

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA**

**SUL CAMPUS PASSO FUNDO**

**CURSO DE MEDICINA**

**BÁRBARA RANGEL RODRIGUES**

**TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO  
DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO NORTE  
DO RIO GRANDE DO SUL**

**PASSO FUNDO, RS**

**2023**

**BÁRBARA RANGEL RODRIGUES**

**TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO  
DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO NORTE  
DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Curso de Graduação apresentado como requisito parcial para a obtenção de grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo - RS.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Renata dos Santos Rabello

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Ma. Bruna Chaves Lopes

**PASSO FUNDO, RS**

**2023**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Rodrigues, Bárbara Rangel  
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: PERFIL CLÍNICO  
EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE  
REFERÊNCIA NO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL / Bárbara  
Rangel Rodrigues. -- 2023.  
70 f.

Orientadora: Doutora Renata dos Santos Rabello  
Co-orientadora: Mestre Bruna Chaves Lopes  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -  
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de  
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo,RS, 2023.

1. Saúde Mental. 2. Transtorno Afetivo Bipolar. 3.  
Perfil Epidemiológico. I. Rabello, Renata dos Santos,  
orient. II. Lopes, Bruna Chaves, co-orient. III.  
Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

**BÁRBARA RANGEL RODRIGUES**

**TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO  
DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO NORTE  
DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Curso de Graduação apresentado como requisito parcial para a obtenção de grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo - RS.

Este Trabalho de Curso foi defendido e aprovado pela banca em:

28/11/2023

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Renata dos Santos Rabello - UFFS  
Orientadora

---

Prof. Me. Rogerio Tomasi Riffel  
Avaliador

---

Prof. Esp. Patricia Chedid Danna  
Avaliador

## **AGRADECIMENTOS**

Meu mais especial agradecimento a minha família por ter me dado a oportunidade de ter acesso à educação - e esse foi o maior presente que poderiam ter me dado na vida. Além disso, agradeço meus amigos, em especial minha melhor e mais antiga amizade, Laís. Muito obrigada por sempre dizer que sou capaz e me incentivar até quando tudo parece estar perdido.

Além disso, gostaria de agradecer meus professores de psiquiatria Bruna, Rogério e Patrycia por terem plantado uma semente em minha alma sobre a especialidade a ser escolhida, que tem tudo a ver com esse Trabalho de Curso. Por fim, quero agradecer minha orientadora Renata e coorientadora Bruna pela paciência, prestatividade e disponibilidade ao longo desses semestres de construção desse trabalho.

## APRESENTAÇÃO

Trata-se de um Trabalho de Curso (TC) de Graduação, elaborado pela acadêmica Bárbara Rangel Rodrigues, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo – RS, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Renata dos Santos Rabello e coorientação da Prof<sup>a</sup> Ma. Bruna Chaves Lopes. Está em conformidade com as normas do Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS e com o Regulamento de TC do Curso, sendo composto pelo projeto de pesquisa, relatório de atividades e artigo científico, tendo sido desenvolvido ao longo de três semestres do curso de Medicina da UFFS. O primeiro capítulo consiste no projeto de pesquisa, desenvolvido no componente curricular (CCr) de Trabalho de Curso I, no segundo semestre de 2022. O segundo capítulo consiste no relatório de pesquisa, compreendendo os detalhes ocorridos desde a conclusão do projeto de pesquisa até a finalização da coleta de dados, no primeiro semestre de 2023 e, aborda temas como os trâmites éticos, a coleta de dados, sua análise e compilação no artigo final, tendo sido desenvolvido no CCr de Trabalho de Curso II. O terceiro capítulo, elaborado no CCr de Trabalho de Curso III no segundo semestre de 2023, traz o artigo científico, produzido a partir da aplicação prática do projeto de pesquisa, por meio da coleta e análise estatística dos dados encontrados. Consta, pois, de um estudo, quantitativo, observacional, do tipo transversal, descritivo, desenvolvido no Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes, situado no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul.

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar atendidos em um hospital no norte do Rio Grande do Sul. **Métodos:** Estudo do tipo transversal e descritivo, realizado em um hospital terciário na cidade de Passo Fundo – RS a partir da análise dos prontuários dos pacientes atendidos no período de dezembro de 2019 a dezembro de 2021, que receberam o diagnóstico de transtorno bipolar (CID F31 e suas variantes F31.0 a F31.9). Foram coletados dados sociodemográficos, clínicos e de atendimento. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas (n) e relativas (%). Foram utilizados os softwares EpiData e PSPP para transcrição e análise de dados. **Resultados:** A amostra da pesquisa foi composta por 137 pacientes. A maioria era do sexo feminino (67,2%), média de idade de 45,45 ( $\pm 12,39$ ) anos. Em relação à etnia, a maioria são brancos (92,7%), e 25,5% não possui ensino médio completo. No que diz respeito à procedência, 55,5% são da mesorregião de Passo Fundo-RS. Além disso, 56,2% acessaram o serviço pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dos 93,4% foram internados involuntariamente ou compulsoriamente e 52,6% já estiveram internados previamente. A comorbidade clínica mais prevalentes entre os pacientes é a hipertensão arterial sistêmica (24,8%, e no que diz respeito às comorbidades psiquiátricas, 20,4% apresentam transtorno por uso de substâncias. Em relação aos medicamentos de uso contínuo psiquiátricos, os benzodiazepínicos são os mais utilizados (32,1), e o tabagismo é o hábito tóxico mais prevalente (27,7%). Sobre os padrões comportamentais e sintomas que culminaram na internação, 38% dos pacientes se envolveram em brigas ou tiveram atitudes violentas, 35% tiveram ideação suicida, 34,3% tiveram alucinações. **Conclusões:** constata-se que as mulheres estão em maior número enquanto usuárias de serviços terciários de saúde mental. Além disso, os portadores de Transtorno Afetivo Bipolar que necessitam de intervenção hospitalar psiquiátrica possuem outras comorbidades clínicas e psiquiátricas. Os padrões comportamentais levaram à internação involuntária ou compulsória e são aqueles que oferecem risco físico para os pacientes ou para terceiros. Este trabalho permite conhecer melhor a população atendida no serviço, de modo a instigar novos estudos, especialmente, no que se refere à prevenção de novos episódios que necessitam de internação.

Palavras-chave: Transtorno Bipolar; Epidemiologia; Comportamento e Mecanismos Comportamentais; Comorbidade.

## ABSTRACT

**Objective:** The study aimed to describe the Clinical and Epidemiological Profile of Patients with Bipolar Affective Disorder Treated at a Hospital in the Northern Region of Rio Grande do Sul. **Methods:** A cross-sectional and descriptive study conducted at a tertiary hospital in the city of

Passo Fundo – RS, based on the analysis of medical records of patients treated from December 2019 to December 2021, who received a diagnosis of bipolar disorder (ICD-10 code F31 and its variants F31.0 to F31.9). Sociodemographic, clinical, and treatment data were collected. Categorical variables were described using absolute frequencies (n) and percentages (%). The EpiData and PSPP software were used for data transcription and analysis. Results: The study population consisted of 137 patients. The majority of patients were female (67.2%). The most prevalent age group was 45.45 ( $\pm$ 12.39) years. Regarding ethnicity, the majority were White (92.7%). It was observed that 25.5% did not have a complete high school education. In terms of origin, 55.5% were from the Passo Fundo-RS region. Furthermore, 56.2% accessed the service through the Unified Health System (SUS). Of the hospitalized patients, 93.4% were admitted involuntarily or compulsorily. In addition, 52.6% had been previously hospitalized. The most prevalent clinical comorbidity among patients was systemic arterial hypertension (24.8%). Regarding psychiatric comorbidities, 20.4% had a substance use disorder. In relation to continuous psychiatric medication use, benzodiazepines were the most commonly used (32.1%). Furthermore, smoking was the most prevalent toxic habit (27.7%). Regarding behavioral patterns and symptoms leading to hospitalization, 38% of patients were involved in fights or exhibited violent behavior, 35% had suicidal ideation, and 34.3% experienced hallucinations. Conclusions: It is evident that women make up the majority of users of tertiary mental health services. In addition, individuals with Bipolar Affective Disorder who require psychiatric hospital intervention have other clinical and psychiatric comorbidities. The behavioral patterns led to involuntary or compulsory hospitalization and are those that pose physical risk to patients or others. This study allows for a better understanding of the population served by the service, thereby encouraging further studies, especially in terms of preventing new episodes that require hospitalization.

Keywords: Bipolar Disorder; Epidemiology; Behavioral and Behavioral Mechanisms; Comorbidity.

## SUMÁRIO

|             |  |    |
|-------------|--|----|
| 1.          | INTRODUÇÃO   | 11 |
| 2.          | DESENVOLVIMENTO  | 13 |
| 2.1.        | PROJETO DE PESQUISA                                      | 13 |
| 2.1.1.      | Tema   | 13 |
| 2.1.2.      | Problemas  | 13 |
| 2.1.3.      | Hipóteses  | 13 |
| 2.1.4.      | Objetivos  | 11 |
| 2.1.5.      | Justificativa  | 14 |
| 2.1.6.      | Referencial teórico                                      | 15 |
| 2.1.6.1.    | Aspectos gerais  | 15 |
| 2.1.6.2.    | Mania  | 16 |
| 2.1.6.3.    | Hipomania  | 17 |
| 2.1.6.4.    | Depressão  | 17 |
| 2.1.6.5.    | Estado misto   | 17 |
| 2.1.6.6.    | Transtorno Ciclotímico                                   | 18 |
| 2.1.6.7.    | Epidemiologia e Fatores de risco                         | 19 |
| 2.1.6.8.    | Fisiopatologia do TAB                                    | 20 |
| 2.1.6.9.    | Comorbidades associadas                                  | 21 |
| 2.1.6.10.   | Risco de suicídio  | 22 |
| 2.1.6.11.   | Intervenção terapêutica                                  | 23 |
| 2.1.6.11.1. | Intervenção terapêutica: fase aguda de mania e hipomania | 24 |
| 2.1.6.11.2. | Intervenção terapêutica: fase aguda da depressão bipolar | 25 |
| 2.1.6.11.3. | Intervenção terapêutica: continuação e manutenção        | 25 |
| 2.1.7.      | Metodologia  | 27 |
| 2.1.7.1.    | Tipo de estudo   | 27 |
| 2.1.7.2.    | Local e período de realização do estudo                  | 27 |
| 2.1.7.3.    | População e amostragem                                   | 27 |
| 2.1.7.4.    | Variáveis e coleta de dados                              | 27 |
| 2.1.7.5.    | Processamento, controle de qualidade e análise de dados  | 28 |

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| 2.1.7.6.  | Aspectos éticos                           | 28        |
| 2.1.8.    | Recursos                                  | 30        |
| 2.1.9.    | Cronograma                                | 30        |
| 2.1.10.   | Referências                               | 31        |
| 2.1.11.   | Apêndices                                 | 34        |
| 2.2.      | RELATÓRIO DE PESQUISA                     | 41        |
| <b>3.</b> | <b>ARTIGO</b>                             | <b>43</b> |
| <b>4.</b> | <b>CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> | <b>57</b> |
| <b>5.</b> | <b>ANEXOS</b>                             | <b>58</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma condição psiquiátrica caracterizada por episódios de alterações de humor ao longo da vida, cujos períodos oscilam entre fases de humor elevado e de depressão, podendo apresentar períodos de eutímia, ou seja remissão ou ausência de sintomas (MELEIRO, 2018). Essas mudanças no humor são graves, e, geralmente, cursam com sintomas físicos, cognitivos e comportamentais. Mania é o termo utilizado para caracterizar a fase da doença em que há elevação, expansibilidade do humor e irritabilidade, podendo haver sintomas psicóticos. Hipomania é um quadro mais brando dessas alterações que ocorrem durante a mania, podendo não causar perturbações que sejam facilmente perceptíveis na vida do paciente que está na polaridade hipomaniaca (ANDERSON; HADDAD; SCOTT, 2012).

As alterações no humor características do TAB podem se apresentar de variadas formas. Porém, o transtorno é dividido, de forma nosológica, em dois tipos: Transtorno Bipolar tipo I e Transtorno Bipolar tipo II. No TAB I, é necessário que haja pelo menos um episódio de mania ao longo da vida e não implica, necessariamente, um episódio depressivo maior. No TAB II, dois ou mais episódios depressivos maiores e, ao menos, um episódio hipomaniaco são necessários para o diagnóstico. Além disso, no segundo tipo, há um predomínio de sintomas depressivos ao longo da vida do indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; BOSAIPO; BORGES; JURUENA, 2017; MELEIRO, 2018).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o TAB afeta cerca de 140 milhões de pessoas no mundo. Uma amostra extraída em doze países relevou que a prevalência de TAB I e de TAB II é de 0,6%, com maior prevalência entre o sexo masculino e 0,4%, com maior prevalência entre o sexo feminino, respectivamente (MERIKANGAS *et al.*, 2011). No contexto Brasileiro, especificamente na cidade de São paulo, a prevalência do transtorno, sem diferenciar seus tipos, foi de 1%. (ANDRADE *et al.*, 2002). A ocorrência é maior em países de renda mais elevada em comparação aos de renda inferior, sendo, respectivamente, 1,4% e 0,7%. Há uma maior taxa de TAB entre pessoas divorciadas, que nunca se casaram ou viúvas, mas essa associação ainda não está elucidada (APA, 2014).

Sendo assim, conhecer o perfil de pacientes acometidos pelo transtorno pode contribuir para que serviços de saúde e os profissionais estejam mais preparados para um conceber melhor atendimento para esses pacientes, englobando, desde o rápido

reconhecimento dos sinais do transtorno, o manejo correto das emergências até a manutenção de quadros já estabilizados, visando a diminuir os inúmeros prejuízos desse transtorno e um pior prognóstico, haja vista que a ocorrência de crises predispõe à outras crises, e, por conseguinte, um pior prognóstico.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 PROJETO DE PESQUISA**

#### **2.1.1. Tema**

Perfil clínico-epidemiológico de pacientes diagnosticados com Transtorno Afetivo Bipolar atendidos em hospital psiquiátrico.

#### **2.1.2. Problemas**

Quais as principais características sociodemográficas, de saúde, clínicas e de atendimento de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar?

Qual polaridade da doença levou à internação dos pacientes em hospital de referência?

Quais são os principais padrões comportamentais do paciente em quadro agudo descritos na admissão (História da Doença Atual)?

#### **2.1.3. Hipóteses**

As principais características sociodemográficas dos pacientes serão pessoas com mais de 18 anos, sem diferença entre os sexos, desempregados ou em trabalhos informais, procedentes de Passo Fundo ou de cidades inseridas na mesorregião do Noroeste Rio-Grandense. As comorbidades mais frequentemente observadas serão outros transtornos psiquiátricos, como os de ansiedade, os comportamentais e os relacionados ao abuso de substâncias.

A polaridade que culminou em internação será a maníaca.

Os padrões comportamentais mais frequentes são aqueles relativos a atos impulsivos, imprudentes, transgressores e agressivos, os quais implicam risco para o paciente e para as pessoas ao redor.

#### **2.1.4. Objetivos**

##### **2.1.4.1. Objetivo geral**

Descrever o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar atendidos em hospital de referência no Norte do Rio Grande do Sul.

#### **2.1.4.2. Objetivos específicos**

Descrever características sociodemográficas, de saúde, clínicas e de atendimento de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar;

Analisar a sintomatologia da polaridade que levou o paciente à internação em hospital de referência;

Descrever os padrões de comportamento dos pacientes.

#### **2.1.5. Justificativa**

O Transtorno Afetivo Bipolar é considerado uma das condições psiquiátricas mais incapacitantes e que apresenta o maior risco de suicídio entre os demais transtornos psiquiátricos. O diagnóstico precoce e o manejo correto do quadro é fundamental para a estabilização do paciente e para mitigar os prejuízos psíquicos, bioquímicos e sociais da doença advindos dos próprios sinais e sintomas da doença, bem como da piora do estado psíquico do sujeito quando sua doença não é estabilizada.

Apesar da gravidade da doença em si e de todas suas implicações biopsicossociais, ainda são poucos os estudos sobre esse transtorno. Os resultados desta pesquisa permitirão o conhecimento da realidade de um hospital de referência do município de Passo Fundo - RS a partir dos casos de TAB I e II atendidos. Aprofundar as informações acerca da realidade local pode contribuir para a otimização do atendimento e das intervenções desses pacientes, assim como, acrescentar ao conhecimento previamente descrito na literatura.

Além disso, muitos profissionais médicos, inclusive psiquiatras, ainda apresentam dificuldade para diagnosticar os transtornos de humor, confundindo, com certa frequência, TAB com Transtorno Depressivo Maior. Dessa forma, a escolha terapêutica torna-se não ideal para o paciente bipolar, e, não raramente, seu quadro é agravado, culminando em um pior prognóstico.

Mediante isso, os resultados deste estudo acrescentarão ao conhecimento de profissionais da área da saúde mental, os quais poderão, dentro da sua realidade, elaborar estratégias para aprimorar as escolhas terapêuticas baseada em evidências, amenizar as complicações de quadros previamente não estabilizados e mitigar os prognósticos desfavoráveis.

## **2.1.6. Referencial teórico**

### **2.1.6.1 Aspectos gerais**

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma condição psiquiátrica caracterizada por episódios de alterações de humor ao longo da vida, cujos períodos oscilam entre fases de humor elevado e de depressão, podendo apresentar períodos de eutímia, ou seja remissão ou ausência de sintomas (MELEIRO, 2018). Essas mudanças no humor são graves, e, geralmente, cursam com sintomas físicos, cognitivos e comportamentais. Em função dessas características, a OMS classifica o TAB como uma doença incapacitante, estando na 9º posição entre as principais causas de disfunção global entre indivíduos na faixa dos 15 aos 44 anos.

Mania é o termo utilizado para caracterizar a fase da doença em que há elevação, expansibilidade do humor e irritabilidade, podendo haver sintomas psicóticos. Hipomania é um quadro mais brando dessas alterações que ocorrem durante a mania, podendo não causar perturbações que sejam facilmente perceptíveis na vida do paciente que está na polaridade hipomaniaca (ANDERSON; HADDAD; SCOTT, 2012). Os episódios de depressão maior no TAB não possuem características que diferenciam de outros tipos de depressões unipolares, como o Transtorno Depressivo Maior (MELEIRO, 2018). A característica comum desse transtorno é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo (APA, 2014).

Os quadros citados acima são cíclicos e podem ter diversas apresentações clínicas, podendo ir além de quadros de mania, hipomania ou depressão puros. Quando este é o caso, denomina-se episódios mistos (CID-11, 2018).

O TAB pode ser dividido em dois tipos. No TAB I, é necessário que haja pelo menos um episódio de mania ao longo da vida e não implica, necessariamente, um episódio depressivo maior. No TAB II, dois ou mais episódios depressivos maiores e, ao menos, um episódio hipomaniaco são necessários para o diagnóstico (BOSAIPO; BORGES; JURUENA, 2017; APA, 2014).

### 2.1.6.2 Mania

As mudanças ocorridas na fase de mania são diversas. Nela, o estado mental do paciente está alterado em diversos aspectos - ocorrem mudanças que englobam aspectos somáticos, cognitivos, afetivos, de humor, comportamentais, no pensamento, na sensopercepção, entre outros (ANDERSON; HADDAD; SCOTT, 2012).

A fase maníaca é caracterizada, classicamente, por humor eufórico. Essa euforia pode se manifestar por meio de alegria extrema e patológica, altivez exagerada, desproporcional à realidade, bem como um afeto expansivo. Além disso, os sinais da euforia também são quase sempre acompanhados de taquipsiquismo, ou seja, uma aceleração generalizada da atividade psíquica - como agitação psicomotora, logorreia, taquilalia e pensamento acelerado ou com fuga de ideias. Porém, os sintomas eufóricos podem ter um curso que tangencia para um humor irritadiço em que o sujeito se torna extremamente reativo e agressivo, sem, necessariamente, ter uma razão para essa mudança de afeto (MELEIRO, 2018).

Alterações cognitivas também são encontradas na mania. A atenção - processo pelo qual há um direcionamento da atividade mental para um determinado objeto ou evento em detrimento dos demais - pode estar prejudicada. Geralmente há hipermobilidade da atenção com hipotenacidade, ou seja, capacidade de manter a atenção em um objeto por um determinado tempo reduzida (CHENIAUX, 2015). No que tange às alterações no comportamento, essas são nitidamente visíveis durante a mania, pois há uma clara distinção do comportamento habitual do indivíduo quando não se encontra maníaco. Essas mudanças no comportamento podem incluir hipersexualização de si e de outrem, desinibição social, impulsividade para compras, aumento da atividade dirigida a objetos e projetos grandiosos. A partir disso, é previsível que a pessoa se envolva em atividades de risco e haja consequências deletérias em detrimento dessas e das ações inadequadas ao meio sociocultural. Outras mudanças na forma como o sujeito se comporta e se apresenta em sociedade podem estar presentes na fase maníaca, como mudanças na aparência. A aparência da pessoa em mania pode ser excêntrica e bizarra: roupas coloridas, de aspecto chamativo ou exibicionista - com claro apelo sexual-, cabelos coloridos e com diversos tons, maquiagem em excesso e não condizente com a ocasião. (CHENIAUX, 2015; MELEIRO, 2018). As mudanças somáticas incluem um aumento da energia cerebral do paciente. Por isso, é comum o relato da sensação de maior disposição e energia para os afazeres. Ademais, ocorre, paralelamente, agitação psicomotora e uma redução

da necessidade de sono, sem que haja um prejuízo no funcionamento no dia seguinte (APA, 2014; MELEIRO, 2018).

Somando-se a essas mudanças, podem ocorrer mudanças no pensamento e na sensopercepção, caracterizando sintomas psicóticos. Essas mudanças se dão, respectivamente, por meio dos delírios de grandeza e de referência e por alucinações, geralmente, auditivas. Nos delírios de grandeza, o paciente acredita ser rico e poderoso, ter algum dom especial, por exemplo. Quanto aos delírios de referência, é comum que o paciente ache que as coisas ao redor dizem respeito a si, como achar que o que está passando na televisão é sobre seu respeito. Estima-se uma incidência de 50% de quadros psicóticos ao longo da vida dos pacientes com TAB. (CHENIAUX, 2015; MELEIRO, 2018).

#### **2.1.6.3 Hipomania**

Durante a hipomania, o paciente apresenta sinais e sintomas de mania, porém, de menor intensidade e sem psicose. Além disso, essa perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas, mas não é suficientemente grave ao ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional, ou para necessitar de hospitalização (APA, 2014; MELEIRO, 2018).

#### **2.1.6.4 Depressão**

A fase depressiva no TAB é semelhante ao Transtorno Depressivo Maior (depressão unipolar). Os critérios diagnósticos implicam, necessariamente, em humor deprimido ou anedonia - perda de interesse ou prazer. Porém, algumas características apontam mais para a depressão bipolar do que para a unipolar, tais como idade de início precoce, início no pós-parto, duração breve de episódios depressivos e recorrentes, sintomas atípicos, psicose, depressão com características mistas, irritabilidade, ataques de raiva e personalidade hipertímica (APA, 2014; MELEIRO, 2018).

#### **2.1.6.5 Estado misto**

É possível que haja sintomas de mania e de depressão concomitantemente, caracterizando um episódio maníaco ou hipomaníaco com características mistas, ou episódio depressivo com características mistas. No primeiro, os critérios para um episódio maníaco ou hipomaníaco são preenchidos, e é necessário que haja sintomas

depressivos paralelos, como disforia ou humor depressivo acentuado, anedonia, fadiga, entre outros. No segundo, critérios para um episódio depressivo maior são atendidos ao passo que há ocorrência de sintomas de mania/ hipomania, como eloquência, fuga de ideais, redução da necessidade de sono. Logo, por mais contraditório que possa soar, uma pessoa pode estar, por exemplo, com humor triste e agitação psicomotora, ou eufórica e abúlica (APA, 2014; CHENIAUX, 2015).

#### **2.1.6.6 Transtorno Ciclotímico**

A ciclotimia é um transtorno em que o paciente apresenta, ao longo da vida e por períodos curtos, sintomas depressivos e hipomaníacos que oscilam de forma frequente, seguida e crônica. Porém, os sintomas não são suficientes em número, gravidade, abrangência ou duração para fechar diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior ou de Mania. Quando há sintomas depressivos, esses rememoram mais aos sintomas distímicos; já os sintomas hipomaníacos implicam aumento da autoconfiança e da sociabilidade, da atividade laborativa e da criatividade, entre outros. Alguns pacientes e as pessoas ao redor podem não perceber mudanças significativas nos períodos de hipomania. Porém, em detrimento dos períodos prolongados de mudanças cíclicas do humor, frequentemente imprevisíveis, há prejuízo clinicamente significativo em áreas importantes da vida do indivíduo, como no funcionamento social e profissional

No que tange a persistência e periodicidade dos sintomas, o diagnóstico é feito em adultos que têm pelo menos dois anos de períodos hipomaníacos e depressivos; nas crianças, pelo menos um ano, sem jamais atender aos critérios para um episódio de mania, hipomania ou depressão maior. É necessário que esses sintomas se façam presentes na maioria dos dias, e os intervalos sem sintomas não podem durar mais do que dois meses. O diagnóstico de transtorno ciclotímico é abandonado se ocorrer um episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco após os primeiros dois anos em adultos e um ano em crianças e adolescentes do transtorno ciclotímico, e é estabelecido o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior ou TAB (APA, 2014; DALGALARRONDO, 2008).

### 2.1.6.7. Epidemiologia e Fatores de risco

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o TAB afeta cerca de 140 milhões de pessoas no mundo. Uma amostra extraída em doze países relevou que a prevalência de TAB I e de TAB II é de 0,6%, com maior prevalência entre o sexo masculino e 0,4%, com maior prevalência entre o sexo feminino, respectivamente (MERIKANGAS *et al.*, 2011). No contexto brasileiro, especificamente na cidade de São Paulo, a prevalência do transtorno, sem diferenciar seus tipos, foi de 1%. (ANDRADE *et al.*, 2002). A ocorrência é maior em países de renda mais elevada em comparação aos de renda inferior, sendo, respectivamente, 1,4% e 0,7%. Há uma maior taxa de TAB entre pessoas divorciadas, que nunca se casaram ou viúvas, mas essa associação ainda não está elucidada (APA, 2014).

O TAB é um transtorno mental multifatorial, logo, suas características fenotípicas são elencadas a partir de interações dos fatores de risco - sendo esses ambientais, genéticos e fisiológicos (ANDERSON; HADDAD; SCOTT, 2012). A herdabilidade da doença é um dos principais fatores de risco, sendo de aproximadamente 70% a 80% (LIMA; SOUGEY; FILHO, 2004) e o risco para seu desenvolvimento é cerca de 10 vezes mais elevado para adultos com parentes com TAB I e II e tem sua amplitude aumentada proporcional ao grau de parentesco entre esses familiares (APA, 2014). Além disso, o TAB compartilha origens genéticas e alelos semelhantes à esquizofrenia (APA, 2014; ANDERSON; HADDAD; SCOTT, 2012).

Somando-se aos fatores genéticos, gestacionais e perinatais para os distintos transtornos, os fatores predisponentes são aqueles que ocorrem entre 3 a 5 anos de vida. Esses fatores, associados aos genéticos, sensibilizam o indivíduo para os eventos estressores que ocorrem durante a vida do sujeito. Tais fatores predisponentes tornam as pessoas mais ou menos vulneráveis para os fatores precipitantes. Esses, por sua vez, são aqueles que ocorrem aproximadamente na mesma época do surgimento do transtorno mental (RAHE, 1990).

Dessa forma, além das origens hereditárias e genéticas do TAB, outros fatores, como traumas diversos (abuso físico ou sexual na infância, e demais fatores estressores que cursam e persistam ao longo da vida do indivíduo podem interagir com os fatores genéticos citados), está associado a um início mais precoce e um prognóstico mais grave da doença, bem como ser fator desencadeante de novos episódios de humor e maior durabilidade desses (ANDERSON; HADDAD; SCOTT,

2012). A ocorrência de mania antes da puberdade é menos frequente, sendo mais esperado episódios com características depressivas na adolescência, e, durante a vida adulta, o surgimento do primeiro episódio maníaco (DUFFY *et al.*, 2010). Além disso, a ocorrência de um episódio maníaco acompanhado de psicose pode culminar em futuros episódios com essa característica (APA, 2014).

#### **2.1.6.8. Fisiopatologia do TAB**

O TAB é uma doença de curso crônico extremamente incapacitante e supostamente apresenta um substrato neurobiológico. Embora a compreensão da neurobiologia tenha se expandido nos últimos anos, pouco se sabe sobre os reais mecanismos fisiopatológicos do transtorno (FREY *et al.*, 2004).

A partir das manifestações fisiológicas e comportamentais do transtorno, é estabelecido que há uma relação com os sistemas de neurotransmissão das aminas biogênicas, como serotonina (5-HT), dopamina e noradrenalina, haja vista que esses neurotransmissores estão distribuídos em grande quantidade nos circuitos cerebrais relacionados às manifestações comportamentais dos transtornos de humor, incluindo o TAB. Além disso, algumas regiões cerebrais estão envolvidas na geração dos estados afetivos, ou seja, da resposta sentimental e comportamental frente a estímulos internos e externos. Essas regiões englobam o sistema límbico-estriado-córtex pré-frontal. A resposta afetiva se inicia com a identificação do significado emocional do estímulo, e as regiões do córtex envolvidas são a amígdala, o córtex insular e o núcleo caudado; essa primeira etapa resulta na produção de um estado afetivo em resposta a esse estímulo, e as regiões do córtex envolvidas são o córtex pré frontal ventrolateral, o córtex orbitofrontal, o córtex insular, o giro cingulado anterior, a amígdala e o estriado; após isso, ocorre a regulação dessa resposta afetiva por meio da modulação dos processos iniciais, a fim de se obter uma resposta apropriada ao contexto, envolvendo, por fim, as seguintes regiões corticais: córtex pré-frontal dorsolateral e dorsomedial, pelo hipocampo e pelo giro cingulado anterior dorsal. A labilidade afetiva, ciclagem depressão/mania e distratibilidade, sintomas comumente associados ao TAB, podem estar associados à alterações em regiões cerebrais envolvidas no processamento das emoções. Estudos pós-mortem e neurofuncionais demonstraram uma diminuição significativa neurônios no córtex pré-frontal, subgenuar, dorsolateral e hipocampo, bem como alterações no metabolismo da amígdala, do córtex insular,

orbitofrontal e cíngulo anterior dorsal e na cabeça do caudado (KAPCZINSKI; FREY; ZANNATTO, 2004).

#### **2.1.6.9. Comorbidades associadas**

É comum entre os pacientes portadores de TAB a presença de outras comorbidades. Esses outros transtornos comórbidos podem ser agravantes para um tratamento e manejo correto das implicações do transtorno, o que é deletério para a vida do paciente (GARCIA; MELGAÇO; TRAJANO, 2022).

No TAB I, os transtornos mentais comórbidos mais frequentes são os transtornos ansiosos e ocorrem em cerca de três quartos dos indivíduos. Outros, como transtorno disruptivo, transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), transtorno do controle de impulsos ou da conduta, transtornos envolvendo uso de substância aditivas estão presentes em mais da metade dessa população. Além disso, essa porcentagem se estende para transtornos decorrentes do uso de álcool, sendo essa uma população de alto risco para cometer suicídio. À parte os transtornos mentais, outras condições médicas também apresentam taxas elevadas dentre a população adulta com TAB I. Essas condições são relevantes e de grande seriedade, e, geralmente, não tratadas, sendo elas: síndrome metabólica e enxaqueca. Comparando-se à população geral, esses quadros clínicos são mais prevalentes entre pessoas com TAB (APA, 2014).

As comorbidades também estão presentes no TAB II. Os transtornos mentais comórbidos são extremamente prevalentes dentre essa população. Cerca de 60% dos pacientes apresentam mais de três transtornos mentais comórbidos. Os transtornos ansiosos são os mais comuns, estando presente em 75% da população que possui TAB II. Além disso, assim como possui relevância significativa nas estatísticas do TAB I, também é comum no TAB II transtorno por uso de substância, ocorrendo em 37% dos pacientes. É mais comum que os transtornos ansiosos surjam em crianças e adolescentes com TAB II do que entre aqueles com TAB I. Além disso, o curso desses transtornos é anterior ao transtorno bipolar em si. Pessoas com TAB II também estão sujeitas aos transtornos alimentares, sendo encontrado em 14% das pessoas com transtorno bipolar tipo II, sendo o transtorno de compulsão alimentar o mais comum, superando bulimia e anorexia. Essas comorbidades citadas não tangenciam o transtorno bipolar, e sim possuem associações pertinentes às oscilações dos estados de humor. No que tange a polaridade depressiva da doença, é comum que os transtornos

de ansiedade e transtornos alimentares estejam associados, ao passo que os transtornos por uso de substâncias estão associados à polaridade hipomaníaca (APA, 2014).

#### **2.1.6.10. Risco de suicídio**

Atos impulsivos são caracterizados por não possuírem uma finalidade consciente e são empaticamente incompreensíveis para o observador. O processo volitivo, ou seja, a tomada de decisões, é composto por quatro etapas: intenção ou propósito, deliberação, decisão e, por fim, execução. Nos atos impulsivos, pula-se os processos de deliberação e decisão, passando-se direto da intenção para a execução. Por isso, eles ocorrem de maneira súbita, incoercível e incontrolável. O comportamento suicida é considerado um impulso de desvio de autopreservação e há enfraquecimento dos mecanismos de inibição (CHENIAUX, 2015).

Apesar do suicídio não estar vinculado, necessariamente, à doença mental, a relação é bastante robusta: cerca de 90% dos suicídios consumados foram por parte de pessoas com transtornos mentais diagnosticados, bem como aqueles que tentaram e não consumaram. Os transtornos de humor, incluindo o TAB, são os mais associados às tentativas de suicídio e ao ato em si (FERNANDES; MIRANDA-SCIPPA, 2013). A taxa de mortalidade por suicídio entre os portadores de TAB é quinze vezes superior à encontrada na população geral, variando entre 7% e 19% entre aqueles que tiveram o diagnóstico (ANGST *et al.*, 2002; HARRIS; BARRACLOUGH, 1997). Na cidade de São Paulo foram avaliados indivíduos e, dentre eles, houve uma prevalência de tentativa de suicídio ao longo da vida de 20,8% em pacientes com TAB tipo I e 32% em portadores de TAB tipo II. Em pacientes com outros transtornos psiquiátricos, essa taxa foi de 1,1% (MORENO; ANDRADE, 2005).

Os fatores de risco para o suicídio no TAB englobam fatores sociodemográficos e clínicos. Dentre eles, se destacam a impulsividade, o predomínio de episódios depressivos ao longo da doença, o início precoce da doença, comportamento suicida prévio, o histórico familiar de suicídio, comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, maior número de internações psiquiátricas prévias (FERNANDES; SCIPPA, 2013; MELEIRO, 2018).

O paciente com ideação suicida apresenta sinais de alerta para as pessoas ao redor. Esses sinais podem ser ameaçar se machucar a si, procurar meios para concretizar o suicídio, falar ou escrever sobre morte. Por conta da magnitude dos

dados, é mandatório que o profissional rastreie na avaliação psiquiátrica o risco de suicídio nas pessoas com TAB (MELEIRO, 2018).

#### **2.1.6.11. Intervenção terapêutica**

Além dos impactos negativos causados pelo TAB na vida social e pessoal do paciente, a doença também provoca déficits cognitivos de acordo com aparecimento de novos episódios (recorrências) e piora do episódio vigente (recaídas). Por isso, é imprescindível que o tratamento vise à remissão dos sintomas causados pelas oscilações do humor, bem como a prevenção das recorrências e recaídas (MELEIRO, 2018). Diante desse cenário, prevenir os episódios agudos e as recorrências ainda é um grande desafio para a prática clínica. Além disso, o comportamento suicida e as consequências biopsicossociais que o transtorno gera são maiores nos indivíduos não tratados, comparados àqueles em tratamento adequado e contínuo (MIRANDA-SCIPPA, 2020).

O tratamento clássico do TAB engloba o uso de fármacos estabilizadores de humor (EH) e alguns anticonvulsivantes. O uso de antidepressivos (AD) implica o risco de virada maníaca ou hipomaníaca, ou seja, há um aumento da energia do paciente de maneira abrupta. Por conseguinte, seu uso é feito em combinação com EH ou AA e indicado para episódios agudos de depressão e na manutenção do tratamento quando a principal polaridade do paciente é a depressão, cujos episódios representam, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  dos episódios de oscilação do humor do paciente. O Carbonato de Lítio é o EH de escolha e que, também, tem maior nível de evidência na redução do risco de suicídio e com um efeito mais significativo comparando-se a outros EH (FERNANDES; MIRANDA-SCIPPA, 2013; MELEIRO, 2018; SANI; PERUGI; TONDO, 2017).

A eletroconvulsoterapia (ECT) é o tratamento não farmacológico indicado em casos de agudização de depressão resistente, risco de suicídio durante a depressão e mania refratária. Além da ECT, também existem outras opções não farmacológicas, como a estimulação magnética transcraniana (EMT) e a estimulação vagal (MELEIRO, 2018).

### **2.1.6.11.1 Intervenção terapêutica: fase aguda de mania**

Na primeira abordagem ao paciente em mania, deve ser avaliado sua capacidade de colaborar com o tratamento, o juízo crítico e se há a necessidade de internação. Alguns princípios devem ser seguidos para nortear o manejo do paciente: se há necessidade de intervenção comportamental/ambiental; se o tratamento deverá ser feito em emergência, ambulatório ou internação; rastrear uso de AD e interrompê-lo, caso exista; investigar os eventos desencadeantes e que perpetuam o episódio na rotina do paciente, como uso de substâncias estimulantes — lícitas e ilícitas —, corticoterapia e doenças clínicas, como o hipertireoidismo (MALHI *et al.*, 2015; RICHMOND *et al.*, 2012; SANI; PERUGI; TONDO, 2017).

As estratégias para o manejo da mania aguda levam em consideração a evidência da eficácia da terapia farmacológica de escolha, bem como a segurança e a tolerabilidade. Dessa forma, os agentes de primeira (nível 1) e segunda linha (nível 2) são listados de forma hierárquica, e é levado em consideração sua eficácia na mania aguda, e também se tem eficácia na prevenção da mania ou depressão, ou no tratamento da depressão bipolar aguda, além da segurança e tolerabilidade, como descrito anteriormente. À parte disso, fatores como histórico pessoal de ausência de resposta à tentativas anteriores de tratamento, bem como a escolha do paciente, podem implicar a escolha de uma tratamento de segunda linha. A monoterapia e a terapia combinada são listadas separadamente como tratamentos de primeira linha para mania aguda. Apesar disso, é possível considerar a terapia combinada antes de tentar todos os fármacos de monoterapia. A decisão do profissional em tratar o paciente em mono ou terapia combinada é baseada na velocidade da resposta necessária ao tratamento da mania aguda, se em episódios anteriores o paciente não teve uma resposta adequada à monoterapia, atual episódio grave, problemas de tolerabilidade de terapias combinadas. É recomendado que o profissional médico avalie a tolerabilidade no final das semanas 1 e 2 e faça as devidas modificações de acordo com o caso. Tem-se que cerca de 50% dos pacientes irão responder à monoterapia com melhora significativa dos sintomas maníacos entre 3 a 4 semanas (YATHAM *et al.*, 2018).

Em relação às opções de tratamento de primeira linha, os seguintes apresentam resultados semelhantes de eficácia (nível 1): Lítio, Quetiapina, Divalproato, Asenapina, Aripiprazol, Paliperidona (doses >6 mg), Risperidona e Cariprazina. A Carbamazepina, Olanzapina, Ziprasidona e Haloperidol também têm evidência de nível 1 para eficácia, mas devido aos riscos de segurança e de tolerabilidade, são rebaixados para segunda linha (YATHAM *et al.*, 2018).

A fim de evitar o uso excessivo de antipsicóticos e seus efeitos colaterais deletérios, é indicado o uso de benzodiazepínicos, em menor dose possível, na emergência, quando a prioridade é tranquilizar o paciente (MALHI *et al.*, 2015). Para pacientes cuja polaridade é a maníaca/hipomaníaca em pelo menos  $\frac{3}{4}$  dos episódios, e aqueles com baixa adesão ao tratamento, há a opção de usar-se antipsicótico de longa ação, injetável, como a Risperidona (MELEIRO, 2018).

### **2.1.6.11.2 Intervenção terapêutica: fase aguda da depressão bipolar**

As opções terapêuticas para o tratamento da depressão bipolar são poucas. Além da terapia farmacológica, que é a base do tratamento do transtorno bipolar, também pode-se lançar mão de intervenção psicossocial para o tratamento da depressão bipolar aguda. As opções de intervenções não farmacológicas existem a partir de segunda linha de evidência, sendo a Terapia Cognitiva-comportamental e terapia familiar (YATHAM *et al.*, 2018).

O tratamento farmacológico abrange o Lítio, anticonvulsivantes, antipsicóticos atípicos e antidepressivos. Porém, algumas classes farmacológicas podem induzir sintomas maníacos e hipomaníacos, como os antidepressivos e os agonistas dopaminérgicos (MALHI *et al.*, 2015; SANI; PERUGI; TONDO, 2017; YATHAM *et al.*, 2013).

Tem-se o lítio como tratamento de primeira linha para a depressão bipolar, porém, é necessário que os níveis séricos deste estejam entre 0,8-1,2 mEq/L para que haja eficácia clínica. A lamotrigina, um anticonvulsivante, é classificada como nível 2 para o tratamento de um episódio agudo e nível 1 para o tratamento da manutenção da depressão bipolar. (YATHAM *et al.*, 2018). Dessa forma, no tratamento da fase aguda de depressão, é necessário testar o lítio em monoterapia. (MALHI *et al.*, 2015; SANI; PERUGI; TONDO, 2017).

Na prática clínica os antidepressivos são os mais prescritos em associação com estabilizadores de humor e antipsicóticos atípicos, mesmo que por um intervalo curto de tempo. A avaliação do uso de antidepressivos é individual e varia com a história pregressa de cada paciente, evitando-o ou suspendendo-o se houver história de elevação do humor induzido ou acontecer episódio maníaco após a introdução do fármaco. (MALHI *et al.*, 2015; SANI; PERUGI; TONDO, 2017).

### **2.1.6.11.3 Intervenção terapêutica: continuação e manutenção**

A continuação do tratamento farmacológico é fundamental após a remissão dos sintomas agudos — tanto de depressão, quanto de mania —, a fim de manter a estabilidade de humor e evitar recaídas (MCCORMICK; MURRAY; MCNEW, 2015; MELEIRO, 2018).

Para o tratamento de manutenção são utilizados EH, como Carbonato de Lítio, Valproato, Lamotrigina e Carbamazepina; e Antipsicóticos atípicos, como Aripiprazol, Olanzapina e Quetiapina. Os antipsicóticos atípicos podem ser utilizados em monoterapia ou como terapia adjuvante em combinação com os EH. Uma meta-análise mostrou que o uso da Quetiapina isolada é eficaz contra a recorrência de episódios depressivos, ao passo que o Aripiprazol, Olanzapina, Risperidona, e, mais uma vez, a Quetiapina, todos em

monoterapia, foram superiores ao placebo para a ocorrência de mania ou episódios mistos (MCCORMICK; MURRAY; MCNEW, 2015; YATHAM *et al.*, 2013).

Além do tratamento farmacológico, a psicoterapia também pode fazer parte do tratamento na fase de manutenção. As abordagens psicoterápicas mais indicadas para o tratamento do TAB são a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a terapia de ritmo interpessoal e social (TRIS), a análise do comportamento e as psicoterapias breves. Porém, a TCC possui maior capacidade de desenvolver habilidades cognitivas e comportamentais por meio da psicoeducação, como a regulação emocional e resposta a situações de estresse, reconhecer os sinais precoces de descompensação da doença, além de identificar e criticar pensamentos e crenças inadequadas. Além disso, a psicoterapia deve ser realizada, preferencialmente, por profissionais que possuem amplo conhecimento acerca do TAB (MELEIRO, 2018).

## **2.1.7. Metodologia**

### **2.1.7.1. Tipo de estudo**

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

### **2.1.7.2. Local e período de realização do estudo**

O estudo será realizado no Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes, localizado no município de Passo Fundo - Rio Grande do Sul, no período de março de 2023 a dezembro de 2023.

### **2.1.7.3. População e amostragem**

A população deste estudo compreenderá pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar não estabilizados, em quadro agudo do transtorno e que foram atendidos no hospital mencionado. A amostra será do tipo não probabilística e selecionada por conveniência incluindo os pacientes com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar atendidos de dezembro de 2019 a dezembro de 2021. Nesse período de tempo, estima-se que o tamanho da amostra desta pesquisa seja de 240 pacientes, conforme o registro de procedimentos hospitalares.

Serão incluídos pacientes de ambos os sexos, com 18 anos de idade ou mais, diagnosticados com Transtorno Afetivo Bipolar (CID F31). Os critérios de exclusão abrangem pacientes que, ao longo do tratamento, foram identificados outros transtornos, como esquizofrenia, *Delirium*, dependência química e outros transtornos psicóticos, e descartado o diagnóstico de TAB.

### **2.1.7.4. Variáveis e coleta de dados**

Os dados serão coletados por meio de acesso ao sistema de prontuários eletrônicos com login e senha específicos fornecidos pelo hospital em questão. Essa coleta será realizada semanalmente pela acadêmica autora deste projeto e se dará em computadores em sala reservada — como consultórios — dentro da própria instituição, conforme os períodos vagos no calendário acadêmico do semestre em questão da autora. Além disso, a coleta de dados não atrapalhará a rotina do serviço em questão.

Do instrumento de coleta da pesquisa (Apêndice A), o presente trabalho analisará dados sociodemográficos (idade, sexo, raça/cor, procedência), de saúde (histórico de internações psiquiátricas prévias, comorbidades, medicamentos de uso

contínuo, hábitos tóxicos — como tabagismo e etilismo), clínicas e do atendimento (dados de admissão do paciente: frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, outros; História da Doença Atual: principais padrões comportamentais/ sintomatologia do paciente em quadro agudo do TAB descritos na admissão, tais como importunação sexual, envolvimento em gastos descomunais, brigas e atitudes violentas com conhecidos e desconhecidos, ideação suicida ou tentativa de suicídio, exposição de si excessiva em redes sociais, uso excessivo de substâncias aditivas lícitas e ilícitas, crenças mágicas e ideias delirantes, alucinações, entre outros; e tempo de início dos sintomas.

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

Os dados serão duplamente digitados em banco a ser criado no *software* EpiData versão 3.1 e transferidos para programa estatístico PSPP, no qual serão realizadas as análises estatísticas. Ambos os *softwares* são de distribuição livre. A análise consistirá de distribuição absoluta e relativa das frequências das variáveis categóricas e de medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis numéricas para caracterização da amostra.

#### **2.1.7.6. Aspectos éticos**

Após a ciência e concordância do Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes, 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, por meio da Solicitação de dispensa do TCLE (Apêndice B). A coleta de dados será iniciada somente após a aprovação deste protocolo.

Os riscos desse projeto de pesquisa envolvem a quebra de sigilo e a identificação do paciente, uma vez que os dados serão coletados em prontuários. A fim de minimizá-los, os nomes dos pacientes, bem como seus números de registro em prontuário, não serão revelados e serão substituídos por números aleatórios. Além disso, a coleta se dará em espaço privativo e apenas na presença da autora do projeto, sem nenhum acompanhante. Caso o risco venha a se concretizar, a instituição será informada, e esses participantes serão excluídos da amostra. Além disso, os pesquisadores (autora, orientadora e coorientadora) 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.

No que tange os benefícios, estes não se darão de forma direta aos participantes e sim de forma geral à comunidade, em virtude da natureza do estudo. Pode-se citar como benefício um melhor conhecimento do perfil epidemiológico psiquiátrico da população atendida no serviço especializado. Dessa forma, essas informações poderão ser utilizadas pelo serviço para qualificar e aprimorar a assistência dada a esses pacientes e seus familiares, bem como mitigar erros de diagnóstico.

Ao final da conclusão deste projeto, será dada uma devolutiva para a instituição por meio de uma cópia do próprio trabalho de curso. Além disso, os resultados serão divulgados em eventos científicos, por meio de apresentações oral e resumos expandidos, bem como publicados no formato de artigos científicos.

Os dados ficarão armazenados no computador da autora, que é protegido por login e senha de acesso restrito a ela. Após cinco anos, os dados serão deletados do computador, de forma permanente, por meio da exclusão desses da lixeira.

### 2.1.8. Recursos

| Item        | Quantidade | Custo unitário (R\$) | Custo total (R\$) |
|-------------|------------|----------------------|-------------------|
| Canetas     | 5          | 2,00                 | 10,00             |
| Lápis       | 2          | 2,00                 | 4,00              |
| Apontadores | 1          | 3,00                 | 3,00              |
| Borracha    | 2          | 5,00                 | 10,00             |
| Impressões  | 1000       | 0,25                 | 250,00            |
| Pastas      | 1          | 5,00                 | 5,00              |

OBS: Todos os custos para a execução do estudo serão de responsabilidade da autora do projeto.

### 2.1.9 Cronograma

Revisão de literatura: 01/03/2023 a 23/12/2023

Período da apreciação ética 01/03/2023 a 31/05/2023

Coleta de dados: 01/06/2023 a 31/08/2023

Processamento e análise de dados: : 01/07/2023 a 30/09/2023

Redação e divulgação dos resultados: 01/10/2023 a

23/12/2023

Envio de relatório final para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos:  
20/12/2023 a 23/12/2023

### 2.1.10. Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. ed. (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2014.

ANDERSON, Ian M.; HADDAD, Peter M.; SCOTT, Jan. Bipolar disorder. **British Medical Journal (clinical research ed.)**, v. 345, n. e8508, p. 1-10, dezembro de 2012. DOI: 10.1136/bmj.e8508. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23271744/>.

ANDRADE, Laura; WALTERS, Ellen E.; GENTIL, Valentim; LAURENTI, Ruy. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 37, p. 316-325, julho de 2002. DOI: 10.1007/s00127-002-0551-x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12111023/>.

ANGST, Felix; STASSEN, Hans H.; CLAYTON, Paula J.; ANGST, Jules. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years. **Journal of Affective Disorders**, v. 68, p. 167-181, abril de 2002. DOI: 10.1016/s0165-0327(01)00377-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12063145/>.

BOSAIPO, Nayanne Beckmann; BORGES, Vinícius Ferreira; JURUENA, Mario Francisco. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. **Medicina Ribeirao Preto**, v. 50, p. 72-84, fevereiro de 2017. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v50isup11.p72-84. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127541>.

CHENIAUX, E. **Manual de psicopatologia**. São Paulo: Guanabara Koogan; 2011.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed; 2009.

DUFFY, Anne; ALDA, Martin; HAJEK, Tomas; SHERRY, Simon B.; GROF, Paul. Early stages in the development of bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 121, p. 127-135, fevereiro de 2010. DOI:10.1016/j.jad.2009.05.022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19541368/>.

FREY, Benício Noronha; FONSECA; Manoela M Rodrigues da; MACHADO-VIEIRA, Rodrigo; SOARES, Jair C., Kapczinski F. Anormalidades neuropatológicas e neuroquímicas no transtorno afetivo bipolar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 180-188, setembro de 2004. DOI: 10.1590/s1516-44462004000300008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-387868>.

GARCIA, Bruno Nogueira; MELGAÇO, Thayusa Rayan Passos; TRAJANO, Andreza Gonçalves. Perspectivas epidemiológicas, clínicas e terapêuticas do transtorno bipolar em comorbidade com o uso de drogas: revisão de literatura em língua portuguesa. **Debates em Psiquiatria**, v. 12, p. 1-23, junho de 2022. DOI: 10.25118/2763-9037.2022.v12.277. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/277>.

HARRIS, E. Clare; BARRACLOUGH, Brian. Suicide as an outcome for mental disorders. **British Journal of Psychiatry**, v. 170, p. 205-228, março de 1997. DOI: 10.1192/bjp.170.3.205. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/suicide-as-an-outcome-for-mental-disorders/1AAE5E8FEDA89A87A68EF082A783FEEE>

KAPCZINSKI, Flávio; FREY, Benício Noronha ; ZANATTO, Vanessa. Fisiopatologia do transtorno afetivo bipolar: o que mudou nos últimos 10 anos?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 17-21, outubro de 2004. DOI: 10.1590/S1516-44462004000700005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/Z4SjY9BvfRv4K6jnrn4Y9gr/abstract/?lang=pt>.

LIMA, Ivanor Velloso Meira; SOUGEY, Everton Botelho; FILHO, Homero Pinto Vallada 2004. Genética dos transtornos afetivos. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v.31, p. 34-39, janeiro 2004. DOI: 10.1590/S0101-60832004000100006. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/acp/article/view/16290>

MALHI, Gin S.; BASSETT, Darryl; BOYCE, Philip; BRYANT, Richard; FITZGERALD, Paul B.; FRITZ, Kristina; HOPWOOD, Malcom; LYNDON, Bill; MULDER, Roger; MURRAY, Greg; PORTER, Richard; SINGH, Ajeet B. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 49, p. 1087-1206, dezembro de 2015. DOI: 10.1177/0004867415617657. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26643054/>.

MCCORMICK, Ursula; MURRAY, Bethany; MCNEW, Brittany. Diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: A review for advanced practice nurses. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v. 27, p. 530-542, setembro de 2015. DOI: 10.1002/2327-6924.12275. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26172568/>.

MELEIRO, A. M. A. S. **Psiquiatria: estudos fundamentais**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

MERIKANGAS, Kathleen R.; JIN, Robert; HE, Jian-Ping; KESSLER, Ronald C.; LEE, Sing; SAMPSON, Nancy A.; VIANA, Maria Carmen; ANDRADE, Laura Helena; HU, Chiyi; KARAM, Elie G.; LADEA, Maria; MORA, Maria Elena Medina; BROWNE, Mark Oakley; ONO, Yutaka; Posada-Villa, Jose; SAGAR, Rajesh, ZARKOV, Zahari. Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. **Archives of General Psychiatry**, v. 68, p. 241, março de 2011. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.12. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21383262/>.

MIRANDA-SCIPPA, Ângela. Transtorno bipolar e suicídio. **Revista Del Colegio de Medicina Interna de México**, v. 36, p. s6-s8, maio de 2020. DOI: 10.24245/mim.v36id.3776. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mims201c.pdf>.

MORENO, Doris Hupfeld; ANDRADE, Laura Helena. The lifetime prevalence, health services utilization and risk of suicide of bipolar spectrum subjects, including subthreshold categories in the São Paulo ECA study. **Journal of Affective Disorders**, v. 87, p. 231-241, agosto de 2005. DOI: 10.1016/j.jad.2005.04.010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16009430/>.

NERY-FERNANDES, Fabiana; MIRANDA-SCIPPA, Ângela. Comportamento suicida no transtorno afetivo bipolar e características sociodemográficas, clínicas e neuroanatômicas associadas. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 40, p. 220-224, 2013. DOI: 10.1590/S0101-60832013000600003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-697412>.

RICHMOND, Janet S.; BERLIN, Jon S., FISHKIND, Avrim B.; JR, Garland Holloman; ZELLER, Scott L; WILSON, Michael P.; RIFAI, Muhamad Aly; NG, Anthony T. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. **Western Journal of Emergency Medicine**, v. 13, p. 17-25, fevereiro de 2012. DOI: 10.5811/westjem.2011.9.6864. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22461917/>.

SANI, Gabriele; PERUGI, Giulio; TONDO, Leonardo. Treatment of Bipolar Disorder in a Lifetime Perspective: Is Lithium Still the Best Choice?. **Clinical Drug Investigation**, v. 37, p. 713-727, agosto de 2017. DOI: 10.1007/s40261-017-0531-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28477315/>.

YATHAM, Lakshmi N.; KENNEDY, Sidney H.; PARIKH, Sagar V.; SCHAFFER, Ayal; BEAULIEU, Serge; ALDA, Martin; O'DONOVAN, Claire; MACQUEEN, Glenda; MCINTYRE, Roger S.; SHARMA, Verinder; RAVINDRAN, Arun; YOUNG, L. Trevor; MILEV, Roumen; BOND, David J.; FREY, Benicio N.; GOLDSTEIN, Benjamin I.; LAFER, Beny; BIRMAHER, Boris; HA, Kyooseob; NOLEN, Willem A.; BERK, Michael .Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. **Bipolar Disorders**, v. 15, p. 1-44, fevereiro de 2013. DOI: 10.1111/bdi.12025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23237061/>.

## 2. 1. 11. Apêndices

### APÊNDICE A

| INSTRUMENTO DE COLETA   |                         |                                       |                             |                             |                             |
|---|-------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL</b>            |                         |                                       |                             |                             |                             |
| Número do paciente:   |                         |                                       |                             |                             |                             |
| Idade: __ anos  |                         |                                       |                             |                             |                             |
| Sexo:   | Feminino ( )            | Masculino ( )                         | Não especificado/ outro ( ) |                             |                             |
| Escolaridade:   |                         |                                       |                             |                             |                             |
| Raça/ cor:  | Branco ( )              | Preto ( )                             | Pardo ( )                   | Amarelo ( )                 | Não especificado/ outro ( ) |
| Procedência:  | Passo Fundo ( )         | Outro ( ) nome do município:<br>_____ |                             | Não especificado ( )        |                             |
| Convênio:   | SUS ( )                 |                                       | Privado ( )                 |                             |                             |
| Histórico de internação psiquiátrica prévia:  | Sim ( )                 | Não ( )                               |                             | Não especificado ( )        |                             |
| Comorbidades :  | Sim ( ) Descrever _____ |                                       | Não/ não especificado ( )   |                             |                             |
| Medicamentos de uso contínuo:   |                         |                                       |                             |                             |                             |
| Hábitos tóxicos:  | Etilismo ( )            | Tabagismo ( )                         |                             | Não especificado/ outro ( ) |                             |
| <b>Sintomatologia/ padrões comportamentais:</b><br>( ) Importunação sexual;<br>( ) Comportamento hipersexualizado;<br>( ) Envolvimento em gastos descomunais; |                         |                                       |                             |                             |                             |

- Brigas e atitudes violentas com conhecidos e desconhecidos;
- Ideação suicida ou tentativa de suicídio;
- Exposição de si excessiva em público;
- Exposição de si excessiva em redes sociais;
- Uso excessivo de substâncias lícitas e ilícitas;
- Crenças mágicas e ideias delirantes;
- Delírios de grandeza;
- Delírios persecutórios;
- Delírios religiosos;
- Alucinações;
- Redução da necessidade de sono;
- Destruição de objetos pessoais;
- Automutilação;
- Taquilalia;
- Pensamentos acelerados

Outros:

---

---

## APÊNDICE B

### SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TCLE

#### **TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL**

Esta pesquisa será desenvolvida por Bárbara Rangel Rodrigues, discente de graduação em bacharel em medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Passo Fundo, sob orientação da Professora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Renata dos Santos Rabello.

O objetivo central do estudo é descrever o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), em um serviço especializado. A importância das informações coletadas se deve às características referentes aos fatores clínicos, sociodemográficos e farmacológicos capazes de apontar para fatores em comum associados ao TAB, objetivando-se uma melhor compreensão e manejo otimizado dos pacientes com esse transtorno.

A confidencialidade e a privacidade das informações obtidas serão garantidas. Caso haja identificação do paciente, esse será notificado, bem como a instituição de referência, e o paciente será removido da amostra. Contudo, esse risco será minimizado por meio da substituição de seu nome e de seu número de registro no prontuário por um número aleatório, sem qualquer relação com o número de prontuário. 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 no serviço especializado em Passo Fundo - RS, as informações retiradas serão: idade, sexo, raça/ cor, procedência, histórico de internação psiquiátrica prévia, comorbidades, medicamentos em uso contínuo, hábitos tóxicos, tempo de início dos sintomas e dados de admissão. Essas informações serão usadas para avaliar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos pacientes com TAB. 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 (TCLE) pelas seguintes justificativas:

1) Estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal, descritivo. Onde serão avaliados os dados dos pacientes atendidos no centro de atendimento especializado, Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes, localizado em Passo Fundo - RS, através dos prontuários eletrônicos, no período entre dezembro de 2019 a dezembro de 2021.

2) Impossibilidade de contato telefônico com os pacientes, uma vez que os dados armazenados podem estar desatualizados.

Passo Fundo, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável \_\_\_\_\_

APÊNDICE C

**TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO (TCUDA)**

**TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO  
DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO NORTE  
DO RIO GRANDE DO SUL**

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

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

Assinatura da orientadora: \_\_\_\_\_

Assinatura da coorientadora: \_\_\_\_\_

Assinatura da acadêmica: \_\_\_\_\_

Passo Fundo, de de 2023.

## APÊNDICE D

### **DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, Rogério Tomasi Riffel, o representante legal da instituição do Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes, localizado no município de Passo Fundo - RS, envolvida no projeto de pesquisa intitulado “TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL” declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes.

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

---

Assinatura e Carimbo do responsável da Instituição

## 2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA

O projeto de pesquisa “TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL”, foi desenvolvido no segundo semestre de 2022 sob a orientação da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Renata dos Santos Rabello e coorientação da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Bruna Chaves Lopes.

No que tange ao Transtorno Afetivo Bipolar, tenho um genuíno interesse por esse assunto, bem como por toda a psiquiatria. Trata-se de um transtorno de humor extremamente prevalente cujos sintomas podem ser incapacitantes, podendo apresentar desfechos trágicos pela falta de intervenção médica-psiquiátrica adequada. Assim, em uma conversa com minha orientadora, Dra. Renata Rabello, escolhemos o tema desse projeto de pesquisa.

A partir da decisão do tema, fui ao Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes (HPBM) e conversei com a Dra. Michele Scortegagna de Almeida, médica psiquiatra do HPBM, sobre a viabilidade da pesquisa, que me sugeriu localizar os pacientes por meio do CID F31. Além disso, pedi as mesmas orientações para o professor Dr Rogerio Tomasi Riffel, diretor do hospital.

Ao ser concluído, o projeto foi encaminhado para a avaliação da Coordenação de Ensino e Pesquisa Acadêmica do Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF), no dia 07 de dezembro de 2022. Após, foi emitido pela comissão competente o Parecer e Autorização sobre Projeto de Pesquisa, sendo também solicitada a entrega do Termo de Compromisso de Devolução Científica assinado e Cópia da Carta de Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa juntamente com a relação de nomes dos participantes. A partir do recebimento da autorização do local de pesquisa, foi possível submeter o projeto à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul. A submissão foi realizada no dia 15 de fevereiro de 2023 e, após, foi liberado o parecer em 02/03/2023, sob o número 5.919.751 (ANEXO A). O conteúdo deste não apresentava nenhuma pendência aplicada ao projeto. Assim, tendo o consentimento dos órgãos responsáveis, foi autorizada a coleta de dados. Em 10/03/2023, foi enviado ao HCPF o parecer emitido pelo CEP. No dia 17/04/2023, a equipe de TI do hospital me concedeu um login e senha para ter acesso aos prontuários. Em 17 de junho de 2023, realizei a primeira visita ao HPBM para pedir auxílio aos funcionários sobre o acesso aos prontuários e localização dos pacientes pelo CID F31, mas não foi localizado nenhum paciente internado no intervalo de dezembro de 2019 a dezembro de 2021 sob esse CID. Dessa forma, foi necessário abranger os especificadores do CID F31. Dois dias depois, a enfermeira Elsa Tallami me concedeu um relatório contendo todos os pacientes que foram internados sob os CID “F31.0”, “F31.1”, “F31.2”, “F31.3”, “F31.5”, “F31.6”, “F31.9” no intervalo de tempo descrito acima.

Em 21 de junho de 2023, conforme o cronograma estabelecido pelo projeto, fui ao ambulatório do HCPF para a coleta de dados de meu estudo piloto, realizado com o intuito de

verificar se meu instrumento de coleta estava adequado às informações contidas nos prontuários. Dessa forma, após analisar 50 prontuários, foi necessário realizar mudanças no instrumento, adicionando “Escolaridade” e “Convênio”, removendo os “Dados de admissão” e “tempo de início dos sintomas”, pois não constava em nenhum dos prontuários vistos, remover o termo “História da doença atual” e deixar apenas “Sintomatologia/ padrões comportamentais” e adicionar dentro deste “comportamento hipersexualizado”, “exposição de si excessiva em público”, “delírios de grandeza”, “delírios persecutórios”, “delírios religiosos”, “redução da necessidade de sono”, “destruição de objetos pessoais”, “automutilação”, “taquilalia”, “pensamentos acelerados”, “disforia”, “abandono do tratamento”, “agitação psicomotora” e “tristeza” pois eram sintomatologias e padrões comportamentais presentes em grande parte dos prontuários vistos. Dessa forma, a coleta de dados prosseguiu a partir das alterações feitas, e foi finalizada no dia 14 de julho, totalizando um n de 137.

Na data de 16 de julho de 2023, iniciou-se a dupla digitação dos dados por meio do EpiData versão 3.1, a fim de conferi-los posteriormente. Depois disso, em 10 de agosto, essas informações foram exportadas para o software PSPP, e foi realizada a análise estatística dos dados.

Depois da análise dos dados e os resultados prontos, em novembro de 2023 foi selecionada a revista em que havia a pretensão de enviar o artigo científico: Cadernos de Saúde Pública. A escrita do artigo científico foi iniciada no mesmo mês, seguindo as normas da revista escolhida.

### 3 ARTIGO CIENTÍFICO

## TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Bárbara Rangel Rodrigues <sup>1</sup>

Ma. Bruna Chaves Lopes <sup>1</sup>

Dr<sup>a</sup>.Renata dos Santos Rabello <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, RS, Brasil

#### Contribuição dos autores

Bárbara RR: estudo, coleta, transcrição dos dados, análise e redação do texto.

Bruna CL: contribuições substanciais para a concepção da pesquisa e design do artigo, além de revisão crítica da versão final.

Renata SR: contribuições substanciais para a concepção da pesquisa e design do artigo, além de revisão crítica da versão final.

#### Conflito de interesse

Nenhum autor possui conflito de interesse.

#### Financiamento

Nenhum financiamento foi recebido para execução do projeto e do artigo científico.

#### RESUMO

**Objetivo:** Descrever o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar atendidos em um hospital no norte do Rio Grande do Sul. **Métodos:** Estudo do tipo transversal e descritivo, realizado em um hospital terciário na cidade de Passo Fundo – RS a partir da análise dos prontuários dos pacientes atendidos no período de dezembro de 2019 a dezembro de 2021, que receberam o diagnóstico de transtorno bipolar (CID F31 e suas variantes F31.0 a F31.9). Foram coletados dados sociodemográficos, clínicos e de atendimento. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas (n) e relativas (%). Foram utilizados os softwares

EpiData e PSPP para transcrição e análise de dados. **Resultados:** A amostra da pesquisa foi composta por 137 pacientes. A maioria era do sexo feminino (67,2%), média de idade de 45,45 ( $\pm 12,39$ ) anos. Em relação à etnia, a maioria são brancos (92,7%), e 25,5% não possui ensino médio completo. No que diz respeito à procedência, 55,5% são da mesorregião de Passo Fundo-RS. Além disso, 56,2% acessaram o serviço pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dos 93,4% foram internados involuntariamente ou compulsoriamente e 52,6% já estiveram internados previamente. A comorbidade clínica mais prevalentes entre os pacientes é a hipertensão arterial sistêmica (24,8%), e no que diz respeito às comorbidades psiquiátricas, 20,4% apresentam transtorno por uso de substâncias. Em relação aos medicamentos de uso contínuo psiquiátricos, os benzodiazepínicos são os mais utilizados (32,1%), e o tabagismo é o hábito tóxico mais prevalente (27,7%). Sobre os padrões comportamentais e sintomas que culminaram na internação, 38% dos pacientes se envolveram em brigas ou tiveram atitudes violentas, 35% tiveram ideação suicida, 34,3% tiveram alucinações. **Conclusões:** constata-se que as mulheres estão em maior número enquanto usuárias de serviços terciários de saúde mental. Além disso, os portadores de Transtorno Afetivo Bipolar que necessitam de intervenção hospitalar psiquiátrica possuem outras comorbidades clínicas e psiquiátricas. Os padrões comportamentais levaram à internação involuntária ou compulsória e são aqueles que oferecem risco físico para os pacientes ou para terceiros. Este trabalho permite conhecer melhor a população atendida no serviço, de modo a instigar novos estudos, especialmente, no que se refere à prevenção de novos episódios que necessitam de internação.

Palavras-chave: Transtorno Bipolar; Epidemiologia; Comportamento e Mecanismos Comportamentais; Comorbidade.

## ABSTRACT

**Objective:** The study aimed to describe the Clinical and Epidemiological Profile of Patients with Bipolar Affective Disorder Treated at a Hospital in the Northern Region of Rio Grande do Sul. **Methods:** A cross-sectional and descriptive study conducted at a tertiary hospital in the city of Passo Fundo – RS, based on the analysis of medical records of patients treated from December 2019 to December 2021, who received a diagnosis of bipolar disorder (ICD-10 code F31 and its variants F31.0 to F31.9). Sociodemographic, clinical, and treatment data were collected. Categorical variables were described using absolute frequencies (n) and percentages (%). The EpiData and PSPP software were used for data transcription and analysis. **Results:** The study population consisted of 137 patients. The majority of patients were female (67.2%). The most prevalent age group was 45.45 ( $\pm 12.39$ ) years. Regarding ethnicity, the majority were White (92.7%). It was observed that 25.5% did not have a complete high school education. In terms of

origin, 55.5% were from the Passo Fundo-RS region. Furthermore, 56.2% accessed the service through the Unified Health System (SUS). Of the hospitalized patients, 93.4% were admitted involuntarily or compulsorily. In addition, 52.6% had been previously hospitalized. The most prevalent clinical comorbidity among patients was systemic arterial hypertension (24.8%). Regarding psychiatric comorbidities, 20.4% had a substance use disorder. In relation to continuous psychiatric medication use, benzodiazepines were the most commonly used (32.1%). Furthermore, smoking was the most prevalent toxic habit (27.7%). Regarding behavioral patterns and symptoms leading to hospitalization, 38% of patients were involved in fights or exhibited violent behavior, 35% had suicidal ideation, and 34.3% experienced hallucinations. Conclusions: It is evident that women make up the majority of users of tertiary mental health services. In addition, individuals with Bipolar Affective Disorder who require psychiatric hospital intervention have other clinical and psychiatric comorbidities. The behavioral patterns led to involuntary or compulsory hospitalization and are those that pose physical risk to patients or others. This study allows for a better understanding of the population served by the service, thereby encouraging further studies, especially in terms of preventing new episodes that require hospitalization.

Keywords: Bipolar Disorder; Epidemiology; Behavioral and Behavioral Mechanisms; Comorbidity.

## INTRODUÇÃO

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é caracterizado por episódios recorrentes de depressão que se alternam com episódios de elevação do humor, chamados de hipomania ou mania <sup>1</sup>. Os episódios são acompanhados por mudanças na energia e relacionados a sintomas comportamentais, cognitivos e físicos. A mania se caracteriza para designar o momento em que a elevação do humor é grave, e pode estar associada à psicose, levando à distúrbios nítidos de função e comportamento. A hipomania se caracteriza por episódios de expansão do humor menos severa que a mania, podendo passar despercebida e não culminar em ajuda médica. O transtorno bipolar é dividido em TAB I, cujo apresenta episódio de mania, e TAB II, apenas com episódios de hipomania. Além disso, os sintomas maníaco-depressivos podem coexistir, o que é chamado de estado misto <sup>2</sup>.

A prevalência do TAB é de cerca de 1% da população geral brasileira. Apesar de pouco frequente, é uma doença que implica problemas de saúde pública e possui grande impacto na vida dos portadores. Ademais, nos últimos anos a doença sofreu reformulações significativas em seu conceito, ampliando-se o seu espectro. Dessa forma, estudos mais recentes apontam para índices de prevalência até cinco vezes maiores, se comparados aos atuais <sup>3</sup>.

A manifestação dos sintomas do TAB costumam aparecer no final da adolescência, e, em adultos jovens, com uma idade média de aparecimento da doença de 25 anos <sup>4</sup>. Aqueles pacientes

que foram diagnosticados mais precocemente tendem a ter um atraso maior no tratamento, maior gravidade dos sintomas depressivos e níveis mais elevados de comorbidade de ansiedade e uso de substâncias <sup>5</sup>

Pacientes que vivem com TAB tem como uma das principais causas de morte o suicídio, sendo de 6% a 7% das vítimas de suicídio sendo identificadas como bipolares. Dessa forma, o risco de suicídio é de 10,7 por 100.000 por ano entre aqueles que vivem com TAB. Além disso, aproximadamente 43% dos pacientes com TAB tem ideação suicida, desses, 21% tem um plano e 16% tentou suicídio no último ano <sup>6 7 8</sup>.

Logo, o objetivo do presente estudo foi identificar a perfil epidemiológico por meio das características sociodemográficas, comportamentais e clínicas dos pacientes diagnosticados com transtorno afetivo bipolar atendidos em um serviço de saúde especializado, a fim que possa melhor conhecer esta população e, deste modo, contribuir com novas abordagens terapêuticas e de acompanhamento aos mesmos.

## **MÉTODOS**

Estudo transversal de caráter descritivo realizado a partir de dados de prontuários de pacientes internados entre dezembro de 2019 à dezembro de 2021 em um Hospital Psiquiátrico situado no município de Passo Fundo/RS. O estudo foi realizado no período de junho a julho de 2023, utilizando como instrumento de coleta de dados um questionário padronizado. Os critérios de inclusão para o presente estudo foram: pacientes de ambos os sexos, com 18 anos ou mais, diagnosticados com Transtorno Afetivo Bipolar (CID F31 e seus especificadores). Excluiu-se pacientes que, ao longo do tratamento, foram identificados outros transtornos, como esquizofrenia, *Delirium* e outros transtornos psicóticos.

Das variáveis selecionadas: a avaliação sociodemográfica da amostra inclui a idade, sexo, escolaridade, procedência e convênio. A avaliação de dados de atendimento inclui: tipo de internação e histórico de internação psiquiátrica. A avaliação dos dados clínicos inclui: comorbidades clínicas e psiquiátricas, medicamentos de uso contínuo, hábitos tóxicos. A avaliação da sintomatologia e dos padrões comportamentais inclui: importunação sexual; comportamento hipersexualizado, envolvimento em gastos descomunais, brigas e atitudes violentas com conhecidos e desconhecidos, ideação suicida ou tentativa de suicídio, exposição de si excessiva em público, exposição de si excessiva em redes sociais, uso excessivo de substâncias lícitas e ilícitas, crenças mágicas e ideias delirantes, delírios de grandeza, delírios persecutórios, delírios religiosos, alucinações, redução da necessidade de sono, destruição de objetos pessoais, automutilação, taquilalia, pensamentos acelerados e outros.

Para a obtenção dos resultados, os dados foram duplamente digitados no EpiData versão 3.1

(distribuição livre), enquanto a análise descritiva foi feita através do software PSPP (distribuição livre) e consistiu no cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, com parecer de número: 5.919.751.

## **RESULTADOS**

A amostra do estudo foi composta por 137 casos que atendiam aos critérios de inclusão. As características sociodemográficas, apresentadas na Tabela 1, demonstram que essa é composta por 67,2% de mulheres. Já a média de idade entre os pacientes foi de 45,45 ( $\pm 12,39$ ) anos.

Em relação à etnia, 92,7% são brancos. No grau de escolaridade, 25,5% não possuem ensino médio completo. Em relação à procedência, 55,5% são oriundos da mesorregião de Passo Fundo. No que tange o acesso, 56,2% internaram pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas de uma amostra de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar entre dezembro de 2019 a dezembro de 2021 atendidos em um hospital psiquiátrico de referência. Passo Fundo, RS, 2023 (n=137).

| <b>Variáveis</b>        | <b>n</b> | <b>%</b> |
|-------------------------|----------|----------|
| Sexo                    |          |          |
| Masculino               | 45       | 32,8     |
| Feminino                | 92       | 67,2     |
| Idade (anos completos)  |          |          |
| 20-29                   | 16       | 11,7     |
| 30-39                   | 32       | 23,4     |
| 40-49                   | 40       | 29,2     |
| 50-59                   | 24       | 17,5     |
| ≥ 60                    | 25       | 18,3     |
| Etnia                   |          |          |
| Branco                  | 127      | 92,7     |
| Outros                  | 10       |          |
| Escolaridade            |          |          |
| Ensino médio incompleto | 35       | 25,5     |
| Ensino médio completo   | 26       | 19       |
| Ensino superior         | 27       | 19,7     |
| Não especificado        | 49       | 35,8     |
| Procedência             |          |          |
| Passo Fundo             | 61       | 44,5     |
| Outros municípios       | 76       | 55,5     |
| Convênio                |          |          |
| SUS                     | 77       | 56,2     |
| Particular              | 60       | 43,8     |

Fonte: Elaboração própria

Em relação às características de atendimento, 93,4% dos pacientes foram internados involuntariamente ou compulsoriamente. No que tange o histórico de internação psiquiátrica, 52,6% já estiveram internados previamente (Tabela 2).

**Tabela 2.** Características de atendimento de uma amostra de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar atendidos em um hospital psiquiátrico de referência entre dezembro de 2019 a dezembro de 2021. Passo Fundo, RS, 2023 (n=137).

| <b>Variáveis</b>                       | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| Internação involuntária ou compulsória |          |          |
| Sim                                    | 128      | 93,4     |
| Não                                    | 9        | 6,6      |
| Internação psiquiátrica prévia         |          |          |
| Sim                                    | 72       | 52,6     |
| Não/ não especificado                  | 65       | 47,4     |

Fonte: Elaboração própria

De acordo com o demonstrado na tabela 3, as comorbidades clínicas mais prevalentes entre os pacientes são: hipertensão arterial sistêmica (24,8%), Hipotireoidismo (16,1%) e Diabetes Mellitus (7,3%). No que diz respeito às comorbidades psiquiátricas, 20,4% apresentam transtorno por uso de substâncias e 3,6% possuem algum transtorno de personalidade do *Cluster b*.

Em relação aos medicamentos de uso contínuo psiquiátricos, foram selecionados os medicamentos da classe dos estabilizadores de humor, anticonvulsivantes, antipsicóticos atípicos e típicos, antidepressivos e benzodiazepínicos. Dos estabilizadores de humor, o percentual do Lítio foi 26,3%. Dos anticonvulsivantes, o Valproato de Sódio 29,9%, dos antipsicóticos atípicos, a Quetiapina 18,2%, a Risperidona 16,1%, a Olanzapina 13,9%. Dos antipsicóticos típicos, a clorpromazina 8%. Dos antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina 21,9%. Dos benzodiazepínicos 32,1%.

Ademais, no que concerne hábitos tóxicos, o etilismo é de 17,5%, o tabagismo 27,7% e o uso de substâncias ilícitas é de 14,6%. Destaca-se que um mesmo paciente pode apresentar mais de uma comorbidade clínica ou psiquiátrica, fazer uso de mais de um medicamento e possuir mais de um hábito tóxico.

**Tabela 3.** Características clínicas e de saúde de uma amostra de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar atendidos em um hospital psiquiátrico de referência entre dezembro de 2019 a dezembro de 2021. Passo Fundo, RS, 2023 (n=137).

| <b>Variáveis</b>  | <b>n</b> | <b>%</b> |
|---|----------|----------|
| <b>Comorbidades clínicas (n=97)</b>                       |          |          |
| Hipertensão arterial                                      | 34       | 24,8     |
| Hipotireoidismo   | 22       | 16,1     |
| Diabetes Mellitus   | 10       | 7,3      |
| Outros  | 31       | 22,6     |
| <b>Comorbidades psiquiátricas (n=37)</b>                  |          |          |
| Transtorno por uso de substâncias                         | 28       | 20,4     |
| Transtorno de personalidade cluster b                     | 5        | 3,6      |
| Outros  | 4        | 2,9      |
| <b>Medicamentos de uso contínuo psiquiátricos (n=284)</b> |          |          |
| Lítio   | 36       | 26,3     |
| Valproato de sódio  | 41       | 29,9     |
| Quetiapina  | 25       | 18,2     |
| Risperidona   | 22       | 16,1     |
| Olanzapina  | 19       | 13,9     |
| Clorpromazina   | 11       | 8,0      |
| Inibidores seletivos da recaptção de serotonina           | 30       | 21,9     |
| Benzodiazepínicos   | 44       | 32,1     |
| Outros  | 56       |          |
| <b>Hábitos tóxicos (n=137)</b>                            |          |          |
| Etilismo  | 24       | 17,5     |
| Tabagismo   | 38       | 27,7     |
| Ilícitos  | 20       | 14,6     |
| Não/não informado   | 55       | 40,2     |

---

Fonte: Elaboração própria

Em relação aos padrões comportamentais mais comuns e a sintomatologia que culminou na internação, 38% dos pacientes se envolveram em brigas ou tiveram atitudes violentas com conhecidos e/ ou desconhecidos, 35% tiveram ideação suicida, 34,3% tiveram alucinações, 29,2% se envolveram com gastos descomunais e 29,2% tiveram a necessidade de sono reduzida. Destaca-se que o mesmo paciente pode apresentar mais de um sintoma ou padrão de comportamento descrito no prontuário. (Tabela 4).

**Tabela 4.** Padrões comportamentais e sintomatologia de uma amostra de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar atendidos em um hospital psiquiátrico de referência entre dezembro de 2019 a dezembro de 2021. Passo Fundo, RS, 2023 (n=137).

| <b>Variáveis</b>                    | <b>n</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------------|----------|----------|
| Brigas e atitudes violentas         | 52       | 38       |
| Ideação suicida                     | 48       | 35       |
| Alucinações                         | 47       | 34,3     |
| Envolvimento em gastos descomunais  | 40       | 29,2     |
| Redução da necessidade de sono      | 40       | 29,2     |
| Delírios persecutórios              | 30       | 21,9     |
| Disforia                            | 30       | 21,9     |
| Crenças mágicas e ideias delirantes | 33       | 24,1     |
| Taquilalia                          | 24       | 17,5     |
| Destruição de objetos pessoais      | 23       | 16,8     |
| Tristeza                            | 19       | 13,9     |
| Agitação psicomotora                | 18       | 13,1     |
| Outros                              | 43       | 31,4     |

---

Fonte: Elaboração própria

## **DISCUSSÃO**

O presente estudo buscou identificar o perfil epidemiológico de pacientes com o diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) entre os pacientes internados em um hospital psiquiátrico de referência no município de Passo Fundo - RS. Partindo disso, buscou descrever as características sociodemográficas, clínicas e comportamentais mais prevalentes.

A amostra analisada foi constituída majoritariamente de mulheres (67,2%), que vai ao encontro com as estimativas encontradas na literatura, que apontam que o percentual de mulheres com TAB atendidas em serviços especializados é de 63,5%<sup>9</sup>. Essa maior prevalência do número de

internações, logo, superior número de diagnóstico e intervenção sob o transtorno pode ser atribuído a fatores como estatísticas maiores de violência física, psicológica e sexual, bem como situações inerentes ao sexo feminino, como gravidez e puerpério. Além disso, por conta do estigma que transtornos mentais carregam para o sujeito e para a sociedade, homens procuram menos atendimento médico que as mulheres, em uma proporção de 38,5% para 52,2%<sup>10</sup>.

A média de idade foi de 45,45 ( $\pm 12,39$ ) anos, ao passo que na literatura os valores são semelhantes, sendo a média de idade dos pacientes atendidos em serviços psiquiátricos especializados a média de idade encontrada na população foi de 46,6 ( $\pm 11,4$ )<sup>11</sup>. A incidência tardia do TAB não está relacionada com a idade de apresentação dos sintomas, sendo esta na segunda década de vida<sup>9</sup>, mas sim com a imprecisão e atraso no diagnóstico<sup>11</sup>.

Quanto à escolaridade, 25,5% não possui ensino médio completo. A literatura aponta que os portadores de TAB possuem em média apenas nove anos completos de estudo, ou seja, ensino fundamental<sup>1</sup>. Essa baixa escolaridade pode ter consequências deletérias no tratamento, como baixa adesão aos medicamentos, e, por conseguinte, um pior desfecho<sup>11</sup>.

Por se tratar de uma amostra de pacientes atendidos em uma unidade hospitalar na cidade de Passo Fundo - RS, esperava-se que a maioria dos paciente fossem naturais do município, no entanto, 55,5% destes eram provenientes de outros municípios da mesorregião de Passo Fundo. Esse fator pode estar relacionado à alta complexidade de saúde do município que engloba internações, diagnósticos, tratamentos que não estão disponíveis nos outros municípios da mesorregião.<sup>12</sup>

A raça/cor mais prevalente neste estudo é a branca, sendo 92,7% dos pacientes. Não há evidência de que o TAB seja mais ou menos prevalente em etnias específicas ou mostre um perfil epidemiológico distinto. Fatores de confusão podem ocorrer, como a existência de fatores ambientais relacionados a um maior risco de desenvolvimento do TAB, aos quais pessoas de determinada etnia podem estar expostas<sup>13</sup>. Além disso, 79% são declarados brancos no estado do Rio Grande do Sul<sup>12</sup>.

No que tange o convênio de acesso à internação, apesar do avanço da Política Nacional de Saúde Mental em reduzir progressivamente os leitos hospitalares e aumentar a oferta de serviços substitutivos, 56,2% dos pacientes foram internados via Sistema Único de Saúde<sup>14</sup>.

Em relação ao tipo de internação, 93,4% dos pacientes foram internados de maneira involuntária ou compulsória. Esse tipo de internação não-voluntária predomina na literatura, em que cerca de 86% dos pacientes são internados desta maneira. De acordo com a lei 10.216, de 6 de abril de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, a internação psiquiátrica é apenas indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes, e deverá ser acompanhada por equipe multiprofissional; além disso, somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos<sup>11 15</sup>.

Alguns pacientes apresentavam mais de uma causa justificável para a internação, e a razão predominante para tal foi o envolvimento em brigas ou atitudes violentas. De acordo com a literatura, a agressividade e o risco a terceiros se encontram em momentos em que os estados patológicos de elevação do humor são acompanhados de prejuízos funcionais. Assim, o grau de incapacidade e as alterações de comportamento, como agressividade, falta de crítica e da capacidade de julgamento da realidade, causam comprometimento social e urge intervenção médica<sup>16 17</sup>.

Após, em segundo lugar de causa de internação, tem-se a ideação suicida. Geralmente, o suicídio é uma complicação das doenças psiquiátricas, sendo que mais de 90% das vítimas de suicídio têm alguma doença psiquiátrica diagnosticável. E, dentre essas doenças, os transtornos de humor, como o TAB, são os mais comumente associados ao suicídio e às tentativas de suicídio. Sendo, portanto, a prevalência de uma ou mais tentativa de suicídio ao longo da vida de 29,2% dos pacientes com TAB<sup>9 16 18 19</sup>.

No que tange às comorbidades clínicas, tem-se que os transtornos de humor constituem um grande problema de saúde pública por conta da relação íntima com outras doenças clínicas, além da perda da funcionalidade e piora da qualidade de vida associada a essas outras morbidades, resultando, dessa forma, um aumento significativo da morbimortalidade<sup>20 21 22</sup>.

Fatores de risco para o desenvolvimento de doenças clínicas - como tabagismo, sedentarismo, dieta inadequada -, juntamente com outras condições médicas - como doenças cardiovasculares - são mais prevalentes em pacientes com TAB quando comparados a grupo controle sem o transtorno<sup>23</sup>. Porém, o foco exclusivo na doença psiquiátrica pode causar o não reconhecimento das outras doenças clínicas nessa população<sup>24</sup>.

No presente estudo, 7,3% possuem Diabetes Mellitus (DM). Em um estudo de Gomes et al. realizado com 159 pacientes em Porto Alegre e São Paulo, 13,2% apresentavam DM<sup>25</sup>. Em relação à fisiopatologia, existem características em comum a nível genético, molecular, celular, fisiológico e comportamental entre o TAB e o DM, o que pode explicar essa comorbidade<sup>26</sup>. Ao encontro com o estudo de Barbosa et al., em que a comorbidade clínica mais prevalente foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (29,8%), este estudo mostra que 24,8% dos pacientes possuem essa moléstia, sendo, também, a comorbidade mais prevalente da amostra<sup>27</sup>.

Além das comorbidades citadas, o hipotireoidismo foi encontrado em 16,1% dos pacientes. Sabe-se que o tratamento com Carbonato de Lítio pode estar relacionado à disfunção tireoidiana. Porém, não é possível apontar se a causa do hipotireoidismo nesses pacientes deve-se à litioterapia ou às alterações tireoideanas que podem fazer parte do mecanismo fisiopatológico do TAB<sup>28</sup>.

Outrossim, os pacientes deste estudo também apresentaram comorbidades psiquiátricas: 20,4% apresentam transtorno por uso de substâncias e 3,6% possuem algum transtorno de personalidade do *Cluster b*. Não é incomum a relação entre TAB e outras comorbidades

psiquiátricas, como transtorno por uso de substância, transtornos ansiosos, transtornos de personalidade, em especial do cluster B (principalmente os transtornos borderline e histriônico), transtorno de controle de impulsos, entre outros <sup>4 29</sup>.

No que concerne ao tratamento farmacológico, deve-se dar preferência às medicações com maiores evidências de ação anti maníaca: lítio, valproato (ácido valpróico, divalproato) e carbamazepina (CBZ), além dos antipsicóticos típicos, como o haloperidol e a clorpromazina, e dos atípicos Risperidona e Olanzapina. O percentual do uso de Lítio neste estudo foi 26,3%. O lítio é o medicamento que mais possui evidência de profilaxia de novos episódios de humor, incluindo depressão e mania, além de ser eficaz no tratamento da mania aguda. A eficácia do lítio se equiparou às do ácido valpróico, que neste estudo teve um percentual de 29,9%. Os benzodiazepínicos foram os mais utilizados (32,1%). Benzodiazepínicos são medicamentos seguros e bem tolerados, mesmo quando usados em associação com outras classes farmacológicas, como antidepressivos, estabilizadores do humor e antipsicóticos. Embora induza à sonolência, os benzodiazepínicos possuem um índice terapêutico elevado, seu perfil de segurança é mais vantajoso se comparado às reações extrapiramidais ou discinesia tardia observadas com os antipsicóticos, os quais pacientes bipolares estão mais vulneráveis pelo seu uso. Em estudo de metanálise sobre o uso de clonazepam na mania aguda, verificou-se que o clonazepam é eficiente e seguro no tratamento da mania aguda. Além disso, alguns pacientes tomando neurolépticos juntamente com o lítio podem se beneficiar com a substituição por clonazepam e lítio. Como medicamento adjunto, o uso de clonazepam poderia reduzir a frequência de ciclos <sup>30 31</sup>.

O uso de substâncias entre os pacientes teve o percentual de 17,5% para etilismo, 27,7% para tabagismo e o uso de substâncias ilícitas é de 14,6%. O uso de substâncias psicoativas é esperado no TAB, haja vista que é uma comorbidade psiquiátrica comum, como dito anteriormente. O uso do tabaco pelos pacientes bipolares é três vezes maior que na população geral. A literatura aponta que 50% dos indivíduos com essa morbidade são fumantes e 80% já fumaram ao longo da vida. Em relação ao álcool, entre 60 a 85% fazem uso indevido ao longo da vida. Apesar das substâncias psicoativas e ilícitas, entre 20% a 45% as utilizam <sup>4 32 33</sup>.

Quanto às limitações do estudo, em virtude da utilização de dados secundários obtidos por acesso aos prontuários, o viés de informação a partir do instrumento de registro trouxe alguns obstáculos para coleta. Ademais, houve problemas no preenchimento de informações nos prontuários dos pacientes, acarretando em ausência de informações em variáveis importantes, como a presença de comorbidades clínicas e psiquiátricas associadas, escolaridade e descrição precisa dos sinais e sintomas do paciente no momento do atendimento.

## CONCLUSÕES

Este estudo mostra a importância de ter-se entendimento sobre saúde mental e transtornos psiquiátricos, como o Transtorno Afetivo Bipolar. A repercussão dos problemas gerados pelo transtorno não afeta apenas os pacientes, mas também os familiares e a qualidade de vida de ambos, bem como gera impactos econômicos, sociais e afetivos. Além disso, o elevado índice de suicídio entre os portadores de TAB reitera essa importância.

Destarte, é imperativo que haja a detecção precoce dos transtornos mentais, bem como a articulação dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, além do investimento na infraestrutura dos serviços e na capacitação dos profissionais, a fim de que os quadros graves da doença sejam mitigados e, quando ocorrerem, manejados da melhor forma. Essas estratégias podem auxiliar não apenas no acolhimento e na resolução de quadros agudos, mas na qualidade de vida de quem sofre e da família dos doentes.

Assim, a continuidade na produção de estudos sobre o perfil epidemiológico de pacientes com TAB se faz imprescindível para a elaboração de medidas que sejam, de fato, efetivas no combate ao processo de agravamento dos sinais e sintomas do transtorno, bem como o adoecimento de pacientes estabilizados.

## REFERÊNCIAS

- 1 Smith, D. J., Whitham, E. A., Ghaemi, S. N. (2012) Bipolar Disorder. Handbook of Clinical Neurology. 106, 251-263
- 2 Anderson I. M., Haddad P.M., Scott J. Bipolar disorder. (2012) BMJ. 27;345:e8508.
- 3 Ribeiro, M., Laranjeira, R., Cividanes, G. (2005) Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. Rev. Psiq. Clín. 32, supl 1; 78-88, 2005
- 4 Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Beaulieu, S., Alda, M., & Ravindran, A. (2013). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. Bipolar disorders,15(1), 1-44
- 5 Joslyn, C., Hawes, D. J., Hunt, C., Mitchell, P.B. (2016). s age of onset associated with severity, prognosis, and clinical features in bipolar disorder? A meta-analytic review. Bipolar Disord. 18(5):389-403
- 6 Webb, R.T., Lichtenstein, P., Larsson, H., Geddes, J. R., Fazel, S. (2014) Suicide, hospital-presenting suicide attempts, and criminality in bipolar disorder: examination of risk for multiple adverse outcomes. J Clin Psychiatry.75:e809-16.
- 7 Schaffer, A., Isometsa, E. T., Tondo, L., et al. (2015). Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. Aust N Z J Psychiatry. 49:785-802
- 8 Merikangas, K.R., Jin, R., He, J-P, et al. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. Arch Gen Psychiatry. 68:241-51
- 9 Scussel F, Salvador LC, Brandão LS, Feier G. (2016). Perfil clínico dos pacientes com transtorno bipolar atendidos em um ambulatório especializado na região sul catarinense. Arquivos Catarinenses de Medicina, 45(4):3-10
- 10 Dias, R. D. S., Kerr-Corrêa, F., Torresan, R. C., Santos, C. H. R. D. (2006). Transtorno bipolar do humor e gênero. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 33(2), 80-91.
- 11 Petkevicius GA de M, Roscoche KGC, Soares ABS, Sousa AAS de, Aguiar ASC de, Felício JF. (2020). Clinical - epidemiological profile of people with bipolar disorder in psychiatric hospitalization. RSD, 9(9):e394997282.
- 12 .INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: . Acessado em: 11 de outubro de 2023
- 13 Sanches, M., Jorge, M. R. (2004) Transtorno afetivo bipolar: um enfoque transcultural. Rev Bras Psiquiatr, 26(Supl III):54-6 (era o 27)
- 14 Rocha HA da, Reis IA, Santos MA da C, Melo APS, Cherchiglia ML. Psychiatric hospitalizations by the Unified Health System in Brazil between 2000 and 2014. Rev Saúde Pública [Internet]. 2021;55:14. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002155>

- 15 Barros, D. M., & de Padua Serafim, A. (2009). Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. *Archives of Clinical Psychiatry*. 36(4), 175-177
- 16 Townsend, M. C. (2014). Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências. In *Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências*, 956-956.
- 17 Quevedo, J., & Carvalho, A. (2014). *Emergências psiquiátricas* (3a ed.). Porto Alegre, RS. Artmed.
- 18 Bosaipo, N. B., Borges, V. F., & Juruena, M. F. (2017). Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. *Revista FMRP- USP*, 72-84.
- 19 Nery, F. F., Miranda, A. S. (2013). Suicidal behavior in bipolar affective disorder and socio-demographic, clinical and neuroanatomical characteristics associated. *Arch. Clin. Psychiatry (Impr.)* ; 40(6): 220-224
- 20 Enn, H. H., Bauer M. S., Alshuler, L., Evans, D. R., Williford, W. O., Kilbourne, A. M., et al. (2005). Medical comorbidity and health-related quality of life in bipolar disorder across the adult age span. *J Affect Disord.*;86:47-60.
- 21 Upfer, D. J. (2005) The increasing medical burden in bipolar disorder. *JAMA*, 293:2528-30.
- 22 Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., Nordentoft, M., Mortensen, P.B. (2007) Increased Mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 68:899-907
- 23 Gomes, F. A. (2016) Transtorno bipolar e comorbidades clínicas. *Debates em Psiquiatria*, 6(5):20-3
- 24 Vans, D.L., Charney, D.S. (2003) Mood disorders and medial illness: a major public health problem. *Biol Psychiatry*, 54:177-80.
- 25 Gomes, F.A., Almeida, K. M., Magalhães, P.V., Caetano, S. C., Kauer-Sant'Anna, M., Lafer, B., et al. (2013). Cardiovascular risk factors in out patients with bipolar disorder: a report from the Brazilian Research Network in Bipolar Disorder. *Rev Bras Psiquiatr*, 35:126-30.
- 26 McIntyre, R.S., Konarski, J.Z., Misener, V.L., Kennedy, S. H. (2005) Bipolar disorder and diabetes mellitus: epidemiology, etiology, and treatment implications. *Ann Clin Psychiatry*, 17:83-93
- 27 Barbosa, I. G., Ferreira, R. A., Huguet, R. B., Rocha, F. L., Salgado, J. V., Teixeira, A. L. (2011). Comorbidades clínicas e psiquiátricas em pacientes com transtorno bipolar do tipo I. *J. bras. psiquiatr*, 60(4): 271-276.
- 28 Chakrabarti, S. (2011). Thyroid functions and bipolar affective disorder. *J Thyroid Res*, 2011:306367.
- 29 Sanches, R. F., Assunção, S., Hetem, L. A. B. (2005). Impacto da comorbidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. *Rev. Psiq. Clín.* 32, supl 1; 71-77.

30 Moreno, R. A., Moreno, D. H., Soares, M. B. M, Ratzke, R. (2004). Anticonvulsivantes e antipsicóticos no tratamento do transtorno bipolar. *Rev Bras Psiquiatr.* 26(Supl III):37-43

31 Moreno, R. A., Moreno, D. H., & Ratzke, R.. (2005). Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32, 39–48.

32 Ribeiro, M., Laranjeira, R., Cividanes, G. Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. (2005). *Rev. Psiq. Clín.* 32, supl 1; 78-88

33 Gigliotti, A., Copetti, J. (2021). Transtorno bipolar e transtorno por uso de substâncias. Diretrizes para o Diagnóstico e Tratamento de Comorbidades Psiquiátricas e Transtornos por Uso de Substâncias.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após a execução do projeto de pesquisa e da apresentação do resultado no artigo científico, conclui-se que os sintomas que mais levaram os pacientes à internação remetem àqueles de característica maníaca ou mista, sendo mais raro, portanto, pacientes deprimidos internarem. Por conta disso, a sintomatologia que culminou na internação é de caráter impulsivo, transgressor, que implica risco aos pacientes e outros. Além disso, uma das principais comorbidades psiquiátricas é a relacionada ao transtorno por uso de substâncias, confirmando parte das hipóteses estabelecidas anteriormente à pesquisa e cumprindo integralmente os objetivos.

A revista escolhida para nortear as normas do artigo foi Cadernos de Saúde Pública, no entanto, alguns ajustes ainda devem ser feitos no artigo científico de maneira a obedecer às normas da revista.

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
FRONTEIRA SUL - UFFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL

**Pesquisador:** Renata dos Santos Rabello

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 67388723.9.0000.5564

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.919.751

**Apresentação do Projeto:**

**TRANSCRIÇÃO – RESUMO**

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é considerado uma das doenças mentais com grande impacto na vida de quem vive com a doença. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o transtorno é uma das principais causas de incapacitação entre pessoas em idade ativa por apresentar alta morbidade e risco para suicídio. O presente estudo objetiva identificar perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com TAB que foram atendidos em um hospital de referência entre os anos de 2019 a 2021, no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal, descritivo, cujo objetivo será descrever as características clínico-epidemiológicas de pacientes diagnosticados com Transtorno Afetivo Bipolar atendidos em um hospital terciário. A amostra do estudo será composta por todos os pacientes cujo diagnóstico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), foi de

Transtorno Afetivo Bipolar atendidos em um hospital terciário. A amostra do estudo será composta por todos os pacientes cujo diagnóstico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), foi de Transtorno Afetivo Bipolar (CID F31) na entrada ou no momento da alta hospitalar. Serão incluídos os pacientes atendidos de dezembro de 2019 a dezembro de 2021, excluindo aqueles que no momento da alta, ou ao longo das evoluções, foram diagnosticados com outros transtornos psiquiátricos, como esquizofrenia, Delirium e outros transtornos psicóticos. A busca de dados será feita por meio da análise de prontuários, buscando informações sociodemográficas (idade, sexo, raça/cor, procedência), de saúde (histórico de internações psiquiátricas prévias, comorbidades, medicamentos de uso

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.802-112  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.919.751

contínuo, hábitos tóxicos - como tabagismo e etilismo), clínicas e de atendimento (dados de admissão do paciente, História da Doença atual: principais padrões comportamentais do paciente em quadro agudo descritos na admissão e tempo de início dos sintomas). A amostra será composta por 240 pacientes, sem diferenças entre os sexos, com idade média de 30 anos, de cor de pele branca, em estado de mania franca. Os padrões comportamentais mais frequentes são aqueles relativos a atos impulsivos, imprudentes, transgressores e agressivos, os quais implicam risco para o paciente e para as pessoas ao redor. Dentre as principais comorbidades, os transtornos ansiosos, comportamentais e de abuso de substância serão os mais prevalentes.

**COMENTÁRIOS:**

Adequado.

**Objetivo da Pesquisa:**

**TRANSCRIÇÃO – HIPÓTESE:**

As principais características sociodemográficas dos pacientes serão pessoas com mais de 18 anos, sem diferença entre os sexos, desempregados ou em trabalhos informais, procedentes de Passo Fundo ou de cidades inseridas na mesorregião do Noroeste Rio-Grandense. As comorbidades mais frequentemente observadas serão outros transtornos psiquiátricos, como os de ansiedade, os comportamentais e os relacionados ao abuso de substâncias. A polaridade que culminou em internação será a maníaca. Os padrões comportamentais mais frequentes são aqueles relativos a atos impulsivos, imprudentes, transgressores e agressivos, os quais implicam risco para o paciente e para as pessoas ao redor.

**HIPÓTESE – COMENTÁRIOS:**

Adequado.

-----  
**TRANSCRIÇÃO – OBJETIVOS:**

Objetivo Primário: Descrever o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar atendidos em hospital de referência no Norte do Rio Grande do Sul.

Objetivo Secundário: Descrever características sociodemográficas, de saúde, clínicas e de

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.802-112  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.919.751

atendimento de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar; Analisar a sintomatologia da polaridade que levou o paciente à internação em hospital de referência; Descrever os padrões de comportamento dos pacientes.

**OBJETIVO PRIMÁRIO – COMENTÁRIOS:**

Adequado.

**OBJETIVOS SECUNDÁRIOS – COMENTÁRIOS:**

Adequado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**TRANSCRIÇÃO – RISCOS:**

Os riscos desse projeto de pesquisa envolvem a quebra de sigilo e a identificação do paciente, uma vez que os dados serão coletados em prontuários. Nesse sentido, a fim de minimizá-los, os pesquisadores do presente projeto assinarão o Termo de Compromisso Para Uso de Dados em Arquivo - TCUDA (Apêndice C). Além disso, os nomes dos pacientes, bem como seus números de registro em prontuário, não serão revelados e serão substituídos por números aleatórios. Ademais o, a coleta se dará em espaço privativo e apenas na presença da autora do projeto, sem nenhum acompanhante. Caso o risco venha a se concretizar, a instituição será informada, e esses participantes serão excluídos da amostra. Além disso, os pesquisadores (autora, orientadora e coorientadora) 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.

**RISCOS – COMENTÁRIOS:**

Adequado.

**TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS:**

No que tange os benefícios, estes não se darão de forma direta aos participantes e sim de forma geral à comunidade, em virtude da natureza do estudo. Pode-se citar como benefício um melhor conhecimento do perfil epidemiológico psiquiátrico da população atendida no serviço especializado. Dessa forma, essas informações poderão ser utilizadas pelo serviço para qualificar e aprimorar a assistência dada a esses pacientes e seus familiares, bem como mitigar erros de

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.802-112  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



diagnóstico.

**BENEFÍCIOS – COMENTÁRIOS:**

Adequado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**TRANSCRIÇÃO – DESENHO:**

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal, descritivo. O estudo será realizado no Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes, localizado no município de Passo Fundo - Rio Grande do Sul, no período de março de 2023 a dezembro de 2023.

**TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA PROPOSTA:**

A população deste estudo compreenderá pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar não estabilizados, em quadro agudo do transtorno e que foram atendidos no hospital mencionado. A amostra será do tipo não probabilística e selecionada por conveniência incluindo os pacientes com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar atendidos de dezembro de 2019 a dezembro de 2021. Nesse período de tempo, estima-se que o tamanho da amostra desta pesquisa seja de 240 pacientes, conforme o registro de procedimentos hospitalares. Os dados serão coletados por meio de acesso ao sistema de prontuários eletrônicos com login e senha específicos fornecidos pelo hospital em questão. Essa coleta será realizada semanalmente pela acadêmica autora deste projeto e se dará em computadores em sala reservada — como consultórios — dentro da própria instituição, conforme os períodos vagos no calendário acadêmico do semestre em questão da autora. Além disso, a coleta de dados não atrapalhará a rotina do serviço em questão. Do instrumento de coleta da pesquisa (Apêndice A), o presente trabalho analisará dados sociodemográficos (idade, sexo,

raça/cor, procedência), de saúde (histórico de internações psiquiátricas prévias, comorbidades, medicamentos de uso contínuo, hábitos tóxicos — como tabagismo e etilismo), clínicas e do atendimento (dados de admissão do paciente: frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, outros; História da Doença Atual: principais padrões comportamentais/ sintomatologia do paciente em quadro agudo do TAB descritos na admissão, tais como importunação sexual, envolvimento em gastos descomunais, brigas e atitudes violentas com conhecidos e desconhecidos, ideação suicida ou tentativa de suicídio, exposição de si excessiva em redes sociais, uso excessivo de substâncias aditivas lícitas e ilícitas, crenças mágicas e ideias delirantes, alucinações, entre outros; e tempo de início dos sintomas.

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

**Bairro:** Área Rural

**CEP:** 89.802-112

**UF:** SC

**Município:** CHAPECO

**Telefone:** (49)2049-3745

**E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.919.751

Após a ciência e concordância do Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes (vinculado ao Hospital das clínicas), 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, por meio da Solicitação de dispensa do TCLE (Apêndice B). A coleta de dados será iniciada somente após a aprovação deste protocolo. Ao final da conclusão deste projeto, será dada uma devolutiva para a instituição por meio de uma cópia do próprio trabalho de curso. Além disso, os resultados serão divulgados em eventos científicos, por meio de apresentações oral e resumos expandidos, bem como publicados no formato de artigos científicos. Os dados ficarão armazenados no computador da autora, que é protegido por login e senha de acesso restrito a ela. Após cinco anos, os dados serão deletados do computador, de forma permanente, por meio da exclusão desses da lixeira. Os resultados desta pesquisa permitirão o conhecimento da realidade de um hospital de referência do município de Passo Fundo - RS a partir dos casos de TAB I e II atendidos. Aprofundar as informações acerca da realidade local pode contribuir para a otimização do atendimento e das intervenções desses pacientes, assim como, acrescentar ao conhecimento previamente descrito na literatura. Mediante isso, os resultados deste estudo acrescentarão ao conhecimento de profissionais da área da saúde mental, os quais poderão, dentro da sua realidade, elaborar estratégias para aprimorar as escolhas terapêuticas baseada em evidências, amenizar as complicações de quadros previamente não estabilizados e mitigar os prognósticos desfavoráveis.

**DESENHO e METODOLOGIA PROPOSTA – COMENTÁRIOS:**

Nos campos "desenho" ou "metodologia proposta", conforme número de caracteres disponíveis na plataforma Brasil, os pesquisadores deverão:

Adequado.

**TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE INCLUSÃO:**

Serão incluídos pacientes de ambos os sexos, com 18 anos de idade ou mais, diagnosticados com Transtorno Afetivo Bipolar (CID F31).

**CRITÉRIO DE INCLUSÃO – COMENTÁRIOS:**

Adequado.

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.802-112  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



---

**TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE EXCLUSÃO:**

Os critérios de exclusão abrangem pacientes que, ao longo do tratamento, foram identificados outros transtornos, como esquizofrenia, Delirium e outros transtornos psicóticos, e descartado o diagnóstico de TAB.

**CRITÉRIO DE EXCLUSÃO – COMENTÁRIOS:**

Adequado.

---

**TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS**

Os dados serão duplamente digitados em banco a ser criado no software EpiData versão 3.1 e transferidos para programa estatístico PSPP, no qual serão realizadas as análises estatísticas. Ambos os softwares são de distribuição livre. A análise consistirá de distribuição absoluta e relativa das frequências das variáveis categóricas e de medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis numéricas para caracterização da amostra.

**METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS – COMENTÁRIOS:**

Adequado.

---

**TRANSCRIÇÃO – DESFECHOS**

Descrição do perfil clínico-epidemiológico e dos padrões de comportamento de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar.

**DESFECHOS – COMENTÁRIOS:**

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <b>Endereço:</b> Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar |                                     |
| <b>Bairro:</b> Área Rural   | <b>CEP:</b> 89.802-112              |
| <b>UF:</b> SC   | <b>Município:</b> CHAPECÓ           |
| <b>Telefone:</b> (49)2049-3745  | <b>E-mail:</b> cep.uffs@uffs.edu.br |



Adequado.

---

**CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO**

Adequado.

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

**FOLHA DE ROSTO:**

Adequado.

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ONDE SERÃO COLETADOS OS DADOS:**

Adequado.

**TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO (por exemplo: prontuários):**

Adequado

**JUSTIFICATIVA PARA A NÃO-OBTENÇÃO (OU DISPENSA) DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (no projeto detalhado, e também como anexo separado na**

plataforma brasil):

Adequado.

**Recomendações:**

As sugestões a seguir, embora recomendáveis, são de modificação opcional:

# Sugere-se incluir dentro das etapas cronológicas o envio dos Relatórios Parciais (a cada 6 meses a partir da aprovação pelo CEP mediante emissão do parecer consubstanciado).

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

Não há pendências e/ou inadequações éticas, baseando-se nas Resoluções 466/2012 e 510/2016,

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.802-112  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.919.751

do Conselho Nacional de Saúde, e demais normativas complementares. Logo, uma vez que foram procedidas pelo/a pesquisador/a responsável todas as correções apontadas pelo parecer consubstanciado de número 4.097.470, emitido em 19 de Junho de 2020, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFSS) julga o protocolo de pesquisa adequado para, a partir da data deste novo parecer consubstanciado, agora de APROVAÇÃO, iniciar as etapas de coleta de dados e/ou qualquer outra que pressuponha contato com os/as participantes. Sugere-se incluir dentro das etapas cronológicas o envio dos Relatórios Parciais (a cada 6 meses a partir da aprovação pelo CEP mediante emissão do parecer consubstanciado).

**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/UFSS 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/UFSS. 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 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/UFSS.

Em caso de dúvida:

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

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte

|  |
|--|
| <b>Endereço:</b> Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar              |
| <b>Bairro:</b> Área Rural <b>CEP:</b> 89.802-112   |
| <b>UF:</b> SC <b>Município:</b> CHAPECO  |
| <b>Telefone:</b> (49)2049-3745 <b>E-mail:</b> <a href="mailto:cep.uffs@uffs.edu.br">cep.uffs@uffs.edu.br</a> |



Continuação do Parecer: 5.919.751

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_BÁSICAS_DO_PROJETO_2067279.pdf | 15/02/2023<br>16:23:38 |                           | Aceito   |
| Outros  | Instrumento.docx                              | 15/02/2023<br>16:23:13 | Renata dos Santos Rabello | Aceito   |
| Outros  | TCUDA.pdf                                     | 15/02/2023<br>16:22:09 | Renata dos Santos Rabello | Aceito   |
| Declaração de concordância                                | Concordancia_HC.pdf                           | 15/02/2023<br>16:21:46 | Renata dos Santos Rabello | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | projeto.pdf                                   | 15/02/2023<br>16:21:28 | Renata dos Santos Rabello | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | dispensa_tcle.pdf                             | 15/02/2023<br>16:20:52 | Renata dos Santos Rabello | Aceito   |
| Folha de Rosto  | FRBarbara.pdf                                 | 15/02/2023<br>16:19:56 | Renata dos Santos Rabello | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CHAPECO, 02 de Março de 2023

---

**Assinado por:**  
**Izabel Aparecida Soares**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.802-112  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

# ANEXO B

## NORMAS DA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

### INSTRUÇÃO PARA AUTORES

Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista é publicada por meio eletrônico. CSP utiliza o modelo de publicação continuada, publicando fascículos mensais. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

#### 1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

- 1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).
- 1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critérios das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).
- 1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras.
- 1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o [PROSPERO](#). O [Editorial 32\(9\)](#) discute sobre as revisões sistemáticas ([Leia mais](#)).
- 1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) ([Leia mais](#)). O [Editorial 29\(6\)](#) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.
- 1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) ([Leia mais](#)).
- 1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de [pesquisa etiológica](#) na epidemiologia e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#). Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o [Editorial 32\(8\)](#).
- 1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).
- 1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).
- 1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

#### 2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

- 2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.
- 2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
- 2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.
- 2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).
- 2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

#### 3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

- 3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
- 3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados com base em orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](#)) e do Workshop ICTPR.
- 3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [Clinical Trials](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

#### 4. FONTES DE FINANCIAMENTO

- 4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- 4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
- 4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

#### 5. CONFLITO DE INTERESSES

- 5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

#### 6. COLABORADORES E ORCID

- 6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- 6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.
- 6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do [ORCID](#) no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.
- 6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

#### 7. AGRADECIMENTOS

- 7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

#### 8. REFERÊNCIAS

- 8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva <sup>1</sup>). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.
- 8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).
- 8.3 – No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

#### 9. NOMENCLATURA

- 9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

#### 10. ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

- 10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao

cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

10.4 – CSP é filiado ao [COPE](#) (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o [Editorial 34\(1\)](#).