses. Destes, a grande maioria era do sexo feminino (79%) (Tabela 1). Esta predominância é semelhante ao descrito por trabalhos, envolvendo a atenção terciária de pacientes bipolares (Kauer-Sant'Anna et al., 2007). Entretanto, estudos populacionais demonstram que, a prevalência do transtorno é equivalente entre os sexos, sugerindo, portanto, que algum fator, como uma maior busca de atendimento médico entre as mulheres, tenha interferido neste resultado (Lima et al., 2005; Stovall, 2010).

Vale ressaltar que, o manejo clínico da doença bipolar no sexo feminino apresenta particularidades importantes que dificultam o tratamento, tais como a presença de variações hormonais durante os ciclos menstruais, a gravidez e o puerpério, que dificultam a escolha do medicamento ideal para cada paciente, em decorrência dos riscos de toxicidade e teratogenicidade para o feto e o neonato. Esse resultado, implica na necessidade de criação de estratégias como o uso de métodos anticoncepcionais e o planejamento familiar para essas pacientes, o que exige maior ligação entre os serviços de planejamento familiar, ginecologia /obstetrícia e neonatologia/pediatria. Agrava-se ainda este quadro, tendo em vista a idade média desses pacientes, cuja maioria encontra-se ainda em fase reprodutiva, entre 21 a 34 anos (26, 2 %) e 35 a 43 anos (25,2%) (Tabela1).

Outro fator relevante é que a maioria dos pacientes encontravam-se solteiros, separados ou divorciados n= 61 (64,2 %) (Tabela 1), mesmo em estado de eutímia, isto sugere que eles possam ter dificuldades para o estabelecimento de relações afetivas e/ou tenham pouco apoio familiar em momentos de necessidade, como outros trabalhos têm demonstrado (Tucci et al., 2001). Este estudo também encontrou que a maioria dos pacientes (82%), não tem história familiar de TBH (Tabela 1). Esse resultado é difícil de explicar, pois o caráter hereditário da doença bipolar é fortemente relatado, não só para o TBH, mas também para outras doenças mentais como o TDR e a esquizofrenia, não estudadas neste trabalho (Stovall, 2010).

A escolaridade dos pacientes foi, em média, de 11,6 anos com desvio padrão (DP) de 4,2 e pico de 25 anos (Tabela 1). Isto poderia sugerir que estes pacientes tiveram um elevado índice de instrução e, conseqüentemente, poderiam compreender melhor sua doença e ter melhor adesão ao tratamento. Estes pacientes tiveram elevados índices de repetência com média de 1,1 anos, DP de 1,4 e pico de 7 anos (Tabela 1), com isso, podemos inferir que grande parte desta escolaridade poderia ter sido subaproveitada devido à influência do TBH sobre suas vidas.

Os pacientes analisados, em sua maioria, possuíam renda própria (73,4%), a mediana encontrada foi de R\$ 700,00 e U\$ 547,00 para renda própria e familiar, respectivamente. Entretanto, grande parte deles encontrava-se sem ocupação remunerada (28,7%) ou aposentada por invalidez (30,8%); apenas 18% dos indivíduos na amostra analisada tinham ocupação remunerada. Além disso, 9,5%

dos pacientes estavam recebendo auxílio doença, mesmo após encontrar-se em estado de eutímia. Portanto, assim como descrito na literatura, estes pacientes demonstram dificuldade de conseguir ou realizar trabalho, mesmo após remissão da sintomatologia, pois poderiam estar sofrendo efeitos residuais da doença e/ou serem estigmatizados pelo transtorno psiquiátrico (Tucci et al., 2001; Laxman et al.2008; Reed et al., 2010).

#### IX.9.2 História clínica

A amostra foi formada principalmente por portadores de TBH tipo I (94%), seguida de TBH tipo II (2%) e TBH sem outras especificações (4%) (Tabela 2.1). Estes pacientes tiveram o primeiro episódio, em média, aos 26,5 anos, ou seja, uma apresentação mais tardia do que a encontrada em outros estudos (Merikangas et al., 2011), sugerindo um prognóstico possivelmente mais benigno. Os pacientes também tiveram 16,4 anos de tempo médio de duração da doença, indicando que muitos anos de suas vidas foram comprometidos pela enfermidade, como normalmente é descrito na literatura (Kathleen et al., 2011).

Os pacientes iniciaram o transtorno, principalmente, com episódios depressivos (50%), seguidos por maníacos (39%), o que poderia, em parte, justificar a diferença de tempo entre o primeiro episódio e a idade média de diagnóstico (33,5 anos) (Tabela 2.1), uma vez que muitos destes pacientes poderiam ter sido diagnosticados, inicialmente, como portadores de depressão recorrente (Lima et al., 2005, Nery-Fernandes, 2012). Conseqüentemente, estes indivíduos poderiam ter sido tratados de forma inadequada, aumentando, portanto, o risco de suicídio (Nery-

Fernandes, 2012). Além disso, 53,3% deles apresentaram o primeiro episódio com presença de psicose, caracterizando quadros iniciais de maior gravidade.

A maioria dos pacientes não apresentou TS (66,7%) (Tabela 1). Ainda assim, a taxa de TS foi maior do que a encontrada na população geral. Além disso, a grande maioria das TSs foi realizada através de intoxicação medicamentosa (63,3%), se levarmos em consideração que grande parte desses pacientes tem acesso a medicações que podem levar a óbito, se utilizadas de forma inadequada, podemos visualizar a importância de um acompanhamento médico adequado dirigido aos indivíduos com risco de suicídio.

De forma similar ao encontrado por outro estudo (Taffala et al., 2010), cerca de 80% dos pacientes tem história de hospitalizações psiquiátricas (Tabela 2.1), o que pode indicar maior gravidade dos episódios e pior prognóstico da doença (Balgaman et al., 2011). Apesar deste fato, a maioria dos pacientes não apresentou ciclagem rápida (mais de quatro episódios em um único ano) no último ano (88%) (Tabela 2.1), sugerindo melhores desfechos clínicos.

Cerca de 90% dos pacientes não realizaram ECT em sua história clínica e 85% estão usando lítio atualmente (Tabela 2.1). O lítio tem sido usado como droga de escolha para o tratamento de manutenção em pacientes bipolares, além de ser comprovadamente relacionado à redução de taxas de suicídio e ter baixo custo, facilitando, portanto, o acesso de populações carentes ao medicamento (CANMAT, 2009, Nery-Fernandes, 2012).

Como descrito na tabela 1, grande parte da amostra também era formada por uma população acima de 44 anos, possibilitando a ocorrência de comorbidades

clínicas. Nesta amostra encontramos 13% de pacientes com hipotireoidismo, doença comum no sexo feminino e possível efeito colateral do uso do lítio, ambos muito presentes na amostra analisada. Encontramos também que 20% dos pacientes tinham enxaqueca, doença comum em mulheres de meia idade, mas com 12% de prevalência estimada para a população geral (Goldman & Ausiello, 2009, Brietzke et al., 2011). A comorbidade com enxaqueca na doença bipolar tem sido associada à maior prevalência de comorbidades psiquiátricas (abuso/dependência de drogas e transtornos de ansiedade), apresentação precoce da doença e sintomas atípicos de depressão (Brietzke et al., 2011).

Além disso, diferentemente do descrito em outro artigo (Hert et al., 2011), encontramos taxas de obesidade/sobrepeso, dislipidemia, doenças cardiovasculares e *diabetes mellitus* menores do que o esperado para a população geral (SBC, 2007) (Tabela 2.2). Esses resultados, podem ter ocorrido pela alta prevalência de indivíduos ainda jovens, ao pouco uso de antipsicóticos atípicos e a orientação terapêutica fornecida neste centro em relação a realização de atividade física e dieta pouco calórica.

Uma parcela dos pacientes apresentou alguma comorbidade psiquiátrica (30,8%), sendo que as mais prevalentes foram os transtornos de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada, fobia específica, transtorno de pânico) e uso/abuso de drogas (Tabela 2.2). A prevalência destas comorbidades na amostra deste estudo é menor do que a descrita pela literatura (Merikangas et al., 2011), indicando um melhor prognóstico para estes pacientes (Nery-Fernandes et al., 2009). Parte desse resultado pode ser justificado pela maior prevalência de

transtornos de uso/abuso de drogas que no gênero masculino, assim como o critério de eutímia rígido utilizado nesta pesquisa, que pode ter contribuído para maior acurácia na coleta destes dados (Nery-Fernandes et al., 2009). Entretanto, mesmo considerando uma amostra de predominância feminina, as taxas de transtornos de ansiedade são ainda significativas e requerem tratamento especializado, vez que que o transtorno ansioso comórbido piora o prognóstico desses pacientes.

### IX.9.3 Qualidade de Vida

As médias de QV medidas pela WHOQoL-BREF encontradas nesta pesquisa para os domínios ambiental, psíquico, físico e social foram, respectivamente de 54; 54,2; 59,2 e 60. Nesta amostra, os domínios social e físico foram os mais preservados. Estas médias são similares aos encontrados pela literatura entre pacientes com TBH e menores do que as descritas na população geral (Brissos et al., 2008, Guan et al., 2011).

Os níveis educacionais elevados, têm sido relacionados a melhores escores de QV na WHOQoL-BREF de pacientes avaliados em estado de eutímia (Brissos et al., 2008). Entretanto, nesta pesquisa, apesar dos satisfatórios números de anos de estudos, os pacientes apresentam baixa QV. Esse fato pode ser indicativo de que muitos anos de estudo não pressupõem que estes pacientes têm um bom nível de escolaridade, pois a educação de nosso país é, em geral, de baixa qualidade e o transtorno em si poderia afetar sensivelmente a atuação destes pacientes na escola.

## X. Conclusão

O TBH é uma doença crônica e grave, que possui um grande impacto sobre a vida dos seus portadores. Apresenta elevados índices de comorbidades clínicas e psiquiátricas, além de comportamento suicida, contribuindo para a baixa qualidade de vida encontrada em seus portadores. Sobretudo nos pacientes com tratamento inadequado e baixo apoio familiar, encontramos, também, um grande comprometimento das relações sociais e da capacidade de realizar trabalho.

Os dados desta pesquisa revelam que a gravidade da doença, nesta população, é relativamente menor que a relatada pela literatura, pois encontramos menor prevalência de comorbidades psiquiátricas, TSs e ciclagem rápida. Além disso, a maioria dos pacientes está usando lítio, medicação utilizada no controle da doença e com comprovada redução nas taxas de suicídio. Os níveis de QV desta população foram inferiores aos da população geral e equivalentes aos encontrados em pacientes bipolares em outros estudos. Portanto, mesmo em estado de eutímia estes pacientes podem ter sua QV comprometida sensivelmente.

Dessa forma, os resultados desta pesquisa revelam a gravidade da doença bipolar e os prejuízos a QV dos seus portadores, reforçando ainda mais a necessidade de diagnóstico e tratamento precoces. Além, disso os baixos níveis de QV encontrados, apesar do estado de remissão sintomatológica revelam a necessidade de tomadas de medidas sociais e de apoio, que vão além do tratamento farmacológico.

## XI. Referências Bibliográficas

Abreu LN, Beny L, Baca-Garcia E, Oquendo MA. Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. *Rev. Bras. Psiquiatri.* 2009; 31(3):271-280.

Almeida AG, Nery-Fernandes F, Batista IR, Guindalini C, Moreira EC e Miranda-Scippa AM. Comorbidity of Bipolar Disorder with Alcohol and Drug Abuse, Leading to Suicidal Behavior. Nova Science. 2010; Chapter 27.

Álvarez MJ, Roura P, Osés A, Foguet Q, Solà Q et al. Prevalence and Clinical Impact of Childhood Trauma in Patients With Severe Mental Disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2011; 199:156-161.

Associação Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª Ed.ver. texto revisado. Porto Alegre: Artmed; 2002. p.344-417.

Balgaman E, Muser E, Choi J et al. Health Care Resource Utilization and Costs in Commercially Insured Population of Patients With Bipolar Disorder Type I and Frequent Psychiatric Interventions. *Clinical Therapeutics.* 2011; (33), 10.

Bittencourt LG. Desempenho neuropsicológico em pacientes com transtorno bipolar tipo I: Avaliação em dois momentos. Dissertação de Mestrado, 2010.

Brietzke E, Moreira CL, Duarte S et al. Impacto f comorbid migraine on clinical course of bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry.* 2011.

Brissos S, Dias VV, Carita AI, Martinez-Arán A. Quality of life in bipolar type I disorder and schizophrenia in remission: Clinical and neurocognitive correlates. *Psychiatry Research*. 2008; 160:55-62.

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD). Collaborative update of CANMAT guidelines for management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. 2009; 11:225-255.

Del-Porto JA, Del-Porto KO, Grinberg LP. *Transtorno Bipolar: fenomenologia, clínica e terapêutica*. 1ª Ed. São Paulo: Atheneu; 2010.

Del-Porto JA, Del-Porto KO. História da caracterização nosológica do Transtorno Bipolar. *Rev.Psiq.Clín*. 2005; 32:07-14.

Fazel S, Lichtenstein P, Gran M, Goodwin GM, Långström N. Bipolar disorder and Violent Crime: New evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(9)931-938.

First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. *Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders-clinician version*. Washington, DC: American Psychiatric Press.1997.

Fleck MPA. *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde*. 1ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. v.1.228.

Goldman L, Ausiello D. *Cecil medicina*. 23ª Ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.

Guan B, Deng Y, Cohen P, Chen H. Relative impact of Axis I mental disorder on quality of life among adults in the community. *Jornal of Affective Disorders*. 2011; 131:293-298.

Hamilton M. Rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg*. 1960; 23:56-72.

Herrero MJ, Domingo-Salvany A, Torrens M, Brugal MT; ITINERE Investigators: Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction*. 2008; 103 (2): 284-93.

Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovick-Bakmas M et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. Prevalence, impact of medication and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011; 10:52-77.

Hisatugo CLC, Yazigi L, Del-Porto JA. Cognição, Afeto e Relacionamento Interpessoal de Mulheres com Transtorno Afetivo Bipolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2009; 22(3):377-385.

Hong J, Reed C, Novick D, Haro JM, Aguado J. Clinical and economic consequences of medication non-adherence in treatment of patients with manic/mixed episode of bipolar disorder: Results from the European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM) Study. *Psychiatry Research*. 2011; 06847.

Kauer-Sant'Anna M, Frey BN, Andreazza AC, Ceresér KM et al. Anxiety Comorbidity and Quality of Life in Bipolar Disorder Patients. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2007; 52:175-181.

Kessler RC, Akiskal HS et al. The prevalence and effects of mood disorders on work performance in nationally representative sample of US workers. *Am J Psichiatriy*. 2006; 163(9):1561-1568.

Laxman KE, Lovibond KS, Hassan MK. Impact of Bipolar Disorder in Employed Populations. *Am J Manage Care*. 2008; 14(11):757-764.

Lima MS, Tassi J, Novo IP, Mari JJ. Epidemiologia do Transtorno Bipolar. *Rev. Psiq. Clin*. 2005; 32(1):15-20.

Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S et al. Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68(3):241-251.

Michalak EE, Yatham LN e Lam RW. Quality of life in bipolar disorder: A review of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2005; 3:72.

Nery-Fernandes F, Quarantini LC, Galvão-de-Almeida A, Rocha MV, Kapczinski F, Miranda-Scippa A. Lower rates of comorbidities in euthymic bipolar patients. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2009; 1-6.

Nery-Fernandes F, Quarantini LC, Guimarães JL, Oliveira IR, Koenen KC, Kapczinski F, Miranda-Scippa A. Is there an association between suicide attempt and delay of initiation of mood stabilizers in bipolar I disorder. *Jornal of Affective Disorders*. 2012; 136:1082-1087.

Quarantini LC, Miranda-Scippa A, Nery-Fernandes F, Andrade-Nascimento M et al. The impact of comorbid posttraumatic stress disorder on bipolar disorder patients. *Jornal of Affective Disorders*. 2009; 04343.

Quarantini LC, Netto LR, Andrade-Nascimento et al. Comorbid mood and anxiety disorders in victims of violence with posttraumatic stress disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009; 31(2):S 66-76.

Reed C, Goetz I, Vieta E, Bassi M, Haro JM. Work impairment in bipolar disorder patients – results from a two-year observational study (EMBLEM). *European Psychiatry.* 2010; (25):338-344.

Ringen PA, Lagerberg TV, Birkenaes AB et al. Differences in prevalence and patterns of substance use in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychol Med.* 2008; 38(9):1241–1249.

Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da Aterosclerose. 2007.

Stovall J. *Bipolar Disorder: Epidemiology and diagnosis. Up to Date.* 2010.

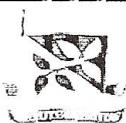
Strakowski SM, DelBello MP, Fleck DE et al. Effects of co-occurring cannabis use disorders on the course of bipolar disorder after a first hospitalization for mania. *Arch Gen Psychiatry.* 2007; 64: 57–64.

Tafalla M, Salvador-Carulla L, Saiz-Ruiz J, Diez T e Cordero L. Pattern of healthcare resource utilization and direct costs associated with manic episodes in Spain. *BMC Psychiatry.* 2010; 10:31.

Tucci AM, Kerr-Corrêa F, Dalben I. Ajuste social em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar, Unipolar, Distímia e Depressão Dupla. *Ver. Bras. Psiquiatr.* 2001; 23(2):79-87.

Young R, Biggs J, Ziegler V, Meyer D. A rating scale for mania: reability, validity and sensitivity. Br J Psyachiatry.1978; 133:429-435.

## XII. Anexo



**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

**Sumário:** Pacientes com TAS/DSM-IV do CETTA, com idade  $\geq 18$  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-morbidades 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. Antônio dos Santos Barreto*  
Coordenador do Comitê de Ética  
em Pesquisas Humanas  
UFBA - Universidade Federal da Bahia

**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.

# **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PRÉ-ESCLARECIDO** **PROGRAMA DE AVALIAÇÃO CONTINUADA DO CENTRO DE ESTUDOS E TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS AFETIVOS DO COMPLEXO-HUPES**

Nome do estudo:

Nome do participante:

Data de nascimento:

Médico avaliador:

Número do protocolo:

Número do prontuário:

Controle sim ( ) não ( )

Antes de participar deste estudo, gostaríamos 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) 3339-6384, segundas-feiras pela manhã ou pessoalmente as quintas-feiras pela manhã no Centro de Estudos e Tratamento dos Transtornos Afetivos (CETTA), 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 CETTA, bem como avaliar a qualidade do tratamento médico, a qualidade de vida dos pacientes e, através de exames de neuroimagem (ressonância magnética do encéfalo) e testes neuropsicológicos, avaliar áreas do sistema nervoso central envolvidos nessa patologia. Por fim, os resultados serão comparados com os encontrados em indivíduos saudáveis.

## **O que acontecerá neste estudo ?**

Os participantes (indivíduos saudáveis e pacientes) responderão às questões de um protocolo de pesquisa contendo: 1) coleta de dados clínicos e sócio-demográficos, 2) avaliação de doença mental, 3) medida de qualidade de vida, 4) testes neuropsicológicos e 5) avaliação de neuroimagem. A aplicação deste protocolo terá a duração de uma ou duas horas e será realizada nas dependências do Pavilhão de Ambulatório Magalhães Neto, sem qualquer ônus extra para os participantes. A avaliação de neuroimagem inclui o exame de Ressonância Magnética do encéfalo com espectroscopia, um procedimento não invasivo, que será realizado no serviço de bioimagem da Clínica Image Memorial, sem qualquer custo. Os investigadores não estarão sendo remunerados para a realização desse estudo, assim como os participantes (pacientes e indivíduos saudáveis) não receberão benefícios financeiros para a participação no mesmo.

## **Quais os benefícios em participar deste estudo ?**

A sua participação neste estudo poderá proporcionar, no âmbito pessoal, a identificação de algum problema não antes conhecido, sendo assim tratado de maneira mais específica e adequada, e no âmbito coletivo, poderá ajudar no desenvolvimento de um melhor plano de atendimento aos demais pacientes. Ao final da avaliação de bioimagem e testagem neuropsicológica, os participantes terão as informações acerca dos resultados encontrados.

## **Quais os inconvenientes em participar deste estudo ?**

Os participantes deverão se deslocar para o serviço de bioimagem Clínica Image Memorial localizado na avenida Ademar de Barros, 376, Ondina. Os custos relacionados ao transporte dos participantes serão arcados pelo CETTA. O exame de ressonância magnética é um procedimento não invasivo e que não utiliza meios de contraste. O

aparelho, entretanto, produz um ruído durante a aquisição de imagens sem prejuízo ao participante.

**Quais os direitos dos participantes ?**

Os pesquisadores 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 por nome. Sua participação no estudo é voluntária, de forma que caso você decida não participar, isso não afetará o tratamento normal ao qual você tem direito.

**Quais são as responsabilidades dos participantes ?**

Os participantes deste estudo comprometem-se a comparecer às consultas e exames marcados, bem como responder fidedignamente os questionários aplicados pelos médicos pesquisadores.

1. Recebi uma explicação completa do objetivo do estudo, dos procedimentos envolvidos e o que se espera da 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 a informação nos meus registros médicos é essencial para a avaliação dos resultados do estudo. Concordo em liberar esta informação sob o entendimento de que ela será tratada 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 total e voluntariamente 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) Dr. (a) \_\_\_\_\_ quando da leitura pausada desse documento, esclareceu todas as minhas dúvidas e como dou minha concordância para participar deste estudo, coloco abaixo a impressão do meu polegar.

Assinatura do participante:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do médico avaliador:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do familiar responsável pelo paciente (quando necessário):

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_



**Hospital Universitário Professor Edgard Santos**  
**Serviço de Psiquiatria**

Programas de Avaliação Continuada 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: \_\_\_\_\_

GAF Data: \_\_\_\_\_

SSQ Data: \_\_\_\_\_

ESCALA DE RESILIÊNCIA 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. Afiliação religiosa: 1- Sim 2- Não  
Se sim, qual afiliação: \_\_\_\_\_

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

1.9. 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

1.10. Endereço: Rua: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_

1.11. Telefone para contato: 1- \_\_\_\_\_  
2- \_\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_

1.12. Renda individual: 1- Sim 2- Não  
Se sim, quanto: R\$ \_\_\_\_\_ (US\$ \_\_\_\_\_)

1.13. Renda familiar: R\$ \_\_\_\_\_ (US\$ \_\_\_\_\_)

1.14. Escolaridade: \_\_\_\_\_ grau 1- Completo 2- Incompleto  
Anos de estudo completos: \_\_\_\_\_

1.15. Repetência escolar: 1- Sim 2- Não  
Anos repetidos: \_\_\_\_\_

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

1.17. Peso atual: \_\_\_\_\_ Kg  
Altura: \_\_\_\_\_ m  
IMC: \_\_\_\_\_ [Peso / (altura)<sup>2</sup>]

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 3- Não sabe  
Se sim, do tamanho \_\_\_\_\_ para tamanho \_\_\_\_\_

## 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 3- Não sabe

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

1- Sim 2- Não 3- Não sabe

2.7. N° de episódios ao longo da vida: \_\_\_\_\_

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

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

Se sim, por: 1- Antidepressivo, qual: \_\_\_\_\_

2- Maconha

3- Cocaína

4- Crack

5- Álcool

6- Anorexígeno, qual: ( ) Anfetamina ( ) Sibutramina

7- Psicoestimulantes (ecstasy, ice, cristal...)

8- Hormônio, qual: ( ) Anabolizantes ( ) Tireóideos

9- Outra, qual(is): \_\_\_\_\_

2.9. Hospitalizações Psiquiátricas: 1- Sim 2- Não

Se sim, quantas vezes: \_\_\_\_\_ internações

2.10. Idade na 1ª hospitalização psiquiátrica: \_\_\_\_\_ anos

Tipo de episódio (DSM-IV): 1- Mania

2- Depressão

3- Misto

4- Não sabe

2.11. Idade na última hospitalização: \_\_\_\_\_ anos

Tipo de episódio (DSM-IV): 1- Mania

2- Depressão

3- Misto

4- Não sabe

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

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

2.13. Realizou ECT: 1- Sim 2- Não

Se sim, quantas séries: \_\_\_\_\_

2.14. Tentativa de suicídio: 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: \_\_\_\_\_

### 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 n° 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 (150min/semana):  
 1- Sim 2- Não

### 4. Tratamento

4.0. Psicoterapia atual: 1- Sim 2- Não  
 Se sim, há 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	
Biperideno (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	
Clonazepam (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	
Levomepromazina (Neozine)	Sim	Não	Sim	Não	
Lamotrigina (Lamictal)	Sim	Não	Sim	Não	
Metilfenidato (Ritalina)	Sim	Não	Sim	Não	
Mirtazapina (Remeron)	Sim	Não	Sim	Não	
Olanzapina (Zyprexa)	Sim	Não	Sim	Não	
Oxacarbazepina (Trileptal)	Sim	Não	Sim	Não	
Paroxetina (Aropax)	Sim	Não	Sim	Não	
Pimozida (Orap)	Sim	Não	Sim	Não	
Prometazina (Fenergan)	Sim	Não	Sim	Não	
Quetiapina (Seroquel)	Sim	Não	Sim	Não	
Risperidona (Risperdal)	Sim	Não	Sim	Não	
Sertralina (Zoloft)	Sim	Não	Sim	Não	
Sulpirida (Equilid, Sulplan)	Sim	Não	Sim	Não	
Topiramato (Topamax)	Sim	Não	Sim	Não	
Venlafaxina (Efexor)	Sim	Não	Sim	Não	
Ziprazidona (Geodon)	Sim	Não	Sim	Não	
Outros					

## 5. Histórico familiar de doença Psiquiátrica

- 1- Diagnóstico de Bipolar Validado
- 2- Internações Psiquiátricas
- 3- Uso de Lítio
- 4- Uso de Antipsicótico
- 5- Alucinações/“ficou louco”/Psicose
- 6- Suicídio
- 7- Tentativa de Suicídio
- 8- Álcool e Drogas
- 9- Depressão Unipolar
- 10- Transtorno de Ansiedade
- 11- Transtorno Alimentar
- 12- Transtorno de Personalidade
- 13- TDAH
- 14- Transtorno não Especificado

Parentes		Sim	Não	N/S	Histórico Psiquiátrico
Mãe					
Pai					
Irmãos Nº Total= ♂=      ♀=	♂				
	♀				
Filhos Nº Total= ♂=      ♀=	♂				
	♀				
Avó materna					
Avô materno					
Avó paterna					
Avô paterno					
Tios maternos Nº Total=					
Tios paternos Nº Total=					
Primos Maternos Nº Total=					
Primos Paternos Nº Total=					

5.1. Nº familiares de 1º grau acometidos por Transt. Bipolar Validado: \_\_\_\_\_ membros

5.2. Nº familiares de 1º grau acometidos por outras doenças psiquiátricas: \_\_\_\_ membros

#### 6- Fatores relacionados ao sexo

(Obs: Quando não corresponder, codificar para sexo masculino: 9- Não se aplica)

6.1. Considera sua vida sexual satisfatória:      1- Sim      2- Não      3- Não ativo

6.2. Número de parceiros(as) no último ano: \_\_\_\_\_  
1- Vários(as), não sabe referir o número de parceiros(as)

6.3. Uso regular de preservativo nas relações sexuais (sexo masculino):  
1- Sim      2- Não      3- Uso ocasional

6.4. Uso regular de método anticoncepcional (sexo feminino):  
1- Sim      2- Não      3- Uso ocasional

Se sim ou uso ocasional, qual(is): 1- Anticoncepcional oral (pílula)  
 2- DIU  
 3- Camisinha  
 4- Diafragma  
 5- Coito interrompido  
 6- Ligação Tubária  
 7- Vasectomia do marido  
 8- Tabela  
 10- Outro, qual: \_\_\_\_\_

6.5. Menarca: \_\_\_\_\_ anos

6.6. Gestações: \_\_\_\_\_

6.7. Partos normais: \_\_\_\_\_

6.8. Partos cesáreos: \_\_\_\_\_

6.9. N° de abortos: \_\_\_\_\_ Espontâneos  
 \_\_\_\_\_ Provocados

6.10. Menopausa: 1- Sim 2- Não  
 Se sim, em que idade: \_\_\_\_\_ anos.

6.11. Terapia de Reposição Hormonal atual: 1- Sim 2- Não

6.12. Sintomas Pré-menstruais: 1- Sim 2- Não

## 7. História de doenças clínicas atuais e passadas

7.1. Já apresentou alguma destas doenças, com diagnóstico médico:

	Sim	Não	Não sabe	Quando	Doença Clínica
1					Infecção SNC (poliomielite, encefalite, meningite)
2					Infecção frequente da garganta
3					Coma
4					Convulsão
5					Ferimento na cabeça com perda de consciência
6					Enxaqueca
7					Asma
8					Diabetes
9					Hipotireoidismo
10					Hipertireoidismo
11					Febre Reumática
12					AVC (Derrame cerebral)

13					Doença cardiovascular (HAS, arritmia, infarto...)
14					Obesidade/Sobrepeso
15					Dislipidemia (colesterol/triglicerídeos aumentados)
16					DST (sífilis, gonorréia, AIDS...)

7.1. Anotar os números correspondentes as linhas acima: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

7.2. É portador de alguma outra doença não perguntada?

Qual: \_\_\_\_\_

## 8- Desenvolvimento

8.1. Idade materna ao nascer: \_\_\_\_\_ (marcar 99 se não souber)

8.2. Intercorrência durante a sua gestação: (infecção, traumas...)

1- Sim      2- Não      3- Não sabe

Se sim, qual(is): \_\_\_\_\_

8.3. Uso materno de medicações/substâncias durante sua gestação:

Medicações: 1- Sim      2- Não      3- Não sabe

Se sim, qual(is): \_\_\_\_\_

Drogas ilícitas: 1- Sim      2- Não      3- Não sabe

Se sim, qual(is): \_\_\_\_\_

Cigarro: 1- Sim      2- Não      3- Não sabe

Álcool: 1- Sim      2- Não      3- Não sabe

8.6. Parto: 1-Normal      2- Cesareana

8.7. Complicação durante o nascimento:

Prematuridade: 1- Sim      2- Não      3- Não sabe

Circular de cordão: 1- Sim      2- Não      3- Não sabe

Uso de fórceps: 1- Sim      2- Não      3- Não sabe

8.8. Complicação após o nascimento necessitando hospitalização:

1- Sim      2- Não      3- Não sabe

8.9. Atraso no desenvolvimento psicomotor: (sentar, caminhar, falar...)

1- Sim      2- Não      3- Não sabe

ENTREVISTA INICIAL ( BASELINE )

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

RESULTADO DAS ESCALAS

SCID-I Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(grade de resposta em anexo)

SCID-II Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(grade de resposta em anexo)

HAM-A Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

1	2	3	4	5	6	7	<b>TOTAL PARCIAL</b>
8	9	10	11	12	13	14	<b>TOTAL</b>

HAM-D Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16	17	<b>TOTAL</b>

YMRS Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	<b>TOTAL</b>

BARRATT Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

Impulsividade Cognitiva /Atencional	
Impulsividade Motora	
Não Planejamento	
<b>TOTAL</b>	

WHOQOL-brief Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

Preenchimento completo ( Verificar )	
---	--

(escala em anexo – preenchida pelo paciente)

SHEEHAN-DIS Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

Trabalho / Escola
Vida Social
Vida Familiar / Lar

ASEX Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

	<b>PONTUAÇÃO</b>
Com Disfunção Sexual	
Sem Disfunção Sexual	

DUKE Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

Religiosidade Organizacional	
Religiosidade Não Organizacional	
Religiosidade Intrínseca	

CGI-BP Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

Severidade da Doença( 1- 7)	
Mania	
Depressão	
Global	

CGI Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

Severidade da Doença( 1-7)

GAF Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

--

SSQ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

Escala N	
Escala S	
<b>TOTAL</b>	

RESULTADOS DE EXAMES

RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Leucócitos Totais	Ht	Hb	Plaquetas
Glicemia	Colesterol Total	Triglicérides	Tempo Protrombina
TGO	TGP	GGT	FA
Creatinina	Uréia	TSH	T4 Livre
NS Lítio	NS AV	NS CBZ	Prolactina Sérica

RESULTADO DO ECG Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

---

---

---

---

RESULTADO DOS EXAMES DE IMAGEM Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

RESULTADO DA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_