



ARTIGO ORIGINAL

PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES COM TRANSTORNO BIPOLAR ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO NA REGIÃO SUL CATARINENSE**CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER TREATED AT A SPECIALIZED CLINIC IN SOUTHERN SANTA CATARINA**

Flavia Scussel¹
Lais Cechinel Salvador¹
Lêda Soares Brandão²
Gustavo Feier³

RESUMO

Introdução: O transtorno bipolar é uma doença crônica e grave, caracterizada por episódios recorrentes, representando um enorme fardo aos indivíduos acometidos e seus familiares. **Objetivos:** Conhecer o perfil clínico de pacientes com transtorno bipolar atendidos em um ambulatório especializado do Sul Catarinense. **Metodologia:** Realizou-se um estudo exploratório, descritivo, transversal, retrospectivo e de abordagem quantitativa, totalizando 50 prontuários de pacientes diagnosticados com Transtorno Bipolar tipo I conforme Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I. **Resultados:** Da amostra, a média de idade foi de 46,6(±11,4), 68% composta por mulheres, com média de 9,1(±5,0) anos de estudos completos, 68,0% se declararam em união estável e apenas 30% exercia trabalho remunerado. A média de idade do início dos sintomas foi de 27,6(±12,2) anos, tendo a depressão como primeiro diagnóstico em 46,0% e após 9,0(±11,4) anos foi confirmado o diagnóstico. Da casuística, 16% tentaram suicídio e 52% referiram ser cicladores rápidos, a média de internações hospitalares foi de 2 internações por paciente. **Conclusão:** O perfil epidemiológico revelado foi composto em sua maioria por mulheres com idade superior a 40 anos, em união estável, de baixa escolaridade e sem trabalho remunerado. O início dos sintomas ocorreu mais comumente em adultos jovens, sendo a depressão o principal diagnóstico e somente após 9 anos foi que se obteve o diagnóstico correto. Afetando o curso e a gravidade, levando a maiores probabilidades de recorrência dos episódios e resultando em mais cicladores rápidos, tentativas de suicídio e internações hospitalares.

Palavras chaves: Transtorno bipolar. Epidemiologia. Depressão bipolar. Transtorno maníaco.

ABSTRACT

Introduction: The bipolar disorder is a chronic, serious disease characterized by recurrent episodes, representing a huge burden to the affected individuals and their familiars. **Objectives:** to know the clinical profile of the patients with bipolar disorder attended in a specialized ambulatory from the south of the state. **Methodology:** It was performed an exploratory, descriptive, cross-sectional, retrospective search of quantitative approach, having a total of 50 records of patients diagnosed with Bipolar Disorder Type I, according to the Structured Clinical Interview for Axis I Disorders. **Results:** From the sample, the average age was 46, 6(±11,4), 68% composed of women, with an average of 9,1 (+-

¹ Graduadas em medicina - Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC.

² Médica. Especializada em Psiquiatria pela Universidade de São Paulo. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense. Professora de Psiquiatria e de relação médico paciente da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

³ Médico. Doutor em Ciências da Saúde na Universidade do Extremo Sul Catarinense. Coordenador da 3ª fase do curso de medicina na Universidade do Extremo Sul Catarinense. E-mail: gustavofeier@hotmail.com.



5,0) years of completed studies, 68,0% of them declared themselves in a stable union and only 30% had a paid job. The average age of the beginning of the symptoms was 27, 6 (+-12, 2) years, having depression as primary diagnosis in 46, 0% of them, with the diagnosis being confirmed only after 9, 0(\pm 11,4) years. Of casuistry, 16% attempted suicide and 52% referred being rapid cyclers, the average number of hospitalizations was 2 hospitalizations per patient. **Conclusion:** the revealed epidemiological profile was mainly composed by women with age over 40 years old, in a stable union, with low education and without a paid job. The initial symptoms occurred more commonly in young adults, being depression the main diagnosis. The correct diagnosis was obtained only after nine years, affecting the course and severity of the disorder, leading to higher probabilities of recurrence of the episodes and resulting in more fast cyclers, suicide attempts and hospitalizations.

Keywords: Bipolar disorder. Epidemiology. Bipolar depression. Maniac disorder.

INTRODUÇÃO

O transtorno bipolar (TB) possui caráter crônico e recorrente, com incidência de 0,5% a 1% durante a vida, representando um enorme fardo financeiro e emocional aos pacientes afetados e a suas famílias ⁽¹⁾. Possui igual prevalência em ambos os sexos, os indivíduos casados apresentam taxas mais baixas de transtorno bipolar do que pessoas solteiras e divorciadas, refletindo possivelmente nas condições da doença ⁽²⁾.

O transtorno geralmente tem suas manifestações a partir do início da vida adulta e isso, somado à dificuldade em diagnosticar a doença, leva ao aumento da morbidade e da mortalidade constituindo um grande problema de saúde ⁽³⁾. Além disso, o TB está em grande parte associado à ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio ⁽³⁾, e a diminuição na capacidade cognitiva e funcional dos indivíduos acometidos, mesmo em fase eutímica ⁽⁴⁾.

O Reconhecimento da perturbação bipolar é um importante problema de saúde e a demora em diagnosticar eleva ainda mais o impacto da doença. Um maior conhecimento sobre a real prevalência do transtorno e suas características clínicas proporciona, possivelmente, aos profissionais da saúde um diagnóstico precoce e um tratamento adequado nos indivíduos acometidos.

Baseado nestas informações, o presente estudo visa obter o perfil clínico de um grupo de pacientes atendidos a nível ambulatorial, com diagnóstico de transtorno bipolar.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo exploratório, descritivo, de caráter transversal, retrospectivo e de abordagem quantitativa; aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do local de realização do estudo, sob o protocolo de número 208.253/2013.

O presente estudo foi realizado através da análise de uma amostra de acordo com Barbeta ⁽⁶⁾, composta por um total de 50 prontuários de pacientes com diagnóstico de Transtorno Bipolar do tipo I confirmado pela Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I (SCID-I)



do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da 4^o Ed. texto revisado (DSM-IV) atendidos em um ambulatório especializado da região Sul Catarinense, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2012.

Foram incluídos na pesquisa os prontuários de indivíduos com transtorno bipolar do tipo I com episódio atual eutímico, maníaco, misto ou depressivo, com idade a partir de 18 anos e que estavam sem o uso de medicação ou usando qualquer tipo de medicação para tratamento do transtorno.

O estudo foi realizado na Universidade do Extremo Sul Catarinense, na cidade de Criciúma, Santa Catarina. Para a coleta dos dados foi elaborado pelos autores um instrumento, onde as informações coletadas consistem em: iniciais dos pacientes, idade, data de nascimento, sexo (masculino e feminino), estado conjugal (solteiro, união estável, viúvo, separado ou divorciado), ocupação (trabalho remunerado, do lar, auxílio doença, aposentado por invalidez, aposentado por tempo de serviço, sem ocupação), anos de estudo, idade do primeiro episódio da doença, tipo de primeiro episódio (mania, depressão, misto, hipomania, não sabe), idade que recebeu o diagnóstico médico pela primeira vez, número de hospitalizações psiquiátricas, ciclador rápido e se houve tentativa de suicídio.

O banco de dados, bem como, a análise estatística foram realizados no *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0. Para as variáveis quantitativas (idade, anos de estudo, idade do primeiro episódio, idade que recebeu o diagnóstico médico, tempo de evolução entre a idade do primeiro episódio e a idade em idade que recebeu o diagnóstico médico e número de hospitalizações) calculou-se a média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo. Para as variáveis qualitativas (sexo, estado civil, ocupação, tipo de primeiro episódio, presença de ciclagem rápida e tentativa de suicídio) calcularam-se as frequências absoluta e relativa. Para verificar se o número de hospitalizações possuía distribuição normal entre as categorias do suicídio foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk e como resultou em $p < 0,05$ utilizamos o teste U de Mann-Whitney para análise das médias acima citadas.

RESULTADOS

Nossa amostra resultou em 50 prontuários de pacientes com TB tipo 1, apresentando média de idade de 46,6 ($\pm 11,4$) anos, a maioria ($n=34$) representada pelo sexo feminino (68,0%) com média de 9,1 ($\pm 5,0$) anos de estudo completos. Mais da metade (62,0%; $n=31$) dos pacientes se declararam casados ou em união estável, enquanto 26,0% ($n=13$), separados ou divorciados. Apenas 30,0% ($n=15$) da população exercia trabalho remunerado e outros 20% ($n=10$) considerados do lar. A tabela 1 e a tabela 2 apresentam mais características da amostra em estudo.



Na população em estudo a média de idade do primeiro episódio do transtorno foi de 27,6 ($\pm 12,2$) anos, tendo a depressão como primeiro diagnóstico em 46,0% (n=23) dos pacientes e a mania em 36,0% (n=18). Somente após 9,0 ($\pm 11,4$) anos em média é que foi confirmado o diagnóstico, com média de 36,0 ($\pm 13,0$) anos de idade para o mesmo. Em relação a tentativa de suicídio, 16,0% (n=8) já haviam tentado. Por fim, 52% (n=26) já apresentaram ciclagem rápida no curso da doença.

Não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,63$) entre a média de internações psiquiátricas de pacientes com tentativa e sem tentativas de suicídio, apresentando mediana de 2 internações entre ambos.

DISCUSSÃO

A média de idade encontrada na população em estudo foi de 46,6 ($\pm 11,4$) anos, outros estudos evidenciaram médias aproximadas, como o estudo descritivo, com abordagem quantitativa, que analisou o prontuário de 143 pacientes de três (3) centros de atenção psicossocial do município de Iguatu, CE, este demonstrou uma média de 42,0 anos⁽⁷⁾. Um estudo do tipo transversal, realizado em um Hospital Universitário Regional de Maringá, feito com pacientes atendidos no local no período de maio 2002 a dezembro de 2005, evidenciou média de idade também semelhante, 40,28 anos⁽⁸⁾.

Ao avaliar o gênero dos pacientes, o feminino correspondeu a maior parte da amostra (68,0%), diferente do encontrado na literatura, cujo dois artigos de revisão que compararam diferentes populações, com grandes amostras, ambos realizados em São Paulo nos anos de 2005 e 2006, demonstraram equivalência entre os gêneros feminino e masculino^(9,10). Esta diferença pode ser explicada pelo fato de que este estudo é composto por uma amostra relativamente pequena e unicêntrica além do fato que as mulheres têm menor resistência em procurar os serviços de saúde^(11,12).

Mais da metade da amostra (62,0%) foi composta de pacientes casados ou que possuíam união estável, contrário a outros estudos, como o caso controle realizado em São Paulo com uma amostra de 1.464 pacientes, onde foi evidenciado que solteiros, separados ou divorciados tem uma maior incidência do transtorno se comparados aos indivíduos que possuem conjuge⁽¹³⁾, assim como em outros estudos já citados acima⁽⁷⁻⁹⁾, esta diferença pode ser explicada devido ao fato do estudo ser unicêntrico, estando restrito a análise de uma determinada população regional, com suscetibilidade a diversos fatores influenciadores como os familiares, raciais e socioeconômicos, como proposto em um artigo de revisão publicado no ano de 2010, onde foram investigados padrões de formação e dissolução da conjugalidade⁽¹⁴⁾.

Nosso estudo apresentou pacientes com uma média de 9,1 ($\pm 5,0$) anos de estudo completos, isto é, a maior parte dos pacientes não chegou a completar o ensino médio. Esta baixa



escolaridade é a mesma encontrada em estudos prévios na literatura, como a pesquisa de caso controle realizada em uma unidade de atendimento secundária de Porto Alegre, RS, em 2005, onde foram analisados 425 pacientes ⁽¹⁵⁾, bem como um estudo descritivo, prospectivo da Universidade de São Paulo (USP), em 2009 que obteve uma amostra de 43 pacientes ⁽¹⁶⁾, e da mesma forma que em um estudo transversal, realizado também em São Paulo no ano de 2011 com 17 pacientes bipolares ⁽¹⁷⁾, revelando que o transtorno bipolar causa manifestações de sintomas que limitam a atividade laboral, social e de lazer, desencadeando assim a menor taxa de escolarização desses doentes.

Ao ser analisado o estado profissional verificou-se que apenas 30,0% da população estudada exerciam trabalho remunerado e outros 20% eram considerados do lar. Resultados que condizem com outros estudos, como o estudo de revisão realizado no ano de 2008, onde foram analisadas 1.013 publicações de grande impacto científico, no qual se demonstrou maiores taxas de desempregos nos indivíduos acometidos pelo transtorno, por este ocasionar prejuízo funcional na vida dos pacientes ⁽¹⁸⁾, assim como em um estudo de caso controle já citado ⁽¹³⁾.

O primeiro episódio do transtorno ocorreu mais comumente em adultos jovens (27,6 ±12,2) semelhante ao proposto por um estudo de coorte dos Estados Unidos com 815 bipolares (20,8 anos) ⁽¹⁹⁾, e outro estudo realizado com 337 pacientes diagnosticados com TB, entre os anos de 2005 e 2009 em dois hospitais universitários de Salvador e Porto Alegre (26,3 anos) ⁽²⁰⁾. O retardo de 9,0 ±11,4 anos para que fosse confirmado o diagnóstico de transtorno bipolar resultou em média de idade de 36,0 ±13,0 anos, corroborando que o atraso no diagnóstico correto é comum ⁽²⁰⁻²³⁾. A depressão como primeiro diagnóstico foi encontrada em 46,0% dos pacientes, semelhante ao encontrado em outros estudos que afirmam que a depressão unipolar é o principal diagnóstico errôneo, tendo como consequências menor probabilidade de um tratamento adequado, riscos associados a medicação e altas taxas de hospitalizações e suicídio ^(20,23,24).

Em um estudo de coorte realizado com 1.302 bipolares tipo I em sua maioria composta por mulheres com alta escolaridade, demonstrou presença de ciclagem rápida em 30%(n=394) dos participantes ⁽²⁵⁾, nossa amostra foi positiva para 52%(n=26), apesar das 2 amostras serem compostas em sua maioria por mulheres, a escolaridade baixa encontrada em nosso estudo pode levar a má adesão medicamentosa e conseqüentemente maior gravidade da doença, levando a recorrência de mais episódios.

Dados publicados em um estudo transversal realizado na cidade de Lisboa (Portugal), com 74 bipolares atendidos ambulatoriamente, demonstraram semelhanças ao estudo aqui proposto, onde há, em média, 2 internações hospitalares por paciente ao longo da vida ²⁶.

Apenas 16% dos pacientes estudados apresentaram tentativas de suicídio. Estudos prévios demonstram prevalências maiores, como o estudo transversal, em Belo Horizonte, publicado em 2011,



composto por 94 pacientes bipolares do tipo I, onde 33,0% desses tentaram suicídio²⁷. Outro estudo brasileiro, já relatado anteriormente⁽²⁰⁾, evidencia taxas maiores de 40%. Essa discrepância pode ser explicada pelo tamanho inferior da amostra, bem como influências de fatores regionais e culturais.

Nosso estudo objetivou conhecer as características clínicas de pacientes com transtorno bipolar atendidos em um ambulatório especializado da região Sul Catarinense. O perfil epidemiológico revelado foi composto em sua maioria por mulheres com idade superior a 40 anos, em união estável, de baixa escolaridade e sem trabalho remunerado.

O início dos sintomas ocorreu mais comumente em adultos jovens, sendo a depressão o primeiro diagnóstico encontrado e somente após aproximadamente 10 anos que foi confirmado o diagnóstico de transtorno bipolar nesta população. A demora em diagnosticar o TB acarreta no curso e na gravidade do transtorno, assim como seu tratamento, levando a maiores probabilidades de recorrência dos episódios e resultando em mais cicladores rápidos, tentativas de suicídio e internações hospitalares.

Uma das principais limitações deste estudo consiste na confiabilidade das respostas contidas nos prontuários, onde os pacientes foram entrevistados diretamente, independente do seu estado mental e acreditamos que isso possa influenciar na veracidade das respostas. Outros vieses encontrados referem-se a amostra relativamente pequena, unicêntrica, onde não foi utilizado um grupo controle pareado em relação aos pacientes com transtorno bipolar.

Entendemos que estudos como este possam ajudar os profissionais a conhecer melhor o perfil dos pacientes com TB, buscando encontrar melhores estratégias diagnósticas e terapêuticas que permitam intervenções precoces e diagnósticos mais precisos.

REFERÊNCIAS

1. Fusar-Poli P, Howes O, Bechdolf A, Borgwardt S. Mapping vulnerability to bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of neuroimaging studies. *J Psychiatry Neurosci.* 2012; 37:170-84.
2. Lima Maurício Silva de, Tassi Juliana, Novo Ingrid Parra, Mari Jair de Jesus. Epidemiologia do transtorno bipolar. *Rev. psiquiatr. clín.* 2005; 32:15-20.
3. Taylor M, Bressan RA, Pan Neto P, Brietzke E. Early intervention for bipolar disorder: current imperatives, future directions. *Rev Bras Psiquiatr.* 201; 33:197-212.
4. Abreu LN, Lafer B, Baca-Garcia E, Oquendo MA. Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009; 31:271-80.
5. Costa Anna Maria Niccolai. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. *Revista de Psiquiatria clínica.* 2009; 35:104-110.



6. Barbeta PA. Estatística Aplicada às ciências sociais. 5ed, Florianópolis: Editora da UFSC; 2004.
7. Carvalho MD, Oliveira HE, Rodrigues LV. Perfil epidemiológico dos usuários da Rede de Saúde Mental do Município de Iguatu, CE. Rev. Saúde Mental Álcool Drog. 2010; 6.
8. Previdelli MP, Isolde TS, Larini MCF, Mazaro MM, Dias TGC, Oliveira VF. Prevalence of mental disorders in patients treated at the psychiatry residency clinic at the State University of Maringá. Journal [Acta Scientiarum: Health Science](#). 2007; 29: 145-149.
9. Lima MS, Tassi J, Novo, IP, Mari JJ. Epidemiologia do transtorno bipolar. Rev Psiquiatr Clín. 2005;32(1) :15-20.
10. Dias RS, Kerr-Corrêa F, Torresan RC, Santos CHR. Transtorno bipolar do humor e gênero. Rev. psiquiatr. clín. 2006; 33:80-91
11. Boing AF, Matos IB, Arruda MP, Oliveira MC, Nijanie K. Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Rev Assoc Med Bras 2010; 56: 41-6.
12. Miquilin IOC, Marín-León L, Monteiro MI, Corrêa HR. Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2013; 29:1392-1406.
13. Moreno DH, Andrade LH. The lifetime prevalence, health services utilization and risk of suicide of bipolar spectrum subjects, including subthreshold categories in the Sao Paulo ECA study. J Affect Disord. 2005; 87:231-241.
14. Neto OD, Féres-Carneiro T. Interação Psicol. Construção e Dissolução da Conjugalidade: Marcadores e Preditores. 2010; 14: 245-54.
15. Haldane M, Frangou S. Maudsley Bipolar Disorder Project: insights sobre o papel do córtex pré-frontal em pacientes com transtorno de humor bipolar tipo I. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul. 2005; 27: 241-250.
16. Cardoso L, Galera SAF. Quem são os egressos de internação psiquiátrica?. Acta paul. enferm. 2009;22.
17. Pedrílio LV. Transtorno afetivo bipolar e terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de pacientes e familiares (dissertação). Riberão Preto: USP; 2011.
18. Costa AMN. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. Rev Psiquiatr Clín. 2008; 35:104-10.
19. McElroy SL, Frye MA, Helleman G, et al. Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. J Affect Disord. 2011; 128:191-198.



20. Seixas C, Scippa AM, Fernandes FN, et al. Prevalence and clinical impact of eating disorders in bipolar patients. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2012; 34:66-70.
21. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2003; 64:161-74.
22. Suppes T, Leverich GS, Keck PE, et al. The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *J Affect Disord.* 2001; 67:45-59.
23. Berk M, Dodd S, Callaly P, et al. History of illness prior to a diagnosis of bipolar disorder or schizoaffective disorder. [J Affect Disord.](#) 2007; 103:181-6.
24. Matza LS, Rajagopalan KS, Thompson CL, Lissovoy G. Misdiagnosed patients with bipolar disorder: comorbidities, treatment patterns, and direct treatment costs. *J Clin Psychiatry.* 2005; 66:1432-40.
25. Schneck CD, Miklowitz DJ, Miyahara S, et al. The Prospective Course of Rapid-Cycling Bipolar Disorder: Findings From the STEP-BD. *Am J Psychiatry.* 2008; 165:370-7.
26. Brissos S, Dias VV, Soeiro-de-Souza MG, et al. The impact of a history of psychotic symptoms on cognitive function in euthymic bipolar patients: a comparison with schizophrenic patients and healthy controls. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2011; 33:353-361.
27. Barbosa IG, Ferreira RA, Huguet RB, Rocha FL, Salgado JV, Teixeira AL. Comorbidades clínicas e psiquiátricas em pacientes com transtorno bipolar do tipo I. *J. bras. psiquiatr.* 2011; 60:271-276.