



ARTIGO ORIGINAL

A prevalência de comorbidades psiquiátricas em pacientes com transtorno afetivo bipolar atendidos em um ambulatório de pesquisa clínica em psiquiatria

The prevalence of psychiatric comorbidity in patients with bipolar affective disorder seen in the ambulatory clinical research in psychiatry

Renata Ramos Reichelt^{1,2}, Flavia Scussel^{1,2}, Franciela Della^{2,3}, Cenita P. Borges^{2,4}, Kelen C. Cechinel-Recco^{2,5}, João Quevedo^{2,6,7,8}

Resumo

Introdução: Comorbidades psiquiátricas em pacientes com transtorno bipolar se revelam muito frequentes e esta coocorrência está associada com efeitos negativos sobre o curso e prognóstico da doença. **Objetivos:** Conhecer a prevalência de comorbidades psiquiátricas e sua relação com as características do transtorno bipolar tipo I, em pacientes atendidos no ambulatório de pesquisa. **Metodologia:** Realizamos um estudo exploratório, transversal, observacional e prospectivo, no período de fevereiro a setembro de 2011. A amostra foi composta por 24 pacientes diagnosticados com transtorno bipolar tipo I avaliados quanto à comorbidades psiquiátricas através da Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV, enquanto os outros dados clínicos dos pacientes foram avaliados por questionários aplicados, a fim de caracterizar a doença. **Resultados:** A maioria dos pacientes (62,5%) fechava critérios diagnósticos para pelo menos uma comorbidade, sendo mais comum a coocorrência de uma ou mais comorbidades passadas (58,3%) que as atuais (37,5%). Os transtornos de ansiedade se mostraram os mais prevalentes (45,8%), seguidos por transtornos do uso de substâncias (25,0%), somatoformes (16,7%) e alimentares (4,2%). A associação entre o curso da doença e a

presença de comorbidades psiquiátricas não apresentaram relação significativa. **Conclusão:** Este estudo mostrou que pacientes bipolares possuem alta prevalência de comorbidades psiquiátricas do eixo I do DSM-IV, sendo mais comuns os transtornos ansiosos e por uso de substâncias, consoante ao encontrado em estudos anteriores. No entanto, diferindo da literatura a relação entre as características da evolução do transtorno bipolar e a ocorrência de comorbidades não apresentou diferença significativa.

Descritores: Transtorno bipolar. Comorbidades. Doença crônica. DSM-IV.

Abstract

Background: Psychiatric comorbidities in patients with bipolar disorder to reveal a high frequent and this co-occurrence is associated with negative effects on the course and prognosis of this pathology. **Objective:** Know what is the prevalence of psychiatric comorbidities and their relation with the characteristics of bipolar disorder type I in patients attended in outpatient clinic of research in the UNESC. **Methods:** This study was conducted as exploratory, transversal, observational and prospective, in the period from February to September 2011. The sample is composed for 24 patients diagnosed with bipolar disorder I and assessed for psychiatric comorbidity, through the Structured Clinical Interview for Axis I of DSM-IV, as well as applied questionnaires in order to obtain the characteristics of disease. **Results:** The majority of bipolar patients (62.5%) had diagnostic criteria closed at least one comorbidity, and the co-occurrence of one or more longtime comorbidities were most common (58.3%) than with the current (37.5%). Anxiety disturbances were the most prevalent (45.8%),

1. Graduando em Medicina - Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).
2. Laboratório de Neurociências, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).
3. Enfeiteira, especialista em urgência e emergência, mestre em ciências da saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).
4. Psicóloga, especialista em clínica e terapia de família e casal, mestre em ciências médicas: psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
5. Médica Psiquiatra, mestre em ciências da saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).
6. Núcleo de Excelência em Neurociências Aplicadas de Santa Catarina (NENASC), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).
7. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Translacional em Medicina (INCT-TM).
8. Médico Psiquiatra, doutor em ciências biológicas (bioquímica), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

followed by use of substance disturbance (25.0%), somatoform (16.7%) and eating disorder (4.2%). The relationship between the course of disease and the presence of psychiatric comorbidities were not significant. Conclusions: Patients with bipolar disorder have a high prevalence of psychiatric comorbid based in Axis I of DSM-IV, the most common disorders are anxiety and substance use. The relationship between the characteristics of evolution of disease and the occurrence of comorbidities did not show different significant.

Keywords: Bipolar disorder. Comorbidity. Chronic disease. DSM-IV.

Introdução

A maioria dos pacientes com transtorno afetivo bipolar (TAB) tipo I e II, de todas as idades e ambos os sexos, tem pelo menos uma comorbidade psiquiátrica ou clínica, sendo comum possuírem até mais de uma¹. Esta coocorrência está associada a efeitos negativos sobre o curso e prognóstico da doença. No entanto, pouco se sabe sobre as relações entre as características da doença bipolar e a presença dessas comorbidades². Dessa forma, tanto podem possuir etiologias distintas, quanto os diagnósticos podem estar relacionados a uma fisiopatologia comum subjacente, devendo esta relação ser mais bem estudada¹.

O transtorno afetivo bipolar possui alta prevalência na população durante a vida, acometendo aproximadamente 1% da população^{3,4}. Porém se considerarmos critérios diagnósticos mais abrangentes, incluindo espectros mais brandos da doença, como o TAB tipo II, a prevalência aumenta para 4 a 8 %³. Comorbidades psiquiátricas em pacientes com TAB se revelam mais frequentes do que na população em geral, apresentando prevalência de 30 a quase 100% ao longo da vida^{5,6}. Um estudo realizado com pacientes acometidos por TAB tipo I, apontou que 50 a 70% terão comorbidades psiquiátricas durante a vida¹. Ainda, outro estudo indicou que 65% dos pacientes com TAB tipo I ou II preenchem critérios diagnósticos para ao menos uma comorbidade do eixo I do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) durante a vida, 42% para duas ou mais e 24% para mais de três².

Baseado nestas informações, o presente estudo visa obter a prevalência de comorbidades psiquiátricas em um grupo de pacientes atendidos a nível ambulatorial, com diagnóstico de TAB tipo I, através de questionários e instrumentos de entrevista estruturada confiável,

assim como, verificar a relação com as características da evolução desta doença. Nesta conjuntura, objetivamos conhecer o perfil destes pacientes e identificar os transtornos comórbidos mais prevalentes, reunindo maior quantidade e qualidade de dados para melhor compreensão desta associação de afecções.

Métodos

Foi realizado um estudo exploratório, transversal, observacional e prospectivo, com pacientes portadores de TAB tipo I atendidos no ambulatório de pesquisa clínica em psiquiatria da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC); Esta pesquisa utilizou o banco de dados de dois projetos aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo número 48/2009 e 16/2010. Não existiu conflito de interesses entre os pesquisadores e os possíveis achados do projeto.

Recrutamos 24 pacientes com diagnóstico de TAB tipo I pelo SCID-I, encaminhados de ambulatórios de psiquiatria da Prefeitura Municipal de Criciúma e dos ambulatórios da clínica da UNESC, no período de fevereiro a setembro de 2011. As entrevistas foram efetuadas semanalmente por profissionais que atuam na área de saúde mental (Psiquiatras, médicos generalistas e psicólogos) e acadêmicos do curso de medicina da UNESC, no ambulatório de pesquisa clínica em psiquiatria da UNESC, na cidade de Criciúma, Santa Catarina.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, profissionais da área da saúde treinados aplicaram a Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV, versão clínica traduzida (SCID-I), para a confirmação do diagnóstico de TAB e de possíveis comorbidades, possuindo duração média de uma hora. Esta entrevista é composta por rígidos critérios diagnósticos que guiam o atendimento, mostrando-se um instrumento com resultados confiáveis, sendo reconhecida internacionalmente⁷. Em seguida, acadêmicos de medicina aplicaram um questionário para coleta de dados e informações pessoais que especificam algumas características e evolução da doença, tendo a duração de meia hora.

Incluímos no estudo indivíduos com diagnóstico de TAB tipo I (segundo o SCID-I) com episódio atual maníaco, misto ou depressivo, com idade a partir de 18 anos, podendo, ou não, estar em uso de qualquer tipo de medicação, se estes concordassem em participar da pesquisa assinando um termo de consentimento. Pacientes que não fecharam diagnóstico de TAB pelo SCID-I, possuíam TAB tipo II ou se negaram a continuar a coleta de dados, foram excluídos do estudo.

Para o cálculo do tamanho mínimo da amostra foi utilizada a fórmula $n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q}{e^2}$, em que P refere-se a uma estimativa provisória sobre o valor da proporção, neste caso 1%, p corresponde ao nível de significância adotado pelo pesquisador (0,05), o que determinou o valor de z tabelado de 1,96⁸, e n que se traduz como o valor da amostra, ficando evidenciada como 24 pacientes.

Logo, foram tabeladas e analisadas variáveis dependentes (prevalência de transtornos do uso de substâncias, de ansiedade, somatoformes e alimentares) e independentes (sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, idade de início da doença, idade do diagnóstico de TAB, número de hospitalizações, tentativa de suicídio, uso de estabilizador de humor e presença de ciclagem rápida).

Para análise e compilação dos dados, utilizamos o programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows (versão 17.0). Os resultados das variáveis quantitativas foram expressos em média \pm desvio padrão, enquanto as variáveis quantitativas foram expressas em frequências.

Na comparação entre variáveis quantitativas (média de idade da população e idade de início da doença) com a presença de comorbidades relacionadas ao TAB foi utilizado, buscando analisar a normalidade, o teste de Shapiro-Wilk, que quando observada distribuição não normal da população, empregou-se o teste U de Mann-Whitney. Utilizou-se o teste Qui-quadrado de associação ou independência para as demais variáveis qualitativas (tentativa de suicídio, hospitalizações psiquiátricas, uso de estabilizador de humor e ciclagem rápida, escolaridade e situação profissional). Empregamos para todos os testes um nível de significância $\alpha = 0,05$ e um intervalo de confiança de 95%.

Resultados

Nossa amostra resultou em vinte e quatro pacientes com TAB tipo I, apresentando média de idade de 50,0 ($\pm 11,4$) anos, a maioria do sexo feminino (70,8%) e a metade era casado ou mantinha uma união estável. Grande parte da população apresentou baixa escolaridade, possuindo de 1 a 8 anos de estudos (50,0%) e 91,6% não estavam trabalhando ou não possuíam vínculo empregatício. A tabela 1 apresenta mais características da amostra em estudo.

A média de idade em que os pacientes apresentaram o primeiro episódio de doença psiquiátrica foi de 28,7 ($\pm 14,1$) anos, todavia a média da idade do diagnóstico de TAB foi de 41,0 ($\pm 12,0$). Na ocasião da entrevista, 87,5% dos pacientes utilizavam regularmente

estabilizador de humor, 70,8% relataram uma ou mais internações psiquiátricas, 16,7% já haviam tentado suicídio e 41,7% referiram possuir ciclagem rápida como curso da doença.

A tabela 2 demonstra que a maioria dos pacientes bipolares (62,5%) fechava critérios diagnósticos para comorbidades do eixo I do DSM-IV e que a coocorrência de uma ou mais comorbidades passadas (58,3%) se mostraram mais prevalentes que as atuais (37,5%). Transtornos de ansiedade foram os mais comuns (45,8%), seguido por transtornos do uso de substâncias (25,0%), somatoformes (16,7%) e alimentares (4,2%). Não encontramos diagnóstico das seguintes comorbidades: transtorno de ajustamento, de ansiedade devido à condição médica geral e de ansiedade induzido por substância. Ainda, analisando a associação entre a presença de comorbidades psiquiátricas e o curso do TAB não encontramos diferença estatística significativa, conforme exposto na tabela 3.

Discussão

Revelando o perfil epidemiológico da população estudada, a faixa etária comumente atendida foi entre 41 e 60 anos (média de 50,0 \pm 11,4), outros estudos semelhantes, com uma amostra mais significativa, demonstraram médias semelhantes: 42,8 \pm 11,3 (n=288)² e 41,1 \pm 12,0 (n=875)⁹. O gênero feminino correspondeu a 70,8% dos indivíduos, em contraste a estudos prévios na literatura que encontraram proporções semelhantes entre os sexos^{2,10,11,12}. Esta disparidade pode ser devido à maior resistência do público masculino em procurar e aderir aos serviços de saúde em nossa região.

O primeiro episódio de sintomatologia psiquiátrica ocorreu mais comumente em adultos jovens (28,7 \pm 14,2), contíguo ao proposto na literatura^{2, 9}. Entretanto, o diagnóstico de transtorno bipolar apresentou uma idade média de 41,0 \pm 12,0 comprovando que o atraso no diagnóstico do transtorno bipolar é comum. Segundo relatos prévios, este atraso está relacionado ao diagnóstico inicial de depressão unipolar, quando episódios maníacos ainda não se desenvolveram ou não foram reconhecidos, podendo acarretar em um atraso de 10 anos ou mais no diagnóstico de TAB^{13,14,15}.

Em nossa casuística, metade da amostra era casada ou possuía união estável, contudo outras pesquisas encontraram que solteiros, separados ou divorciados tem uma taxa mais elevada de transtorno bipolar que os indivíduos que possuem conjuge^{12,16}. Esta dessemelhança pode ser explicada pela limitação de estudos unicentricos, como o nosso, que se restringem a uma população regional, estando sujeitos a diversos fatores familiares,

raciais e socioeconômicos que influenciam tanto na formação, como na dissolução da conjugalidade¹⁷.

A maior parte dos pacientes não chegou a completar o ensino médio (58,3%). Esta baixa escolaridade condiz com o encontrado em outros estudos realizados em comunidades¹². Outra variável estudada foi o estado profissional, revelando que a maioria dos entrevistados não tinha vínculo empregatício no momento da consulta, estavam afastados por auxílio doença ou aposentados por invalidez. Estes resultados apoiam estudos anteriores que sugerem que a doença pode acarretar prejuízo funcional grave na vida destes pacientes^{13,16}.

Ainda demonstrando a gravidade da doença, 70,8% dos pacientes já sofreram internação psiquiátrica, sendo que destes, 47,1% foram internados por cinco vezes ou mais. Neste contexto, estudos anteriores apontam que pacientes acometidos pelo transtorno possuem um alto índice de hospitalizações psiquiátricas, condizendo com o encontrado em nossa pesquisa^{9,11}. Além disso, encontramos uma taxa de tentativa de suicídio de 16,7%, similar ao encontrado em um estudo prévio com amostra importante⁹, que afirmava que pacientes com má adesão ao tratamento estavam mais vulneráveis.

Os resultados encontrados em nosso estudo corroboram com os dados publicados anteriormente, ao demonstrarem que pessoas com TAB tipo I possuem uma alta prevalência de comorbidades psiquiátricas^{1,2,10,11,12}. Destas, grande parte possui mais de uma comorbidade, sendo mais frequentes as ocorridas no passado, quando comparadas as atuais². Este achado pode ter ocorrido pelo fato de a análise das comorbidades passadas ser longitudinal e das atuais ser transversal^{2,10}. Todavia, os dados sustentam a idéia de que o transtorno bipolar seria um fator de risco para desenvolvimento de outros transtornos do eixo I do DSM-IV e vice-versa, dependendo do momento em que cada síndrome é desencadeada¹.

As comorbidades mais prevalentes nos pacientes com transtorno bipolar em nossa pesquisa foram compatíveis com estudos anteriormente publicados, sendo, em ordem de frequência, mais comuns os transtornos de ansiedade (45,8%)^{2,10,18} e transtornos do uso de álcool e outras substâncias (25,0%)^{2,10}, seguido pelos transtornos somatoformes (16,7%) e alimentares (4,2%)^{2,9}.

Dessa forma, esta associação é especulada por diversas hipóteses apresentadas em estudos recentes. Embora seja possível que ambas as afecções sejam distintas, mas compartilhem de uma fisiopatologia comum envolvida com distúrbios de neurotransmissores no sistema nervoso central, também poderiam fazer parte de uma divisão categórica de sintomas apresentados pelos pacientes, porém dispostas em classes diferentes encon-

trada nos critérios diagnósticos. Todavia esta associação ainda não é bem clara, devendo ser melhor estudada^{1,2,19}. A associação entre bipolaridade e transtornos somatoformes ainda é pouco pesquisada, contudo sabe-se que pacientes com transtorno somatoforme demonstram uma maior taxa de temperamento patológico²⁰.

Comorbidades psiquiátricas estão associadas a uma pior evolução no curso da doença bipolar, assim como maior dificuldade no diagnóstico, manejo e resposta ao tratamento. Nesta conjuntura, também se encontram correlacionadas com idade precoce do início dos sintomas afetivos, ciclagem rápida, maior gravidade dos episódios ao longo do tempo, menor aderência e resposta ao tratamento, maior risco de suicídio e internações psiquiátricas.^{1,2,9,10}. No entanto, nossas análises não mostram uma diferença significativa entre pacientes bipolares com diagnóstico de uma ou mais comorbidades e sem comorbidades, quando correlacionamos ao início precoce dos sintomas psiquiátricos, idade de diagnóstico do transtorno bipolar, escolaridade, estado profissional, maior número de hospitalizações psiquiátricas, alto índice de tentativa de suicídio, ciclagem rápida e uso de estabilizador de humor. Estes resultados devem refletir o fato de nosso estudo apresentar uma pequena amostra, como também, prestar uma avaliação transversal na vida dos pacientes, não representando um acompanhamento em longo prazo da evolução da doença.

Embora os dados não tenham mostrado uma diferença significativa, encontramos alta prevalência de indivíduos afastados do trabalho por doença psiquiátrica que possuíam comorbidades (40,0%) comparados aos que não possuíam (6,7%). Ainda, 46,7% dos pacientes com comorbidades apresentavam ciclagem rápida comparados aos 33,3% que não possuíam. Estas taxas apoiam que a associação de comorbidades psiquiátricas em pacientes com transtorno bipolar acarretam um maior prejuízo no quadro psiquiátrico^{2,9,10}.

Nosso trabalho objetivou conhecer a prevalência de comorbidades psiquiátricas no grupo de pacientes com TAB atendidos no ambulatório de pesquisa em psiquiatria da UNESC. Após revelar o perfil epidemiológico da população, identificamos a alta prevalência de comorbidades psiquiátricas nestes indivíduos e reconhecemos os transtornos de ansiedade e do uso de substâncias como os mais comuns. Já a associação das características de maior gravidade da bipolaridade em pacientes com a coocorrência de outros transtornos, ainda deve ser melhor estudada, talvez por estudos de metodologia longitudinal.

Neste trabalho ainda é possível observar alguns viéses, dentre eles uma população composta por uma pe-

quena amostra de um só centro, correspondendo a uma população específica de uma região, assim como, a não utilização de um grupo controle hígido em comparação aos pacientes bipolares. Também, não foram considerados tipos de TAB de menor gravidade, sendo nossos resultados referentes somente ao TAB tipo I. Outro viés se deve a confiabilidade das respostas dos entrevistados aos questionários que caracterizam a doença, já que estas são dependentes de uma memória preservada.

Portanto, novas pesquisas devem ser desenvolvidas, para melhor elucidação desta associação tão prevalente e deletéria entre comorbidades psiquiátricas e pacientes com transtorno bipolar. Estes dados devem servir como um alerta aos profissionais de saúde, proporcionando um diagnóstico precoce e tratamento efetivo de ambas as afecções, prevenindo os inúmeros prejuízos funcionais que as comorbidades acrescentam na vida do paciente bipolar. Mais estudos relacionados aos subtipos específicos de transtornos do eixo I do DSM-IV já estão sendo analisados, assim como a origem dos mecanismos neuroquímicos do transtorno bipolar.

Fonte de Financiamento

Programa de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (PIC-FAPESC).

Referências

1. Krishnan KR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med.* 2005;67(1):1-8
2. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PE Jr, Frye MA, Denicoff KD, et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2001;158(3):420-6.
3. Michelon L, Vallada H. Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. *Rev psiquiatr clín.* 2005;32(1):21-7.
4. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(7):316-25.
5. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C, Abelson JM, Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Med.* 1997;27(5):1079-89.
6. Vieta E, Colom F, Corbella B, Martínez-Arán A, Reinares M, Benabarre A, et al. Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. *Bipolar Disord.* 2001;3(5):253-8
7. Del-Ben CM, Vilela JA A, Crippa JA S, Hallak J EC, Labate C M, Zuardi AW. Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica" traduzida para o português. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2001;23(3): 156-9.
8. Callegari-Jacques, Sidia M. Bioestatística : princípios e aplicações. Porto Alegre, Artmed, 2003. 255 p.
9. McElroy SL, Frye MA, Helleman G, Altshuler L, Leverich GS, Suppes T, et al. Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2011;128(3):191-8.
10. Sanches RF, Assunção S, Hetem LAB. Impacto da comorbidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. *Rev de Psiquiatr Clín.* 2005;32(1):71-7.
11. Dias RS, Kerr-Corrêa F, Torresan RC, Santos CHR. Transtorno bipolar do humor e gênero. *Rev Psiquiatr Clín.* 2006;33(2):80-91.
12. Lima MS, Tassi J, Novo, IP, Mari JJ. Epidemiologia do transtorno bipolar. *Rev Psiquiatr Clín.* 2005;32(1):15-20.
13. Costa AMN. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. *Rev Psiquiatr Clín.* 2008;35(3):104-10.
14. 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(2):161-74.
15. Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM, Reed M, Davies MA, Frye MA, et al. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(1):53-9.
16. 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;87:231-41.
17. Neto OD, Féres-Carneiro T. Interação Psicol. Construção e Dissolução da Conjugalidade: Marcadores e Preditores. 2010;14(2): 245-54.
18. Henry C, van Den Bulke D, Bellivier F, Etain B, Rouillon F, Leboyer M. Anxiety disorders in 318 bipolar patients: prevalence and impact on illness severity and response to mood stabilizer. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(3):331-5.

19. Issler CK, Sant'anna MK, Kapczinski F, Lafer B. Anxiety disorders comorbidity in bipolar disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(3):31-6.
20. Amann B, Padberg F, Mergl R, Naber D, Baghai T, Reimers K, et al. An investigation of temperamental traits in patients with somatoform disorder: do they belong in the affective spectrum? *Psychosomatics.* 2009;50(6):605-12.

Tabelas

Tabela 1 – Perfil descritivo da população estudada, variáveis qualitativas.

Variável	n=24 n(%)
Gênero	
Masculino	7 (29,2)
Feminino	17 (70,8)
Estado Civil	
Solteiro	2 (8,3)
Casado ou união estável	12 (50,0)
Separado ou Divorciado	9 (37,5)
Viúvo	1(4,2)
Anos de Estu do	
De 1 a 4 Anos	8(33,3)
De 5 a 8 Anos	4 (16,7)
De 8 a 11 Anos	9(37,5)
12 anos de estudo ou mais	1 (4,2)
Não Alfabetizado	2(8,3)
Escolaridade	
1ºGrau incompleto	9(37,5)
1ºGrau completo	3(12,5)
2ºGrau incompleto	2(8,3)
2ºGrau completo	7(29,2)
3ºGrau incompleto	0(0,0)
3ºGrau completo	1(4,2)
Não alfabetizado	2(8,3)
Estado Profissional	
Com Ocupação	2 (8,3)
Sem ocupação	5(20,8)
Aposentado por Tempo ou Idade	3(12,5)
Aposentado por Invalidez	5 (20,8)
Em auxílio Doença	7 (29,2)
Dona de Casa	2(8,3)
Hospitalizações	
Uma	2(8,3)
Dois	6(25,0)
Três	0(0,0)
Quatro	1(4,2)
Cinco ou Mais	8(33,3)
Nenhuma	7(29,2)
Não sabe informar	0(0,0)
Tentativa de Suicídio	
Sim	4 (16,7)
Não	20 (83,3)
Idade Média dos Paciente s (±DP)	50,04 (±11,43)
Idade do Diagnóstico de Transtorno Bipolar (±DP)	41,00 (±12,32)
Idade do Primeiro Episódio Psiquiátrico (±DP)	28,75 (±14,18)

Tabela 2 – Prevalência de comorbidades psiquiátricas em pacientes com transtorno bipolar.

Variável	n=24 n(%)
Possui comorbidades?	
Sim	15(62,5)
Não	9(37,5)
Quantas comorbidades?	6
Uma	6(25,0)
Dois	2(8,3)
Três	1(4,2)
Quatro ou mais	6(25,0)
Não	9(37,5)
Comorbidade atual	
Uma ou mais comorbidades	9(37,5)
Não	15(62,5)
Comorbidade passada	
Uma ou mais comorbidades	14(58,3)
Não	10(41,7)
Transtornos do Uso de Álcool e Outras Substâncias	
Um ou mais tipos de transtornos	6(25,0)
Não	18(75,0)
Transtornos de Ansiedade	
Um ou mais tipos de transtornos	11(45,8)
Não	13(54,2)
Transtornos Somatoformes	
Um ou mais tipos de transtorno	4(16,7)
Não	20(83,3)
Transtornos alimentares	
Um ou mais tipos de transtornos	1(4,2)
Não	23(95,8)

Tabela 3 – Comparação entre indicadores do curso da doença e a presença de comorbidades psiquiátricas em pacientes com transtorno bipolar.

Variável	Tem comorbidade psiquiátrica?		p	
	Sim n(%) n = 15	Não n(%) n = 9		
Escolaridade				
Ensino fundamental incompleto	6(40,0)	3(33,3)	0,81	
Ensino fundamental completo	1(6,7)	2(13,3)		
Ensino médio incompleto	1(6,7)	1(6,7)		
Ensino médio completo	5(33,3)	2(13,3)		
Ensino superior incompleto	1(6,7)	0(0,0)		
Ensino superior completo	1(6,7)	1(6,7)		
Não alfabetizada				
Estado profissional				
Com Ocupação	1(6,7)	1(6,7)		0,40
Sem ocupação	2(13,3)	3(33,3)		
Aposentado por Tempo ou Idade	2(13,3)	1(6,7)		
Aposentado por Invalidez	2(13,3)	3(33,3)		
Em auxílio Doença	6(40,0)	1(6,7)		
Dona de Casa	2(13,3)	0(0,0)		
Ciclagem rápida				
Sim	7(46,7)	3(33,3)	0,52	
Não	8(53,3)	6(66,7)		
Hospitalizações psiquiátricas				
Sim	10(66,7)	7(77,8)	0,56	
Não	5(33,3)	2(22,2)		
Tentativa de suicídio				
Sim	3(20,0)	1(11,1)	0,57	
Não	12(80,0)	8(88,9)		
Uso de estabilizador de humor				
Sim	14(93,3)	7(77,8)	0,27	
Não	1(6,7)	2(22,2)		
Idade média de início dos sintomas psiquiátricos (±DP)	30,7(±11,8)	25,4(±17,8)	0,06	
Idade média do diagnóstico de TAB (±DP)	38,7(±9,5)	44,7(±15,4)	0,22	

Endereço para correspondência

Curso de Medicina
 Av. Universitária, 1105
 Bairro Universitário
 Criciúma – SC
 CEP: 88806-000
 reriegel@gmail.com