

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR – UM ESTUDO SOBRE A RELEVÂNCIA NA REGIÃO CENTRO-OESTE DE MINAS GERAIS*

BIPOLAR DISORDER – A STUDY ABOUT ITS RELEVANCE IN THE MIDWEST AREA OF THE STATE OF MINAS GERAIS

TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR – ESTUDIO SOBRE SU RELEVANCIA EN LA REGIÓN CENTRO-OESTE DE MINAS GERAIS

Richardson Miranda Machado¹
Josiana dos Santos Quadros²
Lucinéia da Silva Severino²
Raquel Natividade Santos²
Sílvia Helena Azevedo²

RESUMO

Trata-se de um estudo retrospectivo e exploratório, realizado na Clínica São Bento Menni (CSBM), referência para internações psiquiátricas da região Centro-Oeste de Minas Gerais, com os seguintes objetivos: caracterizar os pacientes acometidos por transtorno afetivo bipolar (TAB) e identificar a ocorrência de TAB por sexo e idade, bem como a procedência do paciente, tempo de internação, tipo de alta, tipo de internação e fonte financiadora dos serviços prestados ao paciente. A pesquisa foi realizada com base no banco de dados do Sistema de Internações Hospitalares e Prontuários do Arquivo Médico da CSBM, entre 1980 e 2005. A amostra foi constituída de 24.161 pacientes admitidos na CSBM, dos quais 1.967 tiveram diagnóstico de TAB (8,1%). Houve a predominância do sexo feminino com 1.167 (59,3%) e na faixa etária de 41 a 50 anos, com 455 (23,1%). A maior procedência para internação decorreu da própria família, com 793 (40,3%) pacientes. No que se refere ao tempo de internação 1.070 (54,4%), o período foi de até 30 dias. O maior tipo de alta foi a classificada como alta médica, com 1.685 (85,7%) pacientes. O tipo de internação que prevaleceu foi a reinternação hospitalar, com 1.116 (56,7%). O principal financiador das internações hospitalares foi o Sistema Único de Saúde (SUS), com 1.742 (88,5%) internações pagas.

Palavras-chave: Transtorno Afetivo Bipolar; Epidemiologia; Distúrbios Mentais.

ABSTRACT

This is a retrospective and exploratory study carried out in the São Bento Menni Clinic (CSBM) a reference for psychiatric hospitalization in the Midwest region of Minas Gerais. Its main objectives were to characterize the patients suffering from bipolar disorder syndrome and to identify its occurrence according to sex and age as well as the patient's origins, length of hospital stay, type of hospital discharge, type of hospitalization, and funding for services rendered to patient. The survey was based on data from the System of Hospital Admissions and medical records from the CSBM Medical Archives between 1980 and 2005. The sample consisted of 24.161 patients admitted to CSBM. Out of this 1.967 (8.1%) were diagnosed as suffering from bipolar disorder. Females formed the largest group with 1.167 (59.3%), 455 were between the ages of 41 and 50 (23.1%). 793 or 40.3% were admitted on family request. Regarding the duration of hospitalization 1.070 (54.4%) patients stayed in hospital for 30 days. Medical discharge was the highest with 1.685 (85.7%). 1.116 (56.7%) were readmitted (56.7%) and the funding came basically from the Public Health Service System (SUS) with 1.742 (88.5%) of paid admissions.

Key words: Bipolar Disorder (Maniac-Depressive Disorder); Epidemiology; Mental Disorders.

RESUMEN

Se trata de un estudio retrospectivo exploratorio realizado en la Clínica São Bento Menni (CSBM), centro de referencia para internaciones psiquiátricas de la región centro oeste de Minas Gerais. El estudio se realizó con miras a caracterizar a los pacientes acometidos por el Trastorno Afetivo Bipolar (TAB); identificar la incidencia de TAB por sexo y edad, así como procedencia del paciente, tiempo de internación, tipo de alta, tipo de internación y fuente financiadora de los servicios prestados al paciente. La investigación se realizó entre 1980 y 2005 a partir del banco de datos del Sistema de Internaciones y Prontuarios del Archivo Médico de la CSBM. La muestra consistió en 24.161 pacientes admitidos en la CSBM de los cuales 1.967 tuvieron diagnóstico de TAB (8,1%). Se constató predominio del sexo femenino con 1.167 (59,3%) entre 41 y 50 años con 455 casos (23,1%). La mayoría de las internaciones ocurrió por iniciativa de las propias familias con 793 (40,3%) pacientes. Respecto al tiempo de internación 1.070 (54,4%) permanecieron en la institución hasta 30 días. El tipo de alta más frecuente fue la clasificada como alta médica con 1.685 (85,7%) pacientes. El tipo de internación prevalente fue la re-internación con 1.116 (56,7%). El Sistema Único de Salud (SUS) fue la fuente financiadora de la mayoría de las internaciones, pagando 1.742 (88,5%) casos.

Palabras clave: Trastorno Afetivo Bipolar; Epidemiología; Distúrbios Mentales.

* Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade de Itaúna – Minas Gerais (UIT/MG) – para a obtenção do grau de Enfermeiro.

¹ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela UFMG. Doutorando em Enfermagem pela USP. Professor assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Minas Gerais – Fundação Educacional de Divinópolis e Universidade de Itaúna-MG.

² Estudante do curso de Enfermagem da Universidade de Itaúna-MG.

Endereço para correspondência: Av. Governador Magalhães Pinto, nº209/ Apto 304. Bairro: Niterói. Divinópolis/ Minas Gerais. CEP: 35.500.220.
Email: Richardson@usp.br.

INTRODUÇÃO

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é um distúrbio do humor considerado doença grave, crônica e incapacitante. O indivíduo portador dessa doença alterna períodos de mania (euforia) e depressão, prejudicando, assim, seu cotidiano e funcionamento psicossocial. Trata-se, ainda, de uma doença pouco conhecida entre os profissionais de saúde e a população em geral.¹

O TAB atinge cerca de 1% a 3% da população mundial, de modo a trazer grandes prejuízos do ponto de vista pessoal, profissional, nas relações afetivas e familiares. Esses prejuízos principalmente devem-se à sua sintomatologia clássica, como a oscilação do humor, a diminuição da capacidade de raciocínio crítico e os sintomas psicóticos (delírios e alucinações), que interferem no relacionamento interpessoal desses indivíduos.²

Estudos mais recentes demonstram que 5% dos portadores do TAB têm sua primeira crise no início da idade adulta (entre 20 e 30 anos) e que tende a receber, na prática clínica, o diagnóstico de depressão, em razão do pouco conhecimento sobre a doença e das dificuldades de estabelecer o diagnóstico.³

Assim, por meio deste estudo, visamos proporcionar maiores conhecimentos referentes ao TAB, no intuito de minimizar as dificuldades observadas em traçar o diagnóstico e a abordagem terapêutica mais precisa, o que favorece as recorrentes e persistentes crises durante a vida e a progressiva deterioração social.⁴

Desse modo, diante do conhecimento do forte impacto do TAB na vida dos pacientes acometidos e do contato com eles em uma instituição psiquiátrica hospitalar, propomos neste estudo: caracterizar os pacientes acometidos por TAB; identificar a ocorrência de TAB por sexo e idade; bem como a procedência do paciente, tempo de internação, tipo de alta, tipo de internação e fonte financiadora.

Essas questões apresentam-se como desafio que exige respostas, por isso propomos, por meio deste estudo, uma reflexão mais ampla de modo a contribuir com a comunidade científica, com base em nossa experiência e na realidade regional, na extirpação de estigmas ainda existentes entre sociedade, familiares e pacientes que dificultam o atendimento, a adesão e a estabilidade do tratamento.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo e exploratório, realizado na Clínica São Bento Menni (CSBM), um hospital psiquiátrico de cuidado terciário, filantrópico, de médio porte, com capacidade total instalada de 120 leitos. Essa clínica é considerada centro de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) para internações psiquiátricas na região Centro-Oeste de Minas Gerais, atendendo pacientes portadores de transtornos mentais crônicos e agudos para a propeleutic, tratamento psiquiátrico

e ambulatorial. Possui uma clientela diversificada, sendo 85% dos seus pacientes atendidos pelo SUS, cuja maioria é proveniente de cidades circunvizinhas à cidade de Divinópolis-MG, cidade onde está instalada a CSBM, situada no centro-oeste mineiro.⁵

ACSBM desenvolve, por meio do seu Sistema de Internações Hospitalares (SIH), o registro, o acompanhamento e o arquivo das informações referentes às internações por meio de prontuários, armazenados em seu Setor de Arquivo Médico e Estatístico (SAME). Nesse aspecto, instituiu um sistema eletrônico de coleta de dados e registro das internações a partir do ano de 1995, além de registrar em formato eletrônico todos os dados das internações existentes desde 1980, ano de sua inauguração, apresentados em formato manuscrito em seu SAME.

Este estudo foi, assim, realizado por meio da coleta de informações no banco de dados do SIH/CSBM, mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Itaúna (UIT), onde, com base nos dados coletados, foi construído um novo banco de dados com informações sobre os pacientes acometidos por TAB, atendendo às seguintes variáveis: sexo, idade, procedência do paciente, tempo de internação, tipo de alta, tipo de internação e fonte financiadora.

Na construção do novo banco de dados para esta pesquisa, as informações que se apresentaram com erros de digitação, incompletas ou mal compreendidas foram atualizadas por meio de consultas aos prontuários arquivados no SAME.

Foram adotados como critérios de inclusão: 1) pacientes internados na CSBM, no período de 20 de outubro de 1980 (data de inauguração da clínica) a 31 de dezembro de 2005; 2) com permanência na CSBM superior a 24 horas; 3) que foram acompanhados desde a admissão, alta ou transferência.

Os dados foram analisados pelo Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 11.5.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período estudado, dos 24.161 pacientes admitidos na CSBM, 1.967 foram acometidos por transtorno afetivo bipolar, o que representa a taxa de 8,1%.

A TAB. 1 apresenta a caracterização dos pacientes admitidos na CSBM que foram acometidos por TAB transtorno afetivo bipolar.

Após a análise dos dados referentes ao perfil epidemiológico dos pacientes com TAB, evidenciou-se a predominância do sexo feminino com 1.167 (59,3%) sob o sexo masculino com 800 (40,7%).

Essa constatação pode ser compreendida ao se considerar que homens com TAB procuram significativamente menos atendimento médico do que as mulheres, seja por maior resistência pessoal, seja por estigma social, na proporção de 38,5% para 52,2% respectivamente.⁶

TABELA 1 – Caracterização dos pacientes admitidos na CSBM que foram acometidos por transtorno afetivo bipolar

Variável	Frequência (n %)
1. Sexo	
Masculino	800 (40,7)
Feminino	1.167 (59,3)
2. Idade	
10 a 20	07 (0,4)
21 a 30	117 (5,9)
31 a 40	280 (14,2)
41 a 50	455 (23,1)
51 a 60	371 (18,9)
61 a 70	289 (14,7)
> 70	276 (14,1)
Ignorado	172 (8,7)
3. Procedência	
Consultório médico particular	197 (10,0)
Centros de atenção psicossocial	470 (23,9)
Família	793 (40,3)
Outros	507 (25,8)
4. Tempo de internação na CSBM	
1 a 30 dias	1.070 (54,4)
31 a 60 dias	683 (34,8)
61 a 90 dias	149 (7,5)
> 90 dias	49 (2,5)
Ignorado	16 (0,8)
5. Tipo de alta hospitalar	
Alta médica hospitalar	1.685 (85,7)
Alta a pedido	228 (11,6)
Alta administrativa	6 (0,3)
Alta por abandono/evasão	34 (1,7)
Transferência clínica	2 (0,1)
Óbito	0 (0)
Ignorado	12 (0,6)
6. Tipo de internação	
Internações	851 (43,3)
Reinternações	1.116 (56,7)
7. Fonte financiadora da internação	
Sistema Único de Saúde	1.742 (88,5)
Particular	47 (2,4)
Convênios	155 (7,9)
Gratuito	6 (0,3)
Ignorado	17 (0,9)

Fonte: Banco de dados do SIH/CSBM

De acordo com Lima *et al.*,⁷ os grandes estudos populacionais não encontraram diferenças significativas entre os sexos dos pacientes acometidos por TAB. Constatou-se, porém, neste estudo, a predominância do sexo feminino, podendo essa constatação também estar associada à idade elevada das pacientes internadas, conforme relatado por Tucci, Kerr-Correa, e Dalben,⁸ que ressaltam haver maior risco de início tardio da doença entre 45 e 49 anos para as mulheres, além de seguirem com diagnóstico errado de depressão unipolar por aproximadamente dois anos.

Ao estudarmos o TAB, devemos também considerar que, apesar da alternância de estados depressivos com maníacos, que é a tônica dessa patologia, muitas vezes o diagnóstico correto só será feito depois de muitos anos. Uma pessoa que tenha uma fase depressiva tende a receber, na prática clínica, o diagnóstico de depressão e somente anos depois, caso apresente um episódio maníaco, vem a receber o diagnóstico conclusivo de transtorno afetivo bipolar. Assim, até que o episódio de mania surja, não é possível traçar seu verdadeiro diagnóstico.³

Cabe ressaltar que entre os transtornos psiquiátricos é reduzida a quantidade de estudos sobre mulheres com TAB, comparando-se com o número de estudos sobre transtornos depressivos ou esquizofrenia, dificultando, assim, uma investigação possivelmente coerente entre homens e mulheres com TAB.⁹

Quanto à faixa etária, as mais acometidas se encontraram entre 41 e 50 anos, com 455 (23,1%), seguida da faixa etária de 51 a 60 anos, com 371 (18,9%).

Lima *et al.* (2008) também verificaram em seus estudos que o TAB inicia-se por volta dos 40 anos de idade, porém ressaltam que essa incidência tardia está mais relacionada com a imprecisão diagnóstica, dado o pouco conhecimento da doença, do que com a idade de apresentação dos primeiros sintomas.

Costa³ demonstrou que o atraso no diagnóstico de TAB pode acarretar a cronificação de sintomas, bem como a dificuldade cada vez maior em se obter uma estabilização do quadro e condução do tratamento.

Em relação à procedência, pode-se observar que 793 (40,3%) dos pacientes acometidos por TAB são procedentes da própria família. Isso condiz com o exposto por Keila,² ao ressaltar que a família cumpre papel primordial no tratamento desse transtorno, pois é capaz de identificar uma crise e mobilizar recursos para procurar assistência e tratamento até que o paciente tenha condições de cuidar de si mesmo. Porém, ainda observamos que, mesmo com a reforma psiquiátrica e o surgimento dos Serviços Substitutivos em Saúde Mental, o hospital ainda se apresenta como referência para os familiares no que condiz ao tratamento desse distúrbio psíquico.

No que se refere ao tempo de internação, dos 1.967 pacientes diagnosticados, 1.070 (54,4%) tiveram tempo de internação entre 1 e 30 dias, sendo que 683 (34,8%) pacientes permaneceram internados por um período de 31 a 60 dias.

Constatamos, assim, que a maioria dos pacientes teve o tempo de internação menor do que 30 dias. Isso pode ser compreendido ao analisarmos a principal causa das internações, em que mais de 70% dos pacientes (478) foram internados por causa das recorrentes crises decorrentes da não aceitação do diagnóstico de cronicidade da doença e da não aderência ao seguimento farmacológico em longo prazo. Dessa forma, há a dificuldade de se alcançar uma dosagem ideal das medicações para suporte a crise e estabilização do quadro, o que leva à necessidade de um

acompanhamento mais minucioso por meio de uma curta internação, além de suporte aos sintomas, os quais são difíceis de ser abordados e controlados pelos familiares.

Quanto aos demais 897 pacientes, verificamos que o tempo de internação superior a 30 dias está diretamente relacionado à cronicidade e à gravidade dos sintomas da doença e ao fato de o paciente oferecer risco para sua integridade física ou a de outros.

Reafirmamos, assim, que o tratamento do TAB deve ser contínuo, pois, se o paciente parar de tomar as medicações, os sintomas podem reaparecer; e que, mesmo se surgirem efeitos colaterais depois de algum tempo de medicação, não se deve interromper o tratamento ou automedicar-se; a primeira atitude deve ser procurar orientação profissional.

O tratamento psicoterápico pode ser indicado para doentes que não aderem ao tratamento medicamentoso ou quando os prejuízos na vida pessoal e social são grandes. Pode, também, ser indicada a terapia familiar, pois o apoio da família é fundamental.⁶

O tratamento do TAB pode levar a pessoa a ter uma vida normal ou, pelo menos, muito próxima do normal. Isso, geralmente, só depende da adesão do paciente aos medicamentos e das mudanças no estilo de vida que ele tiver de fazer, evitando, assim, as internações e a cronicidade da doença e seus sintomas.³

De acordo com os dados coletados, 1.685 (85,7%) das altas hospitalares decorreram de critério médico, o que representa boa adesão ao tratamento proposto e reflete uma grande oportunidade de se alcançar a adequada estabilidade psicoterapêutica e farmacoterápica dos indivíduos com TAB, seguidas de 228 (11,6%) de alta a pedido.

Uma das medidas para melhorar a adesão dos portadores de TAB é identificar as atitudes que os fazem interromper o tratamento e discuti-las com o paciente nas consultas, promovendo informação e conhecimento sobre a doença e seu tratamento. É vital que os psiquiatras questionem seus pacientes sobre problemas de adesão, a fim de resolvê-los e encorajá-los a continuar o tratamento.

Quanto às classificação das internações, aconteceram em maior proporção as registradas como reinternações, com 1.116 (56,7%) pacientes, sendo as demais, 851 (43,3%), tidas como primeira internação. O alto número de reinternações pode ser explicado pelo abandono do tratamento após a estabilização do quadro, além da recorrência das crises, que aumenta a probabilidade de experimentar novos episódios de depressão ou mania, apesar do tratamento.⁹

Costa³ demonstra que as comorbidades psiquiátricas e físicas causadas pela doença e a baixa adesão ao tratamento são as principais causas das reinternações e

da subsequente elevação dos custos com o tratamento para o SUS, sendo o TAB um dos responsáveis por um custo anual de cerca de 45 milhões de dólares com tratamento entre os distúrbios mentais custeados pelo SUS.

O alto custo dos distúrbios mentais para o SUS pode ser também confirmado ao analisarmos a principal fonte financiadora das internações dos pacientes acometidos por TAB, por meio dos quais constatamos que o principal financiador dos serviços prestados aos portadores dessa patologia foi o SUS, com 1.742 internações, o que corresponde a 88,5% dos pacientes atendidos. Esse dado evidencia a necessidade de se desenvolverem estratégias de diagnóstico e tratamento mais precisas, para que, assim, o SUS possa diminuir os custos relacionados com a doença e proporcionar melhor qualidade de vida para os pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados encontrados, podemos dizer que o grande número de pacientes acometidos por TAB e a conseqüente deterioração psicossocial causada por esse transtorno apontam para a necessidade urgente de diagnósticos mais precoces e precisos, além de intervenções mais eficazes nessa área. Verificamos a necessidade de se desenvolverem estudos que abordem a problemática do TAB por gênero, bem como de outras formas de minimizar o abandono do tratamento pelos pacientes acometidos, identificado como a principal causa do grande número de reinternações e da cronificação dos sintomas.

Demonstramos no estudo, ainda, que o TAB é uma patologia cada vez mais frequente em nossa sociedade e carece de maior divulgação de informações, principalmente no que se refere ao seu caráter crônico, seus sintomas, e à necessidade contínua de tratamento.

Observamos, também, a importância de se propor atendimento aos familiares dos pacientes identificados com esse diagnóstico, assim como a necessidade de informá-los sobre outras formas de tratamento e acompanhamento que privilegiem a manutenção do contato social dos pacientes e minimizem o número de internações.

É importante ressaltar que as informações sobre o diagnóstico, a etiologia e as características principais da doença devem ser continuamente revistas e atualizadas pelos profissionais da saúde, pois tornam os diagnósticos e a propedêutica cada vez mais eficazes, reduzindo, assim, o grande estigma social gerado pela doença e o grande impacto econômico para o SUS, seu principal financiador.

REFERÊNCIAS

1. Gomes BC, Lafer B. Group psychotherapy for bipolar disorder patients. Rev Psiquiatr Clínica. 2007; 34(2). [Citado 2008 set. 5]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832007000200004&lng=&nrm=iso>.

2. Keila SB. Aspectos psicológicos do transtorno afetivo bipolar. *Rev Psiquiatr Clínica*. 2004; 26(6). [Citado 2008 set. 5]. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n6/art297.html>.
3. Costa AMN. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. *Rev Psiquiatr Clínica*. 2008; 35(3). [Citado 2008 set. 5]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832008000300003&lng=en&nrm=iso.
4. Vieta A. Transtornos bipolares: avances clínico y terapêuticos. *Madri: Médica Panamericana*; 2003. p. 271-2.
5. Clínica Psiquiátrica São Bento Menni: apresentação. [Citado 2008 set. 5]. Disponível em <http://www.hospitaleirasbrasil.org/Objects/Home1.asp>
6. Dias RS, Kerr-Corrêa F, Torresan RC, Santos CHR. Transtorno bipolar do humor e gênero. *Rev Psiq Clín*. 2006 33(2). [Citado 2008 set. 5]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832006000200008&lng=&nrm=iso.
7. Lima MS, Tassi J, Novo IP, Mari JJ. Epidemiologia do transtorno bipolar. *Rev Psiq Clín*. 2008; [Citado 2008 set. 5]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832005000700003&lng=&nrm=iso.
8. Tucci AM, Kerr-Correa F, Dalben I. Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla. *Rev Psiq Clín*. 2003; 23(2). [Citado 2008 set. 5]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462001000200006&lng=&nrm=iso.
9. Dias RS. Transtorno bipolar do humor e gênero. *Rev Psiq Clín*. 2006; 33(2). [Citado 2008 set. 5]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832006000200008&lng=&nrm=iso.

Data de submissão: 4/2/2009

Data de aprovação: 11/11/2010