



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL**

**CAMPUS PASSO FUNDO**

**CURSO DE MEDICINA**

**PAULO ROBERTO BERNARDI JÚNIOR**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM TRANSTORNO AFETIVO  
BIPOLAR EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO**

**PASSO FUNDO - RS**

**2019**

**PAULO ROBERTO BERNARDI JÚNIOR**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM TRANSTORNO AFETIVO  
BIPOLAR EM SERVIÇO ESPECIALIZADO**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul.

Orientador: Prof. Me. Darlan Martins Lara

**PASSO FUNDO - RS**

**2019**

**Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS**

Júnior, Paulo Roberto Bernardi  
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM TRANSTORNO  
AFETIVO BIPOLAR EM SERVIÇO ESPECIALIZADO / Paulo Roberto  
Bernardi Júnior. -- 2019.  
32 f.

Orientador: Mestre Darlan Martins Lara.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -  
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de  
Medicina, Passo Fundo, RS , 2019.

1. Transtorno Afetivo Bipolar. 2. Prevalência. 3.  
Passo fundo. 4. Epidemiologia. I. Lara, Darlan Martins,  
orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III.  
Título.

**PAULO ROBERTO BERNARDI JÚNIOR**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM TRANSTORNO AFETIVO  
BIPOLAR ATENDIDOS EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul.

Orientador: Prof. Me. Darlan Martins Lara

Esse Trabalho de Conclusão de Curso foi defendido e aprovado pela banca em:  
17/06/2019

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Vanderléia Laodete Pulga

---

José Afonso Correa da Silva

## RESUMO

Este volume trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação, desenvolvido como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo, pelo acadêmico Paulo Roberto Bernardi Junior sob orientação do Prof. M. Darlan Martins Lara. O trabalho está de acordo com as normas do Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS e com o regulamento do TCC e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFFS pelo parecer 2.910.912. Este volume é composto por 3 capítulos. O Primeiro é o projeto de pesquisa desenvolvido na disciplina de Pesquisa em Saúde, durante o primeiro semestre de 2018. O segundo refere-se ao relatório de pesquisa sobre o andamento e coleta de dados do projeto mencionado, desenvolvido na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I, durante o segundo semestre de 2018. O terceiro engloba o artigo científico elaborado a partir dos resultados do projeto em questão, desenvolvido na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, no primeiro semestre de 2019.

Palavras-chave: Transtorno afetivo bipolar. Epidemiologia. Psiquiatria.

## **ABSTRACT**

This volume is a Graduation Course, developed as a partial requirement to obtain a Bachelor's Degree in Medicine from the Federal University of the Southern Frontier (UFFS), Passo Fundo campus, by the academic Paulo Roberto Bernardi Junior under the guidance of the Prof. M. Darlan Martins Lara. The work is in accordance with the norms of the Manual of Academic Works of the UFFS and with the regulation of the TCC and was approved by the Committee of Ethics and Research with Human Beings of the UFFS for the opinion 2,910,912. This volume is composed of 3 chapters. The first is the research project developed in the discipline of Health Research during the first half of 2018. The second refers to the research report on the progress and data collection of the mentioned project, developed in the discipline of Conclusion Work of Course I, during the second semester of 2018. The third part covers the scientific article elaborated from the results of the project in question, developed in the Course of Completion Work Course II, in the first semester of 2019.

Keywords: Bipolar affective disorder. Epidemiology. Psychiatry.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>2 DESENVOLVIMENTO .....</b>	<b>09</b>
<b>2.1 PROJETO DE PESQUISA.....</b>	<b>09</b>
2.1.1 Resumo .....	09
2.1.2 Tema .....	09
2.1.3 Problema .....	10
2.1.4 Hipóteses .....	10
2.1.5 Objetivos .....	10
2.1.6 Justificativa.....	11
2.1.7 Referencial teórico .....	11
2.1.8 Metodologia .....	16
2.1.8.1 Tipo de estudo .....	16
2.1.8.2 População e amostragem .....	17
2.1.8.3 Período de realização.....	16
2.1.8.4 Coleta dos dados.....	17
2.1.8.5 Aspectos éticos .....	18
2.1.9 Recursos .....	19
2.1.10 Cronograma .....	18
2.1.11 Referências .....	20
2.1.12. Apêndices .....	23
2.1.12.1 Apêndice A .....	23
2.1.12.2 Apêndice B .....	24
2.1.12.3 Apêndice C .....	26
<b>2.2. RELATÓRIO DE PESQUISA.....</b>	<b>27</b>
2.2.1 Anexo A .....	28
<b>2.3 Artigo.....</b>	<b>31</b>
2.3.1 Resumo.....	31
2.3.2 Introdução.....	32
2.3.3 Metodologia.....	34
2.3.4 Resultados.....	35
2.3.5 Discussão .....	39
2.3.6 Referências.....	42

## 1 INTRODUÇÃO

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma das mais frequentes e importantes doenças psiquiátricas na população geral. Trata-se de uma afecção crônica, que pode se iniciar em qualquer idade (sendo mais comum o diagnóstico por volta dos 20 aos 30 anos). Causa impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes, além de grande carga para família e sociedade em geral (COSTA, 2008).

As características relacionadas ao transtorno bipolar é de ser fásico e episódico, parecido com os demais transtornos neurológicos e mentais (Post; Silberstein, 1994).

Existem episódios de remissão dos sintomas, que levam o paciente a eutimia, em que as alterações psicopatológicas intensas se tornam brandas. Os episódios, então, de depressão e de mania ocorrem delimitados pelo tempo. Na ciclotimia, muitos pacientes apresentam ao longo de suas vidas frequentes momentos de poucos e leves sintomas de característica depressiva, acompanhados em períodos variáveis de elevação de humor, ou seja, hipomania. Isso ocorre, sem que necessariamente o paciente demonstre episódios completos de mania e depressão. A distímia pode ser confundida com a depressão. E, a autoconfiança é uma característica encontrada na hipomania, episódios de sociabilidade excessiva e laboral, assim como a criatividade, também podem se fazer presentes. As pessoas, em geral, tendem a não perceber os sintomas, ou reconhecer como patológicos. Assim sendo, o paciente acaba não sendo levado ao tratamento correto (DALGALARRONDO, 2008).

A mania, a partir do momento em que apresenta sintomas psicóticos, é considerado grave, como sintomas de delírio de grandeza ou poder, delírios as vezes acompanhados de delírios místicos e alucinação tanto visual quanto auditiva, semelhante a esquizofrenia. Desse modo, o comportamento alterado do paciente fica evidente, com agitação e desinibição tanto sexual quanto social (DALGALARRONDO, 2008).

Para controle do TAB, é necessário tratamento medicamentoso contínuo. Sem os tratamentos atualmente disponíveis, os pacientes costumavam passar um quarto de sua vida adulta no hospital e metade dela com sérias limitações funcionais.



Medicamentos efetivos usados em combinação com a psicoterapia permitem que 75-80% dos pacientes portadores de TAB levem vida essencialmente normal. A eficácia do tratamento medicamentoso está diretamente relacionada à adesão ao mesmo (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009).

A farmacoterapia de manutenção pode não eliminar completamente recorrências de mania ou depressão, mas pode diminuir a frequência, a duração e a gravidade dos episódios de mania e depressão, diminuindo o sofrimento do paciente, a hospitalização e o custo e melhorando seu funcionamento psicossocial (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009).

O município de Passo Fundo - RS é carente de estudos que avaliem as características clínicas e epidemiológicas desta população. Por meio deste trabalho, pretende-se elucidar as características clínicas e sociais desses pacientes, através do banco de dados do *software* PAGU (sistema de informações do hospital) e, posteriormente, contribuir para um melhor manejo desses pacientes.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 PROJETO DE PESQUISA**

#### **2.1.1 Resumo**

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é considerado um transtorno crônico, caracterizado pela existência de episódios agudos e recorrentes de alteração patológica do humor. Sua clínica caracteriza-se por uma alternância de fases de depressão e de mania, cujo quadro pode ser confundido com outras doenças psiquiátricas, como depressão maior e esquizofrenia, tornando o diagnóstico difícil e, por vezes, demorado, o que acarreta em sofrimento para o portador e seus familiares. O presente projeto trata-se de um estudo de caráter quantitativo, observacional, transversal do tipo descritivo, que objetiva avaliar o perfil epidemiológico e clínico de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) em um serviço especializado na cidade de Passo Fundo – RS, a partir de dados secundários de um ambulatório especializado. Conhecendo o perfil dos pacientes, o serviço poderá utilizar as informações para qualificar a assistência, bem como, para possibilitar que se tracem estratégias de orientação à população e aos familiares e/ou estratégias de abordagem e intervenção para os portadores de TAB, através de palestras e eventos informativos. A amostra, não probabilística, selecionada por conveniência, será constituída por todos os pacientes atendidos no período de 01 janeiro a 31 de dezembro de 2014. Estima-se que para o período citado há em média 368 prontuários para análise. Os

dados serão coletados a partir de um sistema de prontuários eletrônicos do hospital diretamente para uma ficha de coleta, a ser realizado em uma sala privativa fornecida pelo hospital. Para análise dos dados, estes serão duplamente digitados em planilha eletrônica, para posterior análise estatística, que compreenderá distribuição absoluta e relativa das frequências das variáveis e será realizada no programa PSPP (distribuição livre). O estudo será realizado de novembro de 2018 a julho de 2019.

### **2.1.2 Tema**

Aumento do número de casos de Transtorno Afetivo Bipolar.

### **2.1.3 Problema**

Qual é a prevalência de transtorno afetivo bipolar em pacientes atendidos em um serviço especializado?

Quais as principais características de pacientes com transtorno afetivo bipolar?

### **2.1.4 Hipóteses**

A prevalência de diagnóstico será maior em jovens de 20 a 30 anos, não havendo diferença entre os sexos.

Pacientes portadores de Transtorno Afetivo Bipolar têm maiores índices de divórcios ou são solteiros.

A maioria dos pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar não possuem emprego fixo ou se encontram desempregados.

### **2.1.5 Objetivos**

Objetivo primário:

Verificar a prevalência de Transtorno Afetivo Bipolar em pacientes de serviço especializado.

Objetivo secundários:

Verificar o sexo e a idade em que houve o diagnóstico do transtorno afetivo bipolar.

Descrever características sociais dos portadores do Transtorno Afetivo Bipolar.

### **2.1.6 Justificativa**

Os conceitos de transtornos de humor e de personalidade sofreram diversas mudanças nas últimas décadas. De acordo com a história, esses conceitos foram construídos em paralelo, isto é, transtornos de humor e personalidade são considerados como transtornos independentes em relação ao diagnóstico, ao prognóstico e ao tratamento. Atualmente, novas propostas na conceituação nosológica desses transtornos levantaram a questão de uma possível sobreposição dessas entidades, tornando o diagnóstico diferencial entre esses transtornos muitas vezes difícil (CAMPOS *et al*, 2010).

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é caracterizado como uma doença crônica grave, recorrente. Tendo impacto na qualidade de vida dos portadores e suas famílias. A doença cursa com comorbidades, de cunho psiquiátrico e físico, somado à baixa adesão ao tratamento. Isso acarreta em pior prognóstico, uma vez que a adesão a medicação de forma eficaz é fundamental para o equilíbrio clínico e convívio social dos portadores, para isso, os fármacos utilizados devem ser adequados ao perfil de cada paciente (COSTA, 2008).

Neste sentido, desenhou-se esta proposta deste estudo que busca verificar a prevalência de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) entre pacientes de um serviço especializado, visando a melhor conhecer esta população e contribuir, com os resultados, na estruturação de ações e estratégias de abordagem a esta doença que tanto impacta os afetados, familiares e a toda a sociedade.

### **2.1.7 Referencial teórico**

O transtorno de humor, desde o período grego clássico, vem trazendo tentativas de classificação, sendo Hipócrates, o primeiro a descrever, de modo

separado, melancolia, paranoia e mania. No século I, a melancolia e a mania, foram classificadas como manifestações diferentes de um mesmo transtorno, tendo então, a primeira ideia do que hoje é compreendido como bipolaridade (CAMPOS, *et al.*, 2010).

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é considerado um transtorno crônico, caracterizado pela existência de episódios agudos e recorrentes de alteração patológica do humor. Sua patologia caracteriza-se por uma alternância de fases de depressão e de mania, podem ter o quadro parecido com outras doenças psiquiátricas como depressão maior e esquizofrenia, tornando o diagnóstico difícil e demorado, o que acarreta em sofrimento para o portador e seus familiares (BOARATI, 2010).

O transtorno costuma ter início na vida adulta, sem prevalência considerável sobre sexo, dificultando o diagnóstico por não haver semelhanças características para desencadear a doença. O reconhecimento do Transtorno Afetivo Bipolar, logo no início, evita que se instale comorbidades maiores, tendo características psicóticas como alucinação. Sabe-se que a demora no diagnóstico e o tratamento errôneo, como para depressão, piora os quadros de mania e depressão, e cursam para o desenvolvimento da neuroprogressão, um quadro em que a fisiopatologia e a neurobiologia se alteram para quadros cronificados, que já não respondem bem aos tratamentos farmacológicos de primeira linha, dificultando ainda mais o controle da doença (KAPCZINSKI; FREY; ZANNATO, 2004).

Ademais, o diagnóstico costuma ser tardio, principalmente em países de baixa renda, ou com falta de atendimento especializado nas redes percorrendo em média com 10 anos de demora em se fazer o devido diagnóstico. Período esse que acarreta em mudanças nos hábitos de vida do portador, função cerebral e consequências sociais, diminuindo sua qualidade de vida e sua relação com o meio externo (KAPLAN, *et al.*, 2016).

A baixa adesão ao tratamento, ainda tem como fator, os problemas de readaptação ao meio, que são feitos, muitas vezes, com um mau processo de integração a comunidade de origem. Sendo que, a falta de acompanhamento médico é uma das causas mais frequentes, associados a falta de atividade ocupacional e programas comunitários (TUCCI; CORRÊA; DALBEN, 2001).

Os portadores de TAB acabam por não ter um diagnóstico correto realizado, não só em ambientes de pesquisa, como também em ambientes clínicos (AKISKAL; *et al.*, 2005). Assim sendo, o tratamento correto não é realizado de forma efetiva.

A depressão no TAB se apresenta de maneira recorrente, sendo que 75% dos portadores apresentam mais de um episódio (KELLER; BOLLAND, 1998).

No DSM-V, o transtorno bipolar é categorizado em um capítulo único que inclui os seguintes diagnósticos: transtorno bipolar tipo I, transtorno bipolar tipo II, ciclotimia, dentre outros. Através do DSM-V, os critérios para o tipo I e II no transtorno maníaco-depressivo tiveram a inclusão do sintoma aumento de energia, como sintoma relevante para o seu diagnóstico. Somado a isso, o episódio misto foi retirado como caracterização diagnóstica. A partir de então, passaram a ser especificadores da doença, a presença de três ou mais sintomas do polo oposto, denominados de sintomas mistos. Manifestando-se em qualquer fase da doença bipolar. O transtorno bipolar tipo I inclui episódios de mania e/ou depressão. O transtorno bipolar tipo II requer de um ou mais episódios depressivos maiores e pelo menos um episódio hipomaníaco no decorrer da vida. Aproximadamente, 1% da população brasileira, é portadora de transtorno afetivo bipolar (ALMEIDA-FILHO, *et al.*, 1992).

A prevalência, através de estudos mais atuais, aponta para um número aproximadamente cinco vezes superior ao estimado, quando comparado com os da atualidade (AKISKAL, 1996).

O transtorno bipolar tipo II, por ser caracterizado como episódios depressivos, mais sobrepujante, que o maníaco, dando características próximas da unipolaridade, pode indicar, que haja casos de bipolaridade sem o diagnóstico específico, demonstrando que sua prevalência, fica subestimada, e requer atenção extra, por parte dos profissionais e equipes de saúde (ANGST, 2004).

Existe um padrão de característica hereditária da doença, pois filhos de pais com transtorno bipolar possuem um índice maior de portar a doença, do que filhos de pais não portadores (TRAMONTINA, *et al.*, 2009).

Devido ao fato do transtorno bipolar se apresentar de forma complexa, o tratamento costuma ser multifatorial, abrangendo os aspectos psicossociais e também aspectos biológicos. Portanto, torna-se necessária uma farmacoterapia direcionada, para cada paciente, visto que alguns remédios não são bem tolerados pelos pacientes, por promoverem aumento de peso, sonolência e demais sintomas, de cunho negativo. A terapia cognitiva comportamental é um alicerce importante para o tratamento, que tende a ser para toda vida do paciente (POMPILI, *et al.*, 2013).

Os fatores de risco para o suicídio em portadores do transtorno afetivo bipolar sobrepõem-se aos da população como um todo. Ter histórico na família, e já ter uma

tentativa prévia de suicídio, demonstram ser as variáveis preditivas mais significantes no que leva ao acometimento do suicídio. Em se tratando do transtorno afetivo bipolar tipo I, o grupo de maior risco são os homens, logo no início da manifestação dos sintomas. Somado a isso, ter alta hospitalar antes de três meses de internação e não estar com o devido tratamento, também são fatores associados a alto risco. Estima-se que o risco para cometer suicídio, chega de 20 a 30 vezes mais, do que no resto da população, sendo que as três causas de morte mais prevalente nos portadores de transtorno afetivo bipolar são o suicídio, doenças cardiovasculares e câncer (POMPILI, *et al.*, 2013).

O nível de desenvolvimento do país é um determinante para que os serviços médicos adequados sejam proporcionados aos portadores do transtorno afetivo bipolar. Quando comparada a população em geral, a utilização dos serviços relacionados a saúde mental, dentre outros profissionais relacionados a área da saúde, é significativamente maior para os pacientes com transtorno afetivo bipolar (MITCHELL, *et al.*, 2004).

A idade de início da doença apresenta diferenças significativas, quando se trata dos subtipos do transtorno. Pacientes com transtorno tipo I, tem seus sintomas manifestados, aproximadamente, 6 anos a menos, no que tange a mediana. Diante destes, a psicopatologia, mostra-se de modo semelhante, no primeiro episódio. A exceção se dá, através da psicose, que tem como idade de início 23 anos, quando comparada a mania, depressão e estados mistos, os quais englobam a faixa etária entre 25 a 28 anos (BALDESSARINI, *et al.*, 2010).

O viés de memória tem se mostrado a principal dificuldade, quando o assunto é a estimativa da idade em que se inicia o quadro, em estudos comunitários do tipo transversal. Por serem estudos retrospectivos (LIMA, *et al.*, 2005).

Os estudos comunitários demonstram que a idade em que se inicia o transtorno afetivo bipolar, se dá no fim da adolescência, e logo no início da idade adulta. A idade média no transtorno tipo I se deu na faixa etária de 18 anos, e 22 anos para portadores do transtorno do tipo II (WEISSMAN, *et al.*, 1991).

A média de início com adolescentes se deu em torno dos 18 anos (MERIKANGAS; PATO, 2009).

Nos Estados Unidos da América, o transtorno afetivo bipolar, tem associação com elevadas taxas de desemprego (BURNETT-ZEIGLER; BOHNERT; ILGE, 2013).

A renda familiar também é comprometida nos portadores do transtorno, significativamente. Podendo sugerir a incapacidade de manutenção do emprego, altos custos com medicação e dificuldade de conseguir um emprego (KAWAKAMI, 2012).

Destaca-se que os estados de depressão e mania não são considerados estados de humor opostos, mas sim, estados patológicos. Sendo que a agitação, mais associada ao estado maníaco, pode estar presente na depressão, bem como as atividades em demasia. De mesmo modo, a frustração, e nervosismo, ansiedade, irritabilidade podem se manifestar em estados maníacos. A mania, geralmente, vem após o estado depressivo (SIMS, 2001).

Circundando o transtorno bipolar, está o grupo dos transtornos esquizoafetivos, tendo na esquizofrenia seu maior exemplo. Também aparecem as psicoses cíclicas, epiléticas e alguns transtornos de personalidade, sendo o mais comum, o transtorno borderline (ALBERTO DEL-PORTO; ODDONE DEL-PORTO, 2005).

No Transtorno bipolar do tipo I, a prevalência achada em estudos populacionais, foi semelhante, no que diz respeito ao sexo dos indivíduos. E no transtorno bipolar tipo II, os mesmos resultados foram encontrados.

Em se tratando do Brasil, dados do São Paulo Megacity, foram entrevistados um pouco mais de 5 mil adultos, sendo que a prevalência do transtorno bipolar sem especificação foi de 2,1%. Na diferenciação do tipo de transtorno, o tipo I foi de 0,9% e o tipo II 0,2%. Em um estudo prospectivo, com objetivo de identificar a incidência, foi encontrada uma incidência de 1,97% para o transtorno tipo I. já para o transtorno de tipo II, foi encontrada uma incidência de 0,65%. A partir de três anos de acompanhamento (CHOU, *et al.*, 2013).

Inquéritos populacionais, dos Estados Unidos, apontam para uma taxa maior de indivíduos divorciados ou separados, e viúvos portadores de bipolaridade, quando comparados a pessoas casadas, ou que nunca casaram antes (MERIKANGAS; PATO, 2009).

Em um estudo Australiano, pessoas com transtorno bipolar, foram associadas a não estarem casadas, na respectiva data do estudo. Dentre as histórias em comum, o divórcio foi o consenso encontrado entre os estudos, não dependendo do estado civil do momento, nem a doença (WEISSMAN, *et al.*, 1991).

É possível que as tensões que ocorrem nas crises do transtorno, afetem diretamente o modo de relacionamento e interação, envolvendo o portador do transtorno, e seus respectivos cônjuges (MERIKANGAS, *et al.*, 2007).

Em todo o território nacional tem se observado que os transtornos do humor apresentaram um ligeiro aumento de percentual durante o período de 2008 a 2010, sendo responsáveis por quase um quarto das internações psiquiátricas em mulheres, neste período (PEREIRA *et al.*, 2012).

Destaca-se que, dentre os transtornos de humor, a principal causa de internação em ambos os sexos durante todo o período foram os transtornos bipolares (cerca de 60%), seguidos pelos depressivos (aproximadamente 20%) e episódios maníacos (em torno de 10%). Com relação às faixas etárias mais frequentes nas internações por esses transtornos em mulheres, destacam-se o intervalo dos 20 aos 49 anos e a faixa dos 50 a 59 anos (PEREIRA *et al.*, 2012).

As consequências relacionadas ao Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) incluem as de origem maníaca, em que o indivíduo se apresenta com pensamentos acelerados, desordenados, egomaníacos, e que põe em risco sua integridade biopsicossocial. Em contrapartida, sua manifestação depressiva, o indivíduo manifesta episódios antissociais, característicos da depressão, em que ocorre perda de interesse, disposição, energia, alterações do sono e apetite, e com frequência, ideações suicidas (DEL PORTO, 1999).

As internações no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido crescentes quando o assunto se refere a transtornos de humor. Principalmente devido ao diagnóstico tardio dessa patologia, a qual cronifica, gerando aumento dos quadros de mania e depressão, com quadros de delírio. O que leva ao aumento das internações e com isso, aumento dos gastos públicos com a doença (PEREIRA *et al.*, 2012).

## **2.1.8 Metodologia**

### **2.1.8.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal e descritivo.

### **2.1.8.2. Local e período de realização**

O presente estudo será realizado no Hospital da Cidade de Passo Fundo, RS. A coleta dos dados ocorrerá após a aprovação da proposta de estudo pelo Comitê de



Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal da Fronteira Sul, com previsão de ser realizada no período de novembro de 2018 a julho de 2019.

#### **2.1.8.3 População e amostragem**

A população abrange todos os pacientes atendidos no centro de atendimento especializado, ambulatório de psiquiatria, do Hospital da Cidade de Passo Fundo junto a Universidade Federal Fronteira Sul, RS.

A amostra, não probabilística, selecionada por conveniência, será constituída por todos os pacientes atendidos no período de 01 janeiro a 31 de dezembro de 2014. Estima-se que para o período citado há em média 368 prontuários para análise.

#### **2.1.8.4. Variáveis e instrumentos de coleta de dados**

Para a identificação dos pacientes com o diagnóstico de interesse (CID F31, correspondente a transtorno Afetivo Bipolar), será feita uma consulta ao sistema de informações hospitalares. Dos prontuários, serão coletados os seguintes dados: idade, sexo, raça, status marital, com quem reside, medicações em uso, idade ao diagnóstico, comorbidades, histórico de casos na família. Os dados serão transcritos em formulário específico (apêndice I).

Critérios de inclusão: pacientes com o diagnóstico de interesse, maiores de 18 anos de idade e de ambos os sexos.

A coleta de dados será realizada em uma sala reservada para estudos (biblioteca), privativa que garanta que no momento da coleta somente o pesquisador estará presente. situada no terceiro andar, junto a COREME (Coordenação de Residência Médica), no Hospital da Cidade de Passo Fundo. As coletas serão realizadas pelo orientando Paulo Roberto Bernardi Junior, em horários determinados pela equipe do hospital, de modo a não atrapalhar as atividades administrativas do mesmo.

#### **2.1.8.5. Processamento, controle de qualidade e análise estatística dos dados**

Os dados serão duplamente digitados em planilha eletrônica, para posterior análise estatística, que compreenderá distribuição absoluta e relativa das frequências das variáveis e será realizada no programa PSPP (distribuição livre).

#### **2.1.8.6. Aspectos éticos**

Após a ciência e concordância do Hospital da Cidade de Passo Fundo (HCPF), ao qual o ambulatório está vinculado, o protocolo do estudo será submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal da Fronteira Sul. A coleta de dados será iniciada somente após a aprovação do protocolo. Conhecendo o perfil dos pacientes, o serviço poderá utilizar as informações para qualificar a assistência, bem como, para possibilitar que se tracem estratégias de orientação à população e aos familiares e/ou estratégias de abordagem e intervenção para os portadores de TAB, através de palestras e eventos informativos.

**Riscos:** sendo os dados coletados de prontuário, existe o risco de identificação dos pacientes. Para minimizá-lo, os nomes serão substituídos por números. Caso o risco venha a se concretizar, o estudo será interrompido. Além disso, os pesquisadores assumem o compromisso de que somente a equipe de pesquisa terá acesso aos dados, exclusivamente, para os objetivos do estudo e, comprometem-se com a divulgação dos resultados unicamente de forma coletiva, mantendo a privacidade e a confidencialidade dos dados. Ainda assim, caso o risco se concretize, o estudo será interrompido.

**Benefícios:** dada à natureza do estudo, os benefícios não se darão de forma direta aos participantes e sim de forma geral para a comunidade. Pode-se citar como benefício uma melhor compreensão do perfil epidemiológico psiquiátrico da população de Passo Fundo, informação que o serviço poderá utilizar para qualificar a assistência e divulgá-las como forma de prevenção. Além disso, as informações poderão ser úteis à gestão do sistema de saúde, visando qualificar a atenção para esses casos e minimizar diagnósticos inadequados.

### 2.1.9. Recursos

Item	Unidade	Quantidade	Custo Unitário (R\$)	Custo Total (R\$)
Lápis	Lápis	2	1,50	3,00
Apontadores	Apontador	1	2,00	2,00
Borrachas	Borracha	1	5,00	5,00
Impressões	Impressão	1000	0,15	150,00
Pastas	Pasta	1	4,00	4,00
Xerox	Xerox	500	0,15	75,00
Encadernações	Encadernações	10	5,00	50,00
Pendrive	Pendrive	1	40,00	40,00
Canetas	Caneta	4	5,00	20,00
Total				349,00

Os custos serão arcados pelo pesquisador.

### 2.1.10 Cronograma

Atividades/Período	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Revisão de literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Coleta de dados					x	x	x					
Processamento e análise de dados								x	x			
Redação e divulgação dos dados										x	x	x

### 2.1.11 Referências

AKISKAL, H.S. The Prevalente Clinical Spectrum of Bipolar Disorders: Beyond DSM – IV. **J Clin Psychopharmacol** 16(Suppl. 1): 4-4, 1996

\_\_\_\_\_. et al. Agitated “unipolar” depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. **Journal of Affective Disorders**, California, USA. v. 85. n. 3. p. 245-258. 2005.

ALBERTO DEL-PORTO, J.; ODDONE DEL-PORTO, K. História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. **Rev. Psiq. Clín. supl**, v. 32, n. 1, p. 7–14, 2005.

ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E. et al. Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em Áreas Urbanas Brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Rev. ABP-APAL**;14(3):93-104, jul.-set. 1992.

ANGST, J. Bipolar Disorder: A Seriously Underestimated. Health Burden [editorial]. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci** 254: 59-60, 2004.

BALDESSARINI, R.J.; BOLZANI, L.; CRUZ, N.; JONES, P.B.; LAI, M.; LEPRI, B. Onset-age of bipolar disorders at six international sites. **J Affect Disord**. 2010;121(1-2):143-6.

BOARATI, M.A. e cols. **Transtorno bipolar na infância e na adolescência**. São Paulo: Editora Artmed, 2010.

BURNETT-ZEIGLER, I.; BOHNERT, K.M.; ILGE, M.A. Ethnic identity, acculturation and the prevalence of lifetime psychiatric disorders among Black, Hispanic, and Asian adults in the U.S. **J Psychiatr Res**.2013;47(1):56-63.

CAMPOS, R.N.; CAMPOS, J.A de O.; 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. São Paulo.

CHOU, S.P.; HUANG, B.; GOLDSTEIN, R.; GRANT, B.F. Temporal associations between physical illnesses and mental disorders: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). **Compr Psychiatry**. 2013;54(6):627-38.

COSTA, A.M.N. Bipolar disorder: burden of disease and related costs, **Rev. psiquiatr. clín.** 2008;35:3, São Paulo.

DEL PORTO, J.A. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 21(suppl):06-11, 1999.

DALGALARRONDO P.315-316 (2008). **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ª edição. Porto Alegre: Artemd.

KAPCZINSKI, F.; FREY, B.N.; ZANNATO, V. Fisiopatologia do Transtorno Afetivo Bipolar: o que mudou nos últimos 10 anos?. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 2004;26(Sulp III):17-21.

KAPLAN, J.T.; GIMBEL, S.I.; HARRIS, S. Neural correlates of maintaining one's political beliefs in the face of counterevidence. **Scientific Reports**, v. 6. Article number: 39589 (2016).

KAWAKAMI, N.; ABDULGHANI, E.A.; ALONSO, J.; BROMET, E.J.; BRUFFAERTS, R.; CALDAS, J.M. de A. Early-life mental disorders and adult household income in the World Mental Health Surveys. **BiolPsychiatry**. 2012;72(3):228-37.

KELLER, M.B.; BOLLAND, R.J. Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. **Biological Psychiatry**, 1998(44):348-360.

LIMA, M.S.; TASSI, J.; NOVO, I.P.; MARI, J.J. Epidemiologia do transtorno bipolar. **Rev Psiq Clin**. 2005;32Suppl 1:15-20.

MERIKANGAS, K.R.; AKISKAL, H.S.; ANGST, J.; GREENBERG, P.E.; HIRSCHFELD, R.M.; PETUKHOVA, M., et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. **Arch Gen Psychiatry**. 2007;64(5):543- 52.

MERIKANGAS, K.R.; PATO, M. Recent developments in the epidemiology of bipolar disorder in adults and children: magnitude, correlates, and future directions. **Clinical Psychology**. 2009;16(2):121- 33.

MIASSO, A.I.; MONTESCHI, M.; GIACCHERO, K.G. Transtorno Afetivo Bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.17 n.4 Ribeirão Preto July/Aug. 2009.

MITCHELL, P.B.; SLADE, T.; ANDREWS, G. Twelve-month prevalence and disability of DSM-IV bipolar disorder in an Australian general population survey. **Psychol Med**. 2004;34(5):777-85.

PEREIRA, P.K. et al. Transtornos mentais e comportamentais no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) no estado do Rio de Janeiro no período de 1999 a 2010. **Cad. Saúde Colet.**, 2012, Rio de Janeiro, 20 (4): 482-91  
 POST, R. M.; SILBERSTEIN, S. D. **Shared mechanisms in affective illness, epilepsy, and migraine**. *Neurology*, v. 44, supl. 7, S37-S47, 1994.

POMPILI, M.; GONDA, X.; SERAFINIA, G.; INNAMORATIA, M.; SHER, L.; AMORE, M. et al. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. **Bipolar Disorders**. 2013;15:457-90.

SIMS, A. **Sintomas da mente**: introdução à psicopatologia descritiva. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TRAMONTINA, J. F., et al. Genética e Transtorno Bipolar. In: KAPCZINSKI, F. QUEVEDO, J. (Orgs.). **Transtorno Bipolar**: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2009.

TUCCI, A.M.; CORRÊA, F.K.; DALBEN, I. Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla. **Rev Bras Psiquiatr**, v.23, n.2, p.79-87, 2001.

WEISSMAN, M.M.; BRUCE, M.L.; LEAF, P.J.; FLORIO, L.P.; HOLZER, C. Affective disorders. In: **Psychiatric disorders in America**: the epidemiologic catchment area study. Robins LN, Regier DA, editors. New York: Free press; 1991.

## 2.1.12 Apêndices

### APÊNDICE A

#### DADOS A SEREM PESQUISADOS EM PRONTUÁRIOS

Dados a serem pesquisados no prontuário					
<b>Nome do paciente:</b>			<b>Nº de atendimento:</b>		
<b>Data de entrada no serviço:</b>			<b>Data de saída do serviço:</b>		
<b>Idade __ anos</b>					
<b>Sexo</b>			Feminino ( )	Masculino ( )	Indeterminado ( )
<b>Tempo de diagnóstico (anos)</b>			__ anos e __ meses		
<b>Status marital</b>			Solteiro ( )	Casado ( )	Indeterminado ( )
<b>Ocupação</b>			Sim ( )	Não ( )	Indeterminado ( )
<b>Histórico familiar do transtorno</b>			Sim ( )	Não ( )	Indeterminado ( )
<b>Comorbidades associadas</b>			Se sim, qual _____	Não ( )	Indeterminado ( )
<b>Etnia</b>	Amarelo ( )	Branco ( )	Negro ( )	Pardo ( )	Indeterminado ( )
<b>Com quem convive:</b> _____					
<b>Medicamentos em uso: SIM ( ) NÃO ( )</b>					
<b>Se sim, qual?</b> _____					

## **APÊNDICE B**

### **SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TCLE**

#### **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO**

Esta pesquisa será desenvolvida por Paulo Roberto Bernardi Júnior, discente de graduação em bacharel em medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Passo Fundo, sob orientação do Professor Prof. Me. Darlan Martins Lara.

O objetivo central do estudo é: verificar a prevalência e o perfil clínico dos pacientes portadores de Transtorno Afetivo Bipolar, em um serviço especializado.

A importância das informações coletadas se deve à presença de fatores clínicos, sociodemográficos e farmacológicos capazes de transparecer os fatores em comum associados ao Transtorno Afetivo Bipolar, possibilitando a correlação, a partir dos resultados, objetivando-se uma melhor compreensão e manejo dos pacientes com transtorno afetivo bipolar.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações obtidas. Se, porventura, houver identificação do sujeito, o presente estudo será interrompido. Contudo, esse risco será minimizado, uma vez que o nome do paciente será convertido em um número de registro. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro.

As informações serão coletadas a partir de prontuários eletrônicos em ambulatório de serviço especializado em Passo Fundo - RS, as informações retiradas serão: idade, estado civil, sexo, etnia, com quem reside, ocupação, medicamentos em uso, tempo de diagnóstico, histórico de casos na família. Essas informações serão usadas para avaliar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos pacientes com transtorno afetivo bipolar.

A pesquisa trará como benefício a melhor compreensão do perfil dos pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar, para que se possa compreender melhor as características sociais e clínicas e adaptar o manejo desses pacientes, de acordo com



suas características.

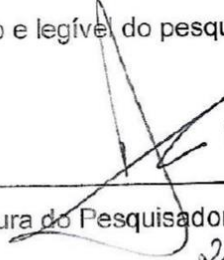
Os pacientes serão identificados por números e suas informações serão registradas, correspondendo a um número individual.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

Devido à importância da pesquisa e com base na Resolução CNS Nº 466 de 2012 - IV.8, solicito a dispensa da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas seguintes justificativas: 1) estudo quantitativo, do tipo transversal, descritivo. Onde serão avaliados os dados dos pacientes atendidos no centro de atendimento especializado, ambulatório do Hospital da Cidade, localizado em Passo Fundo - RS, através dos prontuários eletrônicos no sistema PAGU (sistema de informações do hospital) no período de 2014; 2) Impossibilidade de contato telefônico, uma vez que os dados armazenados podem estar desatualizados.

Passo Fundo, 05/08/2018

Nome completo e legível do pesquisador responsável:

  
Darlan Martins Lara  
Nefrologia e Clínica Médica  
CRM 20 087

---

Assinatura do Pesquisador Responsável  
2100018

## APÊNDICE C

### TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO

O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão obtidos;
- II. Assegurar que as informações única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Assinatura do orientador:

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large vertical stroke and a horizontal stroke with a loop, written over a horizontal line.

Assinatura do acadêmico:

Paulo RB Jr

## **Relatório de Pesquisa**

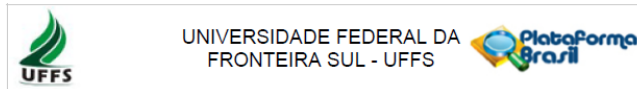
O projeto de pesquisa do trabalho de conclusão de curso, cujo o título é Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar Atendidos em Um Serviço Especializado, teve como objetivo obter dados da epidemiologia de pacientes com transtorno afetivo bipolar, realizado no Hospital da Cidade de Passo Fundo.

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal e descritivo. O projeto teve início em abril de 2018, com aprovação do Comitê de Pesquisa do Hospital da Cidade, atualmente referido como Hospital de Clínicas no mês de agosto e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da UFFS em setembro de 2018.

A coleta de dados foi iniciada em novembro de 2018. Será coletado dados de pacientes atendidos no ano de 2014. Até o atual momento foram coletados os dados de 42 pacientes. Percebe-se dificuldade em coletar os dados, devido ao mal preenchimento dos prontuários. O atual projeto deverá sofrer alterações, como adicionado o ano de 2015 e 2016 na coleta somado aos de dados de 2014 e serão obtidos para análise de dados e formação do perfil epidemiológico, com base em prontuários eletrônicos e transcritos em fichas. A coleta será feita no mês de novembro e dezembro de 2018 até janeiro de 2019.

O nome do hospital em questão mudou para Hospital de Clínicas de Passo Fundo. A coleta foi finalizada em fevereiro de 2019. Os objetivos do artigo foram identificar a prevalência e as características sociais, clínicas e farmacológicas de pacientes com transtorno bipolar.

## ANEXO A – parecer de aprovação do cep



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO

**Pesquisador:** Darlan Martins Lara

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 95958418.5.0000.5564

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.910.912

#### Apresentação do Projeto:

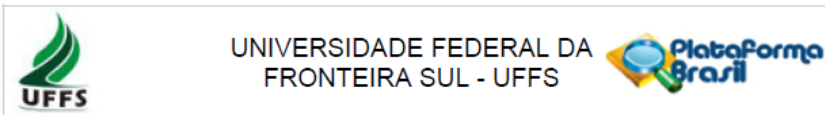
O pesquisador retomou o projeto com as modificações sugeridas como pendências para o resumo, mas não para o desenho.

Na carta de pendências o pesquisador escreve:

"Resposta da pendência 2: o item desenho na plataforma brasil e no projeto foi modificado de modo a explicar melhor a natureza do estudo, conforme o texto a seguir: Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal e descritivo. Os demais itens solicitados pelo relator do parecer estão contemplados no item metodologia da plataforma brasil e do projeto, conforme item de pendencia 3 abaixo."

Conforme as orientações do Comitê de Ética, com relação ao desenho, deve-se:

- Verificar se os pesquisadores informam a natureza do estudo: qualitativo ou quantitativo.
- Verificar se os pesquisadores informam e justificam o número de participantes da pesquisa (cálculo ou definição do tamanho da amostra).
- Verificar se os pesquisadores explicam como os participantes serão selecionados e convidados a participar da pesquisa.
- Verificar se os pesquisadores informam onde/como serão realizadas as coletas dos dados.
- Verificar se os pesquisadores informam como será realizada a devolutiva dos resultados aos participantes.



Continuação do Parecer: 2.910.912

Embora os itens citados apareçam em outras seções do projeto, é preciso explicitá-los no desenho.

**Objetivo da Pesquisa:**

O pesquisador respondeu satisfatoriamente às pendências

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Estão de acordo

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O pesquisador respondeu satisfatoriamente às pendências, faltando apenas complementar o desenho

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Estão de acordo

**Recomendações:**

- Rever Desenho conforme orientações da relatoria

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há impedimentos éticos ao desenvolvimento do estudo.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

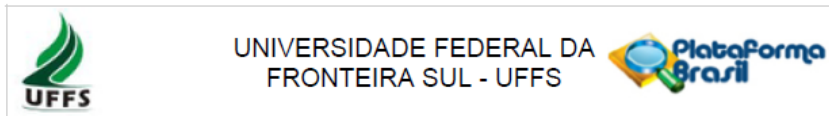
Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador”.

**Lembre-se que:**

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O



Continuação do Parecer: 2.910.912

não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.

3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

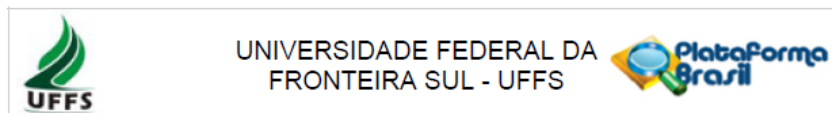
Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1195191.pdf	18/09/2018 11:15:15		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostodatada.pdf	18/09/2018 11:14:47	Darlan Martins Lara	Aceito
Outros	cartaderesposta.doc	14/09/2018 11:24:41	Darlan Martins Lara	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCCFINALPRONTOgustavo.doc	14/09/2018 11:24:03	Darlan Martins Lara	Aceito
Outros	autorizacaoparapesquisa.pdf	06/08/2018 20:53:10	Darlan Martins Lara	Aceito
Outros	apendice3digitalizadoacomdata.pdf	06/08/2018 20:51:10	Darlan Martins Lara	Aceito
Outros	apendiceifichadecoletadedados.pdf	06/08/2018 20:49:53	Darlan Martins Lara	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	SOLICITACAODEDISPENSADOTCLE.pdf	06/08/2018 20:47:04	Darlan Martins Lara	Aceito

Situação do Parecer:



Continuação do Parecer: 2.910.912

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 24 de Setembro de 2018

Assinado por:  
Valéria Silvana Faganello Madureira  
(Coordenador(a))

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM TRANSTORNO BIPOLAR ATENDIDOS EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO

Paulo Roberto Bernardi<sup>1</sup>  
Darlan Martins Lara<sup>2</sup>

### Resumo

As doenças psiquiátricas têm grande complexidade e enorme impacto individual, familiar e social. Dentre elas, o transtorno bipolar carece de elucidações e é motivo de estudos constantes. Este é um estudo transversal que objetivou identificar a prevalência e as características sociais, clínicas e farmacológicas de pacientes com transtorno bipolar, a partir da análise dos prontuários dos pacientes atendidos, nos anos de 2014 a 2016, em um ambulatório especializado e no Hospital das Clínicas de Passo Fundo - RS, que receberam o diagnóstico de transtorno bipolar (CID F31 e suas variantes F31.0 a F31.9). No período, foram atendidos 927018 pacientes, sendo que a amostra foi constituída por 300 deles (0.03%), que receberam o diagnóstico em estudo. A média de idade foi de  $42,81 \pm 13,92$  anos, variando de 18 a 87 anos; sendo a maioria de mulheres (69,33%); com o diagnóstico feito, em média, aos  $35,16 \pm 13,18$  anos, variando de 14 a 75 anos. O observou-se predomínio de brancos (93,33%) e solteiros (65,33%), que exercem uma atividade laboral 204 (68,0%). Em relação à medicação, 279 indivíduos (93%) fazem uso de drogas psicoativas, sendo o ácido valpróico ou seus derivados, a droga de maior uso (59%). Constata-se que não há um tratamento padronizado e sim individualizado, conforme o perfil de cada paciente, contudo, as drogas mais recentes e não disponíveis na rede pública são raramente utilizadas. Este trabalho permite conhecer melhor a população atendida no serviço e as condutas mais frequentes, de modo a instigar novos estudos, especialmente, no que se refere à abordagem terapêutica do transtorno bipolar.

Palavras-chave: Transtorno Bipolar. Epidemiologia. Perfil de saúde. Tratamento farmacológico.

---

<sup>1</sup> Discente do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo.

<sup>2</sup> Orientador. Mestre em Ciências Médicas pela UFRGS. Docente do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo.

## Introdução

O Transtorno Bipolar (TB) é uma das mais frequentes e importantes doenças psiquiátricas na população geral. Trata-se de uma doença crônica, que pode se iniciar em qualquer idade, sendo mais comum o diagnóstico por volta dos 20 aos 30 anos. Ele causa um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes, além de grande carga para família e sociedade em geral<sup>1</sup>. Estudos demonstram que a idade em que se inicia o transtorno bipolar se dá no final da adolescência ao início da vida adulta<sup>2</sup>.

Esta doença caracteriza-se por uma alternância entre fases de depressão e de mania, que podem simular outras doenças psiquiátricas, como a depressão maior e a esquizofrenia, tornando o diagnóstico difícil e demorado, o que acarreta em sofrimento para o portador e seus familiares<sup>3</sup>. Neste sentido, os portadores de TB acabam por não ter um diagnóstico correto realizado, não só em ambientes de pesquisa, como também em ambientes clínicos<sup>4</sup>.

O transtorno bipolar se apresentar de forma complexa e multifatorial, abrangendo os aspectos psicossociais e biológicos. Assim, torna-se necessária uma farmacoterapia direcionada individualmente, considerando, ainda, que algumas drogas não são bem toleradas pelos pacientes ou acarretam efeitos adversos, como aumento de peso, sonolência e outros sintomas negativos<sup>5</sup>. Adicionalmente, a terapia de manutenção pode não eliminar completamente as recorrências de mania ou de depressão, mas pode diminuir a frequência, a duração e a gravidade desses episódios, minimizando o sofrimento do paciente e reduzindo a hospitalização e o custo, melhorando seu funcionamento psicossocial<sup>6</sup>.

Atualmente, diferentes fármacos e classes medicamentosas entraram no espectro de tratamento do transtorno bipolar, ainda assim, o lítio continua a ser considerado como a primeira opção, para as fases agudas<sup>7</sup>. O ácido valpróico, e seus derivados, e a carbamazepina, bem como, outros anticonvulsivantes têm sido amplamente utilizados. Antipsicóticos atípicos como aripiprazol, clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprazidona também tem sido utilizados com resultados positivos na prática clínica, associados ou em monoterapia<sup>8</sup>.

Pacientes em fase maníaca costumam apresentar necessidade de sono reduzida, e podem apresentar-se descansados após poucas horas de sono, até mesmo não dormindo durante vários dias consecutivos. A diferença entre a diminuição



da necessidade de sono para a insônia reside no fato de que na insônia o indivíduo quer dormir, mas, não consegue. Com frequência os benzodiazepínicos são receitados para promover o sono<sup>9</sup>.

Nos Estados Unidos da América (EUA), o transtorno afetivo bipolar, tem associação com elevadas taxas de desemprego<sup>10</sup>, fazendo com que a renda familiar seja comprometida, podendo sugerir a incapacidade de manutenção do emprego, altos custos com medicação e dificuldade de conseguir um novo emprego<sup>11</sup>.

Inquéritos populacionais, nos EUA, apontam para uma taxa maior de indivíduos divorciados ou separados e viúvos portadores de bipolaridade, quando comparados a pessoas casadas, ou que nunca se casaram<sup>12</sup>. Estudo Australiano reforça a ideia de que pessoas com transtorno bipolar se associam a não estarem casadas. Dentre as histórias em comum, o divórcio foi o consenso encontrado entre os estudos, não dependendo do estado civil do momento, nem a doença<sup>2</sup>. É possível que as tensões que ocorrem nas crises do transtorno, afetem diretamente o modo de relacionamento e interação, envolvendo o portador do transtorno, e seus respectivos cônjuges<sup>13</sup>.

Em todo o território nacional, tem-se observado que os transtornos do humor apresentaram um ligeiro aumento de percentual durante o período de 2008 a 2010, sendo responsáveis por quase um quarto das internações psiquiátricas em mulheres. Neste período, dentre os transtornos de humor, a principal causa de internação, em ambos os sexos, foram os transtornos bipolares (cerca de 60%), seguidos pelos depressivos (aproximadamente 20%) e episódios maníacos (em torno de 10%). Com relação às faixas etárias mais frequentes nas internações por esses transtornos em mulheres, destacam-se o intervalo dos 20 aos 49 anos e a faixa dos 50 a 59 anos<sup>14</sup>.

Existe um padrão de característica hereditária da doença, uma vez que filhos de pais com transtorno bipolar possuem um índice maior de portar a doença, do que filhos de pais não portadores<sup>15</sup>. A relação fenotípica dos indivíduos (sexo masculino e feminino), não demonstra prevalência estatística significativa entre eles<sup>16</sup>.

O objetivo do presente estudo foi identificar a prevalência e as características sociais, clínicas e farmacológicas de pacientes diagnosticados com transtorno bipolar atendidos no serviço, a fim que possa melhor conhecer esta população e, deste modo, contribuir com novas abordagens terapêuticas e de acompanhamento aos mesmos.

## Métodos

Trata-se de um estudo transversal descritivo, realizado junto ao ambulatório de psiquiatria, do Hospital das Clínicas de Passo Fundo, junto a Universidade Federal da Fronteira Sul, RS. Os dados foram coletados de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019, por meio de uma amostra não probabilística, selecionada por conveniência. Foram analisados os dados de prontuários eletrônicos no período de 1 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2016, de todos os pacientes com 18 anos ou mais, independente do sexo, que receberam o diagnóstico de transtorno bipolar, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), registrado no atendimento.

Nessa classificação, o transtorno bipolar é categorizado em dez formas diferentes, são elas: F31.0 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaníaco; F31.1 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos; F31.2 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos; F31.3 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado; F31.4 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos; F31.5 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos; F31.6 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto; F31.7 - Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão; F31.8 - Outros transtornos bipolares e F31.9 - Transtorno afetivo bipolar, não especificado (OMS, 1993). Trata-se de uma classificação por episódios dentro da classificação mais geral; transtorno afetivo bipolar (F31). No estudo não foram diferenciados os pacientes em classificações como bipolar tipo I ou tipo II.

As variáveis coletadas incluíram: idade, sexo, etnia, status marital, com quem reside, ocupação, medicações em uso, idade ao diagnóstico, comorbidades presentes e histórico de transtornos mentais na família. Adicionalmente, foi coletado, ano a ano, o número de consultas ambulatoriais e no serviço de emergência, os casos de internações e o número de dias em que ficaram internados.

No período estipulado, encontrou-se 300 prontuários de pacientes com o diagnóstico em estudo, os quais tiveram suas informações coletadas e organizadas em planilha com o auxílio do EpiData 3.1, que, posteriormente, foram digitados em duplicata com o auxílio do software estatístico R-project, versão 3.5.3. Após reunir as informações e organizá-las, foi realizada uma análise dos dados com a finalidade de

responder aos questionamentos e hipóteses levantadas. As variáveis não numéricas são apresentadas em tabelas com frequência e percentual, já as variáveis numéricas são apresentadas em tabelas com as medidas de média e de dispersão.

## Resultados

A análise dos 300 casos demonstra que a população foi formada por 208 mulheres (69,33%) e 92 homens (30,67%). A idade média foi de  $42,81 \pm 13,92$  anos e a idade em que ocorreu o diagnóstico foi de  $35,16 \pm 13,18$  anos. Quanto à etnia: 93,33% são brancos, 2,33% pardos, 1,33% negros e 2,67% não consta esta informação. Em relação ao status marital, 65,33% são solteiros e 34% são casados. Considerando a ocupação, 68% possuíam emprego e 30,33% não possuíam. A informação referente à com quem estes indivíduos coabitavam era indisponível em um número significativo de prontuários (81,0%), razão pela qual não será discriminada. (Tabela 1).

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas da amostra. HCPF, Passo Fundo-RS. n=300

Variável		(n)	(%)
Sexo	Feminino	208	69,33
	Masculino	92	30,67
Idade (média $\pm$ dp)	anos	42,81	$\pm 13,92$
Idade ao diagnóstico (média $\pm$ dp)	anos	35,16	$\pm 13,18$
Etnia	Branco	280	93,33
	Pardo	7	2,33
	Negro	4	1,33
	Amarelo	1	02,33
	Indeterminado ou não consta	8	2,67
Status Marital			

	Solteiro	196	65,33
	Casado	102	34,0
	Indeterminado ou não consta	2	0,67
Ocupação	Sim	204	68,0
	Não	91	30,33
	Indeterminado ou não consta	3	1,67

Em se tratando de histórico familiar de transtornos mentais, 8,33% dos pacientes analisados apresentava alguma doença mental associada na família, sendo que desses, apenas 1,67% tinha familiar com transtorno bipolar diagnosticado. Em relação a comorbidades associadas, 39,33% dos pacientes possuíam ou tiveram algum tipo de afecção. Em se tratando das variáveis da CID e o modo como os pacientes se manifestavam no momento, a classificação F31.6 correspondeu a maioria dos pacientes, com (28,33%), seguidos pela F31 (19,67%), F31.0 (11%), f31.3 (11%), f31.7 (9,33%), F31.2 (5%), F31.5 (4,67%), F31.9 (2,33%), F31.1 (2%), F31.8 (1%). Dos pacientes analisados, 93% fazem uso de pelo menos um medicamento (tabela 2).

Tabela 2. Análise descritiva das variáveis clínicas. n=300.

Variável		(n)	(%)
Histórico Familiar	Transtornos mentais	25	8,33
	Transtorno bipolar	5	1,67
	Não	13	4,33
	Indeterminado ou não consta	257	85,67
Comorbidade	Sim	118	39,33
	Não	12	4,0
	Indeterminado ou não consta	170	56,67
CID	F31 - Transtorno bipolar	59	19,67
	F31.0 – TB, episódio atual hipomaníaco	33	11,0

F31.1 – TB, episódio atual sintomas psicóticos	6	2,0
F31.2 – TB, episódio atual maníaco com psicose	15	5,0
F31.3 – TB, episódio atual depressivo leve / moderado	33	11,0
F31.4 – TB, episódio atual depressivo grave sem psicose	17	5,67
F31.5 – TB, episódio atual depressivo grave com psicose	14	4,67
F31.6 – TB, episódio atual misto	85	28,33
F31.7 - TB, atualmente em remissão	28	9,33
F31.8 – Outros TB	3	1,0
F31.9 – TB, não especificado	7	2,33
Medicamentos Sim	279	93,0
Psicoativos Indeterminado ou não consta	21	7,0

Em relação aos medicamentos usados, foram selecionados os medicamentos da classe dos antipsicóticos, anticonvulsivantes e o lítio, devido ao seu uso como estabilizadores de humor em pacientes com transtorno bipolar. o percentual do valproato de sódio foi de (29,33%), o do ácido valproico foi de (22,33%), o da quetiapina (23%), oxcarbamazepina (14%), carbonato de lítio (25%), risperidona (17,33%), topiramato (10,33%), divalproato de sódio (7,33%), olanzapina (7%), haloperidol (6,67%), clozapina (1,33%) foram selecionados os medicamentos da classe dos antipsicóticos, anticonvulsivantes e o lítio (Tabela 3).

Tabela 3: Estabilizadores de humor utilizados. n=300

Variável	(n)	(%)
Ácido valpróico, valproato ou divalproato de sódio	177	59.00
Quetiapina	69	23.00
Oxcarbamazepina	42	14.00
Carbonato de lítio	75	25.00
Risperidona	52	17.33
Topiramato	31	10.33

Olanzapina	21	7.00
Haloperidol	20	6.67
Clozapina	4	1.33

A média de consultas ambulatoriais dos pacientes com diagnóstico de TB, em 2014, foi de 4,33; em 2015, de 2,44; e em 2016, de 3,29. A média de atendimentos na emergência, em 2014, foi de 4,33; de 3,60, em 2015; e de 1,40, em 2016. Quando se trata das quantidades de internações, em 2014, a média foi de 1,28; em 2015, foi de 1,54; e em 2016, 1,59. Os dias de internação em 2014, teve média de 21,0; em 2015, de 20,31; e em 2016, 28,54. (Tabela 4).

Tabela 4: dados referentes aos atendimentos da população com diagnóstico de transtorno bipolar. HCPF.

Ano	Variável	Média	Desvio padrão
2014	Consultas ambulatoriais	2,41	2,31
	Atendimentos na emergência	4,33	2,42
	Quantidade de internações	1,28	0,96
	Dias de internação	21,0	42,0
2015	Consultas ambulatoriais	2,44	2,36
	Atendimentos na emergência	3,60	5,81
	Quantidade de internações	1,54	1,04
	Dias de internação	20,31	20,92
2016	Consultas ambulatoriais	3,29	4,41
	Atendimentos na emergência	1,40	0,82
	Quantidade de internações	1,59	0,95
	Dias de internação	28,54	34,60

## Discussão

O transtorno bipolar tem como diagnóstico diferencial diversas doenças, que conforme se transita entre mania, hipomania e depressão. Devido a essa proximidade diagnóstica com outras doenças, o transtorno bipolar costuma ter seu diagnóstico tardio, sendo compreendido entre os 20 e 30 anos<sup>1</sup>. Os dados encontrados confirmam esse diagnóstico tardio, podendo inferir-se a dificuldade diagnóstica descrita na literatura. Um diagnóstico precoce possibilitaria oferecer um melhor suporte e tratamento para os pacientes.

O tratamento do transtorno bipolar não tem uma classe farmacológica única, nem um remédio padrão. O tratamento é complexo e envolve, além da farmacologia, terapias psicológicas e biológicas<sup>5</sup>. Dentre a classe de remédios mais efetivas e com comprovação clínica de melhora para controle e manutenção do transtorno bipolar, enquadra-se os anticonvulsivantes, antipsicóticos e o lítio<sup>7,8</sup>.

O lítio foi o primeiro fármaco descoberto com potencial de tratar os pacientes com transtorno bipolar. mesmo sendo o mais antigo, e ter surgido fármacos modernos, o lítio ainda é primeira escolha para episódios de mania<sup>7</sup>.

No presente estudo, a classe de medicamentos mais usada foi a dos anticonvulsivantes. Seu uso totalizou 219 fármacos utilizados, com o valproato de sódio, o mais prevalente, sendo utilizado por 88 pacientes, seguido pelo ácido valpróico, com 67 pacientes em uso. Dentre os antipsicóticos, foram verificados 197 fármacos da classe, sendo o mais prevalente a quetiapina, com 69 pacientes em uso, seguido pela risperidona, com 52 pacientes em uso. Mesmo com ascensão de um novo arsenal terapêutico, o lítio continua sendo amplamente utilizado, com 75 pacientes em uso. A análise feita, não compreendeu a associação entre os fármacos de diferentes classes. O uso de antidepressivos é controverso na literatura, não se enquadram como estabilizadores de humor e elevam os riscos de provocar uma virada maníaca. Entretanto, 149 pacientes estavam sob uso de pelo menos 1 fármaco desta classe.

A necessidade de sono reduzida costuma ser uma característica do transtorno bipolar principalmente no que tange a fase maníaca<sup>9</sup>. O uso de benzodiazepínicos

frequentemente é receitado, e os achados não foram diferentes, sendo a classe farmacológica estando em uso por 147 pacientes.

A taxa de desemprego de pacientes com transtorno bipolar costuma ser elevada<sup>10</sup>. Existem fortes indícios, de que as características clínicas associadas ao transtorno bipolar impactem, de modo significativo, na manutenção de empregos, devido a potenciais crises, tanto maníaco, quanto depressivas<sup>11</sup>.

Na variável ocupação, constata-se um expressivo número de pacientes desempregados (30,33%). O que corrobora com a tese de dificuldade em arrumar um emprego ou fazer a manutenção do mesmo.

Estudos apontam a índices elevados de divórcio em pacientes com transtorno bipolar, bem como uma expressiva parte destes, encontrarem-se solteiros. Atribui-se esses índices a crises relacionadas ao transtorno, com turbulência e incapacidade de manter relações saudáveis<sup>2,12,13</sup>. Os achados da pesquisa, relacionados ao status marital, demonstram que 65,33% dos pacientes portadores de transtorno bipolar encontravam-se solteiros. Um número expressivo que vai ao encontro da ideia de que estes pacientes têm dificuldades de ter e/ou manter um relacionamento afetivo de longo prazo. Vale destacar que a maioria dos pacientes expressa o CID F31.6, que caracteriza episódios mistos, que evidencia a inconstância clínica, o que pode refletir diretamente no modo como se dá os relacionamentos interpessoais.

Apesar de haver forte associação genética em torno do transtorno bipolar e seu caráter hereditário<sup>15</sup>. Apenas 1,67% dos pacientes tinham familiares portadores do transtorno bipolar.

Estudos apontam que não há prevalência de sexo entre os indivíduos, sendo homens e mulheres equivalentes<sup>16</sup>. Contrariamente ao esperado, a análise dos pacientes demonstra que as mulheres formam 69,33% dos pacientes diagnosticado com transtorno bipolar.

Há falta de informações na literatura no que diz respeito à etnia dos portadores do transtorno bipolar. Contudo, na amostra selecionada, 93,33% das pessoas foram declaradas como brancas. Levanta-se a questão de que os achados possam estar relacionados com a doença em questão, ou se houve algum viés. Mais estudos são necessários para melhor elucidação deste tópico.



Transtorno bipolar sabidamente vem acompanhado de comorbidades, muitas delas associadas a medicações, que promovem aumento de peso, dislipidemia, e aumenta as chances de eventos cardiovasculares. Na análise em questão, 118 pacientes apresentaram algum tipo de comorbidade, entretanto não foi possível fazer associações entre elas, O desenho de estudo transversal não permite em geral identificar a temporalidade dos fatos, o que dificulta o estabelecimento de relações causais.

A variável para analisar com quem o paciente convive carece de informações registradas em prontuários. Das informações levantadas com alguma relevância, 5,67% dos pacientes moram com esposo e filhos, e 4,67% moram apenas com os filhos.

O número de atendimento médicos relacionados ao transtorno bipolar vem crescendo no Brasil consideravelmente<sup>14</sup>. Na análise feita, o resultado não foi diferente, mostrando um crescimento no número de consultas realizadas de forma crescente de 2014 a 2016. Chama a atenção que houve uma maior média de internação hospital com o decorrer dos anos, o que pode significar em sinal de agravamento dos quadros clínicos, como também pode ser uma melhor compreensão a cerca da doença, já que cursa com um aumento do número de atendimentos e queda do número de emergências.

## Referências

1. Costa AMN. Bipolar disorder: burden of disease and related costs, Rev. psiquiatr. clín. São Paulo, 2008;35(3):104-110.
2. Weissman MM, Bruce ML, Leaf PJ, Florio LP, Holzer C. Affective disorders. In: Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study. Robins LN, Regier DA, editors. New York: Free press; 1991.
3. Boarati MA e cols. Transtorno bipolar na infância e na adolescência. São Paulo: Editora Artmed; 2010.
4. Akiskal HS, et al. Agitated “unipolar” depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. Journal of Affective Disorders, California, USA, 2005;85(3):245-258.
5. Pompili M, Gonda X, Serafinia G, Innamorata M, Sher L, Amore M, et al. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. Bipolar Disorders. 2013;15:457-90.
6. Miasso AI, Monteschi M, Giacchero KG. Transtorno Afetivo Bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto July/Aug. 2009;17(4): 548-566.
7. Rosa AR, et al. Tratamento farmacológico do transtorno bipolar. In: Kapczinski F, Quevedo J. (Orgs.). Transtorno Bipolar: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed; 2009.
8. Moreno RA, et al. Anticonvulsivantes e antipsicóticos no tratamento do transtorno bipolar. Rev. Bras. Psiquiatr. 2004;26(s. III):37-43.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. ed. (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

10. Burnett-Zeigler I, Bohnert KM, Ilge MA. Ethnic identity, acculturation and the prevalence of lifetime psychiatric disorders among Black, Hispanic, and Asian adults in the U.S. *J Psychiatr Res.* 2013;47(1):56-63.
11. Kawakami N, Abdulghani EA, Alonso J, Bromet EJ, Bruffaerts R, Caldas JM de A. Early-life mental disorders and adult household income in the World Mental Health Surveys. *BiolPsychiatry.* 2012;72(3):228-37.
12. Merikangas KR, Pato M. Recent developments in the epidemiology of bipolar disorder in adults and children: magnitude, correlates, and future directions. *Clinical Psychology.* 2009;16(2):121-33.
13. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(5):543-52.
14. Pereira PK, et al. Transtornos mentais e comportamentais no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) no Estado do Rio de Janeiro no período de 1999 a 2010. *Cad. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, 2012;20(4):482-91.
15. Tramontina JF, et al. Genética e Transtorno Bipolar. In: Kapczinski F, Quevedo J. (Orgs.). *Transtorno Bipolar: teoria e clínica.* Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Lima MS, Tassi J, Novo IP, Mari JJ. Epidemiologia do Transtorno Bipolar. *Rev. Psiq. Clin.* 2005;32(1):15-20.