



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

MILENA SAMPAIO CASTELO

**VALIDAÇÃO DA "ESCALA DIAGNÓSTICA ESPECTRO BIPOLAR",
DO "QUESTIONÁRIO TRANSTORNOS DO HUMOR" E SUA
UTILIZAÇÃO PARA O RASTREIO DE PACIENTES COM
TRANSTORNO BIPOLAR EM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA**

FORTALEZA
2012

MILENA SAMPAIO CASTELO

**VALIDAÇÃO DA "ESCALA DIAGNÓSTICA ESPECTRO BIPOLAR",
DO "QUESTIONÁRIO TRANSTORNOS DO HUMOR" E SUA
UTILIZAÇÃO PARA O RASTREIO DE PACIENTES COM
TRANSTORNO BIPOLAR EM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA**

Tese submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor.

Área de Concentração: Doenças crônicas degenerativas

Orientador: Prof. Dr. André Férrer Carvalho

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Danielle Silveira Macêdo

FORTALEZA

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- C345v Castelo, Milena Sampaio.
Validação da "Escala Diagnóstica Espectro Bipolar", do "Questionário Transtornos do Humor" e sua utilização para o rastreamento de pacientes com transtorno bipolar em unidades de atenção básica / Milena Sampaio Castelo. – 2012.
198 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Farmacologia, Fortaleza, 2012.
Área de Concentração: Doenças crônicas degenerativas
Orientação: Prof. Dr. André Ferrer Carvalho.
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Danielle Silveira Macêdo
1. Tradução 2. Questionários 3. Transtorno Bipolar 4. Estudos de validação 5. População 6. Prevalência 7. Atenção Primária à Saúde 8. Qualidade de Vida I. Título.

CDD:616.895

MILENA SAMPAIO CASTELO

**VALIDAÇÃO DA "ESCALA DIAGNÓSTICA ESPECTRO BIPOLAR", DO
"QUESTIONÁRIO TRANSTORNOS DO HUMOR" E SUA UTILIZAÇÃO
PARA O RASTREIO DE PACIENTES COM TRANSTORNO BIPOLAR EM
UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA**

Tese submetida à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Farmacologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. André Férrer Carvalho (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. João Luciano de Quevedo
Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)

Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa
Universidade de São Paulo (USP-RP)

Prof.^a Dr.^a Eliane Souto de Abreu
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof.^a Dr.^a Elizabeth De Francesco Daher
Universidade Federal do Ceará (UFC)

*A meus pais, Lúcia e Roberto que me enxergam ao olhar-me
e que viram nascer, com zelo, tudo o que foi se configurando
em minha vida.*

*A meu marido, Ivan, revelação do amor que acolhe,
transforma e faz das metades surgir o todo.*

*A meus filhos, Iana, Marina e Levi, as totalidades que dão
sentido ao meu viver.*

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. André Férrer Carvalho, pela efetiva orientação, apoio irrestrito e exemplo como pesquisador.

À Prof.^a Dr.^a Danielle Silveira Macêdo, pela cooperação e serenidade em momentos decisivos.

A toda equipe participante da coleta de dados, especialmente Emília Gerhard, Gabriela Lemos e Yuri Machado.

A meus pais, Lúcia e Roberto, exemplos de profissionalismo, pelo cuidado, carinho e presença sempre marcante em meus projetos.

A Ivan por sua fundamental importância em minha vida, por seu amor e companheirismo.

Aos meus filhos, meus maiores estímulos de vida.

À Fátima Sampaio Silva, representando minha família querida, pelo apoio, exemplo de busca constante de aperfeiçoamento.

À Eliane Souto de Abreu, amiga estimada, através de quem agradeço aos amigos e professores da Universidade de Fortaleza.

À Lidia Dias Costa, Coordenadora Geral da Gestão da Atenção Básica, pelo apoio e amizade.

Aos coordenadores, médicos e funcionários dos Centros de Saúde onde foram realizadas a coleta de dados e aos médicos e funcionários do Hospital de Saúde Mental de Messejana pela ajuda indispensável à realização deste trabalho.

A Paulo César pelo auxílio nas análises estatísticas dos dados.

À Leida Costa Mello pelo trabalho de formatação da tese, pela disponibilidade e atenção.

À Ivone Mary Fontenele de Sousa, Rita de Cássia de Almeida Antunes, secretárias do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas e a todos os funcionários desse departamento, pela dedicação e apoio.

Aos pacientes que fizeram parte deste estudo, pela colaboração e a todos que me apoiaram direta ou indiretamente na realização do trabalho.

RESUMO

Introdução. Esse estudo foi realizado em duas etapas. A primeira consistiu no desenvolvimento e na adaptação das versões brasileiras de dois instrumentos de rastreio (o Questionário de Transtorno de Humor, B-QTH e a Escala Diagnóstica do Espectro Bipolar, B-EDEB) para transtornos do espectro bipolar em população psiquiátrica adulta. Dois estudos recentes realizados nos Estados Unidos e na França encontraram, inesperadamente, alta prevalência de rastreio positivo para transtorno bipolar na atenção primária. Existem poucos estudos sobre prevalência do transtorno bipolar nos serviços brasileiros de atenção primária. Na segunda etapa do estudo, o QTH foi utilizado para investigar a prevalência de rastreio positivo para transtorno bipolar em pacientes atendidos em três centros de cuidados primários brasileiros. O impacto de rastreio positivo para transtorno bipolar em variáveis como sintomas depressivos, qualidade de vida, comorbidades médicas, funcionalidade e utilização do serviço, foi determinado.

Métodos. Fase 1—114 pacientes atendidos, consecutivamente, em ambulatório psiquiátrico, completaram o QTH e 120 completaram a EDEB. Um psiquiatra pesquisador, cego para os escores do QTH e da EDEB, entrevistou os participantes através do módulo de transtornos de humor da entrevista clínica estruturada para o DSM-IV (“padrão-ouro”). Fase 2 – Esse estudo transversal selecionou uma amostra sistemática de 720 pacientes entre 18 e 70 anos que procuraram atendimento nos serviços de atenção primária de saúde. Medidas do estudo incluíram o Questionário de Transtorno de Humor, a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D), a versão Abreviada do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL - Breve), o Índice de Comorbidade Funcional, o Teste Rápido de Avaliação Funcional, dados passados sobre cuidados em saúde mental, utilização dos serviços de saúde e revisão dos prontuários para diagnóstico codificado. **Resultados.** Fase 1 - Um escore do QTH maior ou igual a 8 apresentou uma sensibilidade de 0,91 (IC 95%; 0,85-0,98), especificidade de 0,70 (IC 95%; 0,62-0,75), valor preditivo positivo de 0,82 (IC 95%; 0,75-0,88) e valor preditivo negativo de 0,84 (IC 95%; 0,77-0,90). Um escore B-EDEB de 16 ou mais itens produziu os seguintes resultados: sensibilidade de 0,79 (IC 95%; 0,72-0,85), especificidade de 0,77 (IC 95%; 0,70-0,83), valor preditivo positivo de 0,85 (IC 95%; 0,78-0,91) e valor preditivo negativo de 0,70 (IC 95%; 0,63-0,75). Fase 2 – A prevalência de rastreio positivo para transtorno bipolar foi de 7,6% (n=55; IC 95%: 5,6-9,5), no entanto, apenas 2 (3,6%) foram identificados pelos médicos de família. Um rastreio positivo para transtorno bipolar foi associado a sintomas depressivos significativos (pontuação CES-D \geq 16; 70,9%), mais condições médicas gerais e maior utilização dos serviços de atenção primária. Pacientes com rastreio positivo para transtorno bipolar relataram pior qualidade de vida, assim como comprometimento da funcionalidade quando comparados aos pacientes com rastreio negativo. **Limitações.** As propriedades diagnósticas do QTH, em atenção primária, ainda estão para ser determinadas. Comorbidades psiquiátricas não foram avaliadas. O desenho do estudo transversal não permite inferências de causa-efeito. **Conclusões.** As versões brasileiras do QTH e da EDEB são instrumentos válidos para o rastreio de transtorno bipolar. A prevalência de rastreio positivo para transtorno bipolar é alta, clinicamente significativa e pouco identificada em serviços brasileiros de atenção primária.

Palavras-chave: Tradução (processo); Questionários; Transtorno bipolar; Estudos de validação; rastreio; População, prevalência, atenção primária, qualidade de vida, funcionalidade, reconhecimento.

ABSTRACT

This study was conducted in two different steps. The first one consisted on the development and validation of Brazilian Portuguese version of two screening instruments (the Mood Disorder Questionnaire-MDQ and the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale-BSDS) for bipolar spectrum disorders in an adult outpatient psychiatric population. Two recent studies conducted in the US and in France found an unexpectedly high prevalence of a positive screen for bipolar disorder (BD) in primary care (PC). There are few studies of the prevalence of BD in PC and there is no information about the epidemiology of BD in Brazilian PC services. The MDQ was used to investigate the prevalence of a positive screen for bipolar disorder (BD) in patients attending one of three Brazilian primary care (PC) centers. The impact of a positive screen for BD on variables such as depressive symptoms, quality of life, medical comorbidities, functioning and PC service utilization was determined. **Methods.** Phase one - 114 consecutive patients attending an outpatient psychiatric clinic completed the MDQ and 120 patients completed the BSDS. A research psychiatrist, blind to MDQ and BSDS results, interviewed patients by means of the mood module of the Structured Clinical Interview for DSM-IV ('gold standard'). Phase two - This cross-sectional survey recruited a systematic sample of 720 patients between 18 and 70 years of age who were seeking PC treatment. Study measures included the Mood Disorder Questionnaire, the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, the World Health Organization Quality of Life Instrument (abbreviated version), the Functional Comorbidity Index, the Functioning Assessment Short Test, data on past mental health care, service utilization and a review of medical records for coded diagnosis. **Results.** Phase one: A B-MDQ screening score of 8 or more items yielded: sensitivity of 0.91 (95% CI; 0.85-0.98), specificity of 0.70 (95% CI; 0.62-0.75), a positive predictive value of 0.82 (95% CI; 0.75- 0.88) and a negative predictive value of 0.84 (95% CI; 0.77-0.90). A B-BSDS screening score of 16 or more items yielded: sensitivity of 0.79 (95% CI; 0.72-0.85), specificity of 0.77 (95% CI; 0.70-0.83), a positive predictive value of 0.85 (95% CI; 0.78-0.91) and a negative predictive value of 0.70 (95% CI; 0.63-0.75). Phase two. The prevalence for having positive screen for BD was 7.6% (n=55; 95% CI: 5.6-9.5%), but only 2 patients (3.6%) were recognized as having the disorder by general practitioners. A positive screen for BD was associated with significant depressive symptoms (CES-D score \geq 16; 70.9%), with more general medical conditions and a higher primary care utilization. Patients who screened positively for BD reported worse health-related quality of life as well as impaired functioning, compared to those who screened negatively. **Limitations.** The psychometric properties of the MDQ for the screening of BDs in primary care are yet to be determined. Co-morbid mental disorders were not assessed. The cross-sectional design does not allow cause-effect inferences. **Conclusions.** B-MDQ and B-BSDS are valid instruments for the screening of bipolar disorders. The prevalence of a positive screening for BD is high, clinically significant and underrecognized in Brazilian PC settings.

Key words: Translating; Questionnaires; Bipolar spectrum diagnostic scale; Bipolar disorder; Validation, studies; Screening; Population; prevalence; primary care; quality of life; functioning; recognition.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Valores de sensibilidade e especificidade para o Questionário de Transtorno de Humor em seus vários escores	58
Figura 2	Valores de sensibilidade e especificidade para a Escala Diagnóstica do Espectro Bipolar em seus vários escores	59

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Critérios diagnósticos para transtorno bipolar do humor do manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- quarta edição revisada (DSM-IV-TR)	17
Tabela 1	Características sociodemográficas e clínicas de 114 pacientes atendidos em ambulatório de transtorno de humor do Hospital de Saúde Mental de Messejana	55
Tabela 2	Cargas fatoriais com método de rotação <i>Varimax</i> dos itens da versão brasileira do Questionário de Transtorno de Humor (B-QTH)	57
Tabela 3	Sensibilidade, especificidade e valores preditivos (IC, 95%) para os vários possíveis pontos de corte do MDQ	59
Tabela 4	Características sociodemográficas e clínicas de 120 pacientes atendidos em ambulatório de transtorno de humor do Hospital de Saúde Mental de Messejana.	60
Tabela 5	Sensibilidade, especificidade e valores preditivos da B-BSDS para vários pontos de corte.	61
Tabela 6	Características sociodemográficas de pacientes com rastreio positivo para transtorno bipolar na atenção primária, de acordo com a versão brasileira do Questionário de Transtorno de Humor (B-QTH)	64
Tabela 7	Cuidados em Saúde Mental, comorbidades médicas e utilização do serviço de atenção primária entre pacientes com rastreio positivo e negativo para transtorno bipolar	66
Tabela 8	Funcionalidade e qualidade de vida (WHOQoL) entre participantes com rastreio positivo e negativo para transtorno bipolar.	68
Tabela 9	Propriedades do Questionário de Transtorno de Humor em diversos países.	70

INFORMAÇÕES GERAIS

PATROCINADOR

Não se aplica

Pessoa Autorizada a assinar o Protocolo e Emendas ao Protocolo

A(s) pessoa(s) autorizada(s) a assinar o Protocolo ou entrada(s) a este, (são):
Dr. André Ferrer Carvalho, Dr.^a Danielle Silveira Macêdo
e Milena Sampaio Castelo.

Notificação de Eventos Adversos Sérios

A notificação de eventos adversos sérios deverá ser encaminhada ao Conselho de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio - UFC.

PESQUISADORES

Pesquisadores Envolvidos:

Milena Sampaio Castelo

André Ferrer Carvalho

Danielle Silveira Macêdo

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID 10	Classificação Internacional das Doenças, 10 ^a edição
B-EDEB	Versão brasileira da Escala Diagnóstica do Espectro Bipolar
B-QTH	Versão brasileira do Questionário de Transtorno de Humor
BSDS	Bipolar Spectrum Diagnostic Scale
CES-D	Escala de rastreamento populacional para depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4 ^a edição.
DSM-IV- TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta edição revisada
ECA	Estudo de Área de Captação
FAST	Escala Breve de Funcionalidade
ISRS	Inibidor seletivo de receptação de serotonina
MDQ	Mood Disorder Questionnaire
OMS	Organização Mundial de Saúde
R-NCS	National Comorbidity Survey replication
SCID	Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV
TB	Transtorno Bipolar
TBH	Transtorno Bipolar do Humor
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Measures (instrumento de qualidade de vida da OMS)
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life Measures (instrumento de qualidade de vida da OMS, versão abreviada)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Transtorno de humor bipolar: epidemiologia e diagnóstico	16
1.2	Transtorno bipolar: importância do diagnóstico	21
1.3	TBH, funcionalidade e qualidade de vida	23
1.4	Escalas de avaliação de TBH	25
1.5	TBH na Atenção Primária de Saúde	29
1.6	Tratamento TBH	31
2	JUSTIFICATIVA	34
3	OBJETIVOS	35
3.1	Geral	35
3.2	Específicos	35
4	CASUÍSTICA E MÉTODOS – ESTUDO 1	36
4.1	Delineamento do estudo	36
4.2	População	36
4.3	Local do estudo	36
4.4	Período do estudo	37
4.5	Estudo-piloto	37
4.6	Fluxo operacional	38
4.7	Instrumentos e variáveis utilizados	38
4.7.1	<i>Questionário multidimensional</i>	38
4.7.2	<i>Variáveis sociodemográficas</i>	39
4.7.3	<i>MDQ e BSDS</i>	39
4.7.3.1	MDQ (QTH)	39

4.7.3.2	BSDS (EDEB)	40
4.7.3.3	Instrumentos e procedimentos	40
4.7.4	Entrevista clínica estruturada para transtornos do eixo I do DSM-IV (SCID-I)	40
4.8	Aspectos éticos	41
4.9	Análise estatística	41
5	CASUÍSTICA E MÉTODOS – ESTUDO 2	43
5.1	Delineamento do estudo	43
5.2	População	43
5.3	Local do estudo	43
5.4	Período do estudo	44
5.5	Estudo-piloto	44
5.6	Instrumentos e variáveis utilizados	44
5.6.1	<i>Questionário multidimensional</i>	44
5.6.2	<i>Variáveis sociodemográficas</i>	44
5.6.3	<i>Variáveis clínicas</i>	45
5.6.4	<i>Outras variáveis</i>	45
5.6.5	<i>Escala Breve de Funcionalidade (FAST)</i>	45
5.6.6	<i>WHOQOL-abreviado (Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde)</i>	47
5.6.7	<i>Escala de rastreamento populacional para depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES – D)</i>	48
5.7	Fluxo operacional	48
5.8	Aspectos éticos	51
5.9	Análise estatística	51
6	RESULTADOS – ESTUDO 1	54
6.1	MDQ	54

6.1.1	<i>Características sociodemográficas</i>	54
6.1.2	<i>A análise dos componentes principais</i>	56
6.1.3	<i>Confiabilidade da consistência interna</i>	56
6.1.4	<i>Sensibilidade, especificidade e previsão de valores</i>	58
6.2	BSDS	60
6.2.1	<i>Descrição da amostra</i>	60
6.2.2	<i>Consistência interna e confiabilidade</i>	61
6.2.3	<i>Sensibilidade, especificidade e valores preditivos</i>	61
7	RESULTADOS – ESTUDO 2	62
7.1	Características de fundo	62
7.2	Propriedades psicométricas do B-MDQ	62
7.3	Prevalência, frequência e o desencadeamento do transtorno bipolar	62
7.4	Correlatos sociodemográficos	65
7.5	Cuidados em saúde mental	65
7.6	Características clínicas, utilização dos serviços de saúde e identificação, por médicos da Atenção Primária, dos pacientes com rastreio positivo para transtorno bipolar	67
7.7	Comprometimento funcional e qualidade de vida	67
8	DISCUSSÃO	69
9	CONCLUSÕES	77
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICES	97
	ANEXOS	103

1 INTRODUÇÃO

1.1 Transtorno de humor bipolar: epidemiologia e diagnóstico

Transtorno bipolar acomete 0,8 a 1,6% da população (KARNO *et al.*, 1987), sendo caracterizado pelas classificações vigentes (CID-10,1992, DSM-IV, 1994) pela ocorrência de episódios depressivos alternados por pelo menos um episódio de mania ou hipomania ou por episódios mistos. As condições definidoras do diagnóstico são, pois, os estados maníacos ou hipomaníacos. A prevalência na população brasileira, segundo critérios da DSM-III, encontra-se entre 0,3-1,1%, de acordo com estudo multicêntrico (ALMEIDA-FILHO *et al.*, 1997). Essa estimativa pode ser conservadora.

Estudos mais recentes, como a replicação da Pesquisa Nacional de Comorbidade, realizada nos Estados Unidos (NCS-R) (MERIKANGAS *et al.*, 2007) e o Estudo de Área de Captação Epidemiológica (ECA), em São Paulo (MORENO *et al.*, 2005), revelaram prevalências mais elevadas do espectro bipolar. Na NCS-R a prevalência média na vida de algum transtorno bipolar do humor foi de 4,4% e nos últimos 12 meses, de 2,8%. No ECA a prevalência total de grupos do espectro bipolar foi de 8,4%.

Um sumário dos critérios estabelecidos nos manuais diagnósticos da décima edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) e na quarta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV- TR) encontra-se no Quadro 1.

Esses critérios podem ter elevada especificidade em detrimento de baixa sensibilidade. Em função disso, o reconhecimento diagnóstico de pacientes de risco pode ficar prejudicado.

Quadro 1- Critérios diagnósticos para transtorno bipolar do humor do manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - quarta edição revisada (DSM-IV-TR).

Transtorno Bipolar I	A característica essencial é a ocorrência de um ou mais episódios maníacos ou mistos. Com frequência os indivíduos tiveram um ou mais episódios depressivos maiores. Os critérios para transtorno do humor induzido por substância ou transtorno do humor devido a uma condição médica geral não devem ser contabilizados para um diagnóstico de transtorno bipolar I. Além disso, os episódios não são melhor explicados por transtorno esquizoafetivo nem estão sobrepostos à esquizofrenia, transtorno delirante ou transtorno psicótico sem outra especificação.
Transtorno Bipolar II	A característica essencial é um curso clínico marcado pela ocorrência de um ou mais episódios depressivos maiores (Critério A), acompanhados de pelo menos um episódio hipomaníaco (Critério B). A presença de episódio maníaco ou misto exclui o diagnóstico de transtorno bipolar II (Critério C). Episódios de transtorno do humor devido a uma substância ou condição médica geral não devem contar a favor de transtorno bipolar II (Critério D). Os sintomas devem causar sofrimento claramente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério E).
Transtorno bipolar sem outra especificação	Esta categoria inclui transtornos em que é difícil discriminar se os sintomas se devem a uma substância (inclusive medicamentos) ou a uma condição médica geral ou se são primários.

Adaptado do Manual Estatístico Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- 4ª edição- Texto Revisado (DSM-IV-TR). Artmed Editora, Porto Alegre, 2002.

Os critérios tornam evidente a distinção entre transtornos afetivos bipolares e unipolares. Essa concepção dicotômica, no entanto, é discutida e um novo modelo retoma a descrição Kraepelineana (1921) de que quadros bipolares e unipolares fazem parte de um processo unitário. Akiskal (1977,1996) enfatiza a concepção de “continuum” de episódios – espectro bipolar - abrangendo desde as formas puras mais graves até os desequilíbrios de temperamento. Considerando uma redução do limiar diagnóstico e a inclusão bipolar de sintomas subsindrômicos, essa prevalência pode atingir 6,4% (ANGST 1998; JUDD *et al.*, 2003).

É importante ressaltar que o primeiro episódio de humor mais comum no transtorno bipolar é o depressivo maior (GOODWIN; JAMISON, 1990) e que, após o início do transtorno, esses pacientes vivem a maior parte do tempo com sintomas depressivos. Estima-se que depressão com início na infância e no adulto jovem tem a probabilidade, em torno de 50%, de se tornar bipolar. Cerca de 40% das pessoas que têm transtorno bipolar são primeiramente diagnosticadas, erroneamente, como tendo depressão unipolar (GHAEMI *et al.*, 2001). Facilmente, tais pacientes podem ser tratados como sendo deprimidos unipolares (em até 25 % das vezes) tanto por médicos psiquiatras quanto por médicos de família (MANNING *et al.*, 1997; HIRSCHFELD *et al.*, 2005). O predomínio de episódios depressivos, que inclusive podem ser crônicos em 20% dos pacientes e mais refratários ao tratamento (YATHAM *et al.*, 2005) e a precocidade dos maníacos, contribuem para que muitos pacientes neguem esses últimos.

A fenomenologia da depressão bipolar parece diferir da unipolar. Início antes dos 25 anos, número de episódios maior ou igual a cinco, frequência aumentada de sintomas psicóticos e atípicos (inversão dos sintomas neurovegetativos como aumentos de sono e apetite e reatividade de humor), maior risco de suicídio e incidência no período puerperal foram relacionados à depressão bipolar (GOODWIN; JAMISON, 1990; GHAEMI; SAGGESE; GOODWIN, 2007). Essas características clínicas, embora não patognomônicas, podem sugerir maior probabilidade dessa condição, o que implica uma investigação ainda mais criteriosa de antecedentes maníacos ou hipomaníacos. Kraepelin já afirmava que diagnóstico em Psiquiatria é estabelecido de modo mais claro pela avaliação do curso

longitudinal da doença. Sintomas transversais são insuficientes para realização do diagnóstico de um transtorno.

A diferenciação entre depressão unipolar e bipolar não esgota a discussão diagnóstica de bipolaridade, haja vista que muitos dos pacientes não satisfazem os critérios de depressão unipolar ou transtornos bipolares dos tipos I ou II. Esses podem apresentar transtorno do espectro bipolar (GHAEMI *et al.*, 2002), categoria geral que combina todos os subtipos adicionais do espectro bipolar, como os descritos por Angst (2001) que propôs uma classificação, incluindo hipomania, ciclotimia, mania e depressão em várias combinações.

Akiskal (1977, 1996, 1999) registra um espectro clínico de bipolaridade caracterizado por mania (bipolar tipo I), hipomania ou ciclotimia (bipolar tipo II), hipomania associada a antidepressivos (bipolar tipo III) e hipertimia (bipolar tipo IV).

Manifestações clínicas do espectro do transtorno afetivo bipolar abrangem desde as formas clássicas dos transtornos do humor, da depressão e da mania, passando pelas mais leves, como distímia, hipomania e ciclotimia, chegando até a aspectos temperamentais considerados precursores das formas clínicas mais graves (MORENO; ALMEIDA, 2005). Deste modo, engloba estados mistos subsindrômicos, como depressões com sintomas hipomaniacos, hipomanias com sintomas depressivos, traços ciclotímicos e hipertímicos, história familiar de bipolaridade e ciclagem para mania, hipomania ou estado misto durante uso de psicofármacos ou tratamentos somáticos (MORENO; ALMEIDA, 2005). Como a sintomatologia maníaco-depressiva é expressa dimensionalmente ao longo de seu curso, com predominância do quadro depressivo, evidencia-se a limitação do diagnóstico categorial do transtorno bipolar.

Atualmente, debate-se, também, não só a qualidade e a quantidade dos sintomas necessários para o diagnóstico de hipomania, como, ainda, o número de dias em que devem estar presentes. Angst *et al.* (2003) propõem a exclusão da exigência de duração mínima do episódio e a inclusão do sintoma aumento de energia e atividade física (*overactivity*) como critério essencial para o diagnóstico.

Há situações que tornam o diagnóstico ainda mais difícil. São elas: depressão em um contexto de dependência química, episódios depressivos recorrentes e frequentes com hipomanias breves e ocorrência de episódios mistos nos quais os sintomas depressivos se encontram em maior número (DUNNER, 2003; BERK *et al*, 2006).

O tratamento farmacológico da depressão envolve o uso de antidepressivos (FLECK *et al*, 2003; HIRSCHFELD *et al*, 2005). Evidências sugerem que o uso de antidepressivos, em monoterapia, em pacientes com depressão bipolar, pode desestabilizar o quadro, havendo a possibilidade de indução de episódios maníacos ou hipomaníacos, bem como de alteração dos padrões dos ciclos, convertendo indivíduos bipolares em cicladores rápidos ou ultrarrápidos (TAMADA; LAFER, 2003). Dessa forma, o curso natural da doença sofre modificação. No entanto, estudo retrospectivo realizado por Baldessarini *et al* (2007), selecionou 7.760 indivíduos com transtorno bipolar em base de dados americana (MarketScan) e evidenciou alta prevalência de prescrição de antidepressivos como tratamento inicial em monoterapia (49,8%) que permaneceu por período de tempo maior (média de 21,9-43,6 semanas) do que qualquer outro tratamento com estabilizadores ou antipsicóticos, exceto com lítio (39,1-58,3 semanas).

Estudo prospectivo (SCHNECK *et al*, 2008) avaliou acompanhamento de pacientes bipolares (n=1.191), durante um ano de tratamento, evidenciando que 60% dos pacientes tomaram antidepressivos durante algum tempo nesse período. Desses, 45% estavam fazendo uso de estabilizador de humor, 6% de antipsicóticos de segunda geração, 43% dessas duas classes de medicação associadas e 6% fizeram antidepressivos em monoterapia. O fato é que o uso de antidepressivos foi significativamente associado a ciclagens frequentes (“viradas maníacas ou hipomaníacas”). Pacientes que fizeram antidepressivos tiveram 3,8 vezes mais probabilidade de demonstrar ciclagem rápida ($p=0,001$), 2 vezes mais chance de ter dois ou três episódios ($p=0,0001$) e 1,7 mais chance de ter um episódio, comparados com os que não receberam antidepressivos. Post *et al* (2006), em estudo prospectivo, demonstram que o uso de venlafaxina provoca mais viradas maníacas e hipomaníacas quando comparado ao uso de bupropiona ou sertralina.

TAB é considerado um grave problema de saúde pública (MURRAY; LOPEZ, 1997). Caracteriza-se como uma condição médica crônica. Pacientes não tratados adequadamente expressam novos episódios em 90% dos casos e aproximadamente 50% destes exibirá sintomas nos dois primeiros anos (SAJATOVIC, 2005). A doença leva em média dez anos para ser diagnosticada e tratada desde o início dos sintomas (LISH *et al.*, 1994; BERK *et al.*, 2007).

1.2 Transtorno bipolar: importância do diagnóstico

As implicações do diagnóstico acurado determinam não só o plano terapêutico que se diferencia do da depressão unipolar, quanto o prognóstico da doença.

Quanto mais precoces o diagnóstico e o tratamento, melhor o prognóstico. Com a progressão natural, o transtorno adquire um movimento autônomo e os episódios passam a ser cada vez mais desencadeados sem a intervenção clara de eventos estressantes, o que pode ser explicado pela ocorrência de sensibilização de neurônios. Há um processo ativo de neuroprogressão da doença. O desgaste produzido pelo estresse crônico pode levar à toxicidade expressa por alterações em marcadores como neurotrofinas, fatores inflamatórios e aumento de estresse oxidativo (KAPCZINSKI *et al.*, 2008; BERK *et al.*, 2008). Portanto, a intervenção precoce pode ter influência positiva tanto em relação a debilitação funcional quanto à disfunção cognitiva comuns à patologia, inclusive em fases de eutímia.

Um desfecho que pode ser considerado frequente no transtorno bipolar é o suicídio. Estudos realizados antes da metade da década de 1980 estimaram que a taxa de suicídio, ao longo da vida, era de 15%, proporção 30 vezes maior do que a encontrada na população em geral (GUZE; ROBINS, 1970). Alguns estudos recentes encontraram taxa na faixa de 5%. Tondo *et al* (2003) consideram que esses estudos refletem taxas de suicídio em indivíduos com doença menos grave, já que a maior parte das pessoas utilizadas para o cálculo nunca tinham sido hospitalizadas, e que estas não se aplicam ao início da doença. Pode-se considerar também o

aumento do uso de lítio e outros medicamentos desde 1980. Estudo, mais recente, realizado por Abreu *et al.* (2009), estimou que de 14 a 59% dos pacientes bipolares demonstram ideação suicida e que 15 a 19% morrem por suicídio. Atenção também deve ser dada à relação de tentativa de suicídio e suicídio exitoso nos pacientes bipolares, que é menor do que em outros transtornos psiquiátricos (5:1 contra 15:1), demonstrando o uso de métodos mais letais por parte deles (GOODWIN; JAMISON, 2007).

Transtorno afetivo bipolar é um diagnóstico associado a graves consequências e custos diretos e indiretos aos seus portadores (FAJUTRAO *et al.*, 2009), estando entre as seis afecções neuropsiquiátricas que se situaram na relação das 20 principais causas de incapacidade (AVI – anos vividos com incapacidade) no mundo, segundo relatório da OMS (2002). Achados importantes em estudos populacionais são: maior quantidade de dias de trabalho perdido quando comparado à população em geral (KESSLER; MERIKANGAS; WANG, 2007; TEN HAVE *et al.*, 2002), à depressão unipolar (Ten Have e cols., 2002) e a outros transtornos mentais (TEN HAVE *et al.*, 2002) e menor produtividade quando presentes. No *National Comorbidity Survey* (NCS-R) esse maior prejuízo foi explicado pelo fato de os episódios depressivos bipolares terem sido mais incapacitantes do que os unipolares (KESSLER; MERIKANGAS; WANG, 2007).

O prognóstico do transtorno também é afetado pelas altas taxas de outros transtornos psiquiátricos associados, comorbidades, as quais chegam a mais de 60% ao longo da vida (SASSON *et al.*, 2003). As mais comuns são: transtornos por uso de substâncias (61 e 41% nos transtornos bipolares dos tipos I e II respectivamente) (VORNIK; BROWN, 2007) e transtornos de ansiedade (24 a 79,2%) (SASSON *et al.*, 2003; MCELROY *et al.*, 2001). Essas condições também têm implicações diagnósticas e terapêuticas e determinam um subgrupo de maior gravidade. Estudos apontam para aumento da prevalência de fatores de risco para doenças clínicas, como dieta inadequada, sedentarismo e tabagismo. Doenças cardiovasculares (coronariopatias, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial), neurológicas (enxaqueca, epilepsia), alterações metabólicas (obesidade central, intolerância a glicose, resistência a insulina, dislipidemia) são mais prevalentes. (NEWCOMER, 2006; KRISHNAN, 2005; CARDENAS *et al.*, 2008; TEIXEIRA;

ROCHA, 2007). Entende-se, facilmente, o fato de vários estudos sugerirem que indivíduos com transtorno bipolar sejam usuários frequentes dos serviços de atenção primária quando comparados à população sem o transtorno (JUDD *et al.*, 2003; FRYE *et al.*, 2005). Comorbidades são uns dos principais motivos de aumento da carga e custos associados à doença (COSTA, 2008).

Faz-se, portanto, imprescindível o diagnóstico precoce do transtorno afetivo bipolar. Os benefícios da pronta identificação e manejo adequado dos casos incluem redução do sofrimento e dos prejuízos funcionais dos pacientes, melhora dos sintomas somáticos, prevenção do suicídio em nível secundário, redução da utilização dos serviços de saúde e dos custos. Investir no maior reconhecimento dessa doença é de suma importância, para que possa ser iniciado um tratamento que vise não só à melhora do paciente, mas também à redução do risco de recaída e recorrência e, sobretudo, a melhora da qualidade de vida.

1.3 TBH, funcionalidade e qualidade de vida

Prejuízos funcionais em pacientes com transtorno bipolar são mais evidentes do que na depressão bipolar e em outras doenças crônicas (CORYELL *et al.*, 1998). Transtorno bipolar é a sexta principal causa de incapacidade médica em pacientes entre 15 e 44 anos (SAJATOVIC, 2005). Alguns dos problemas revelados por esses pacientes são: falhas cognitivas, incapacidade para realizar atividades diárias, incapacidade para trabalhar, dificuldades na vida sexual, dificuldades nos relacionamentos interpessoais e em se divertir (VIETA *et al.*, 2007; MARTINEZ-ARAN, 2007). Pacientes com diminuição da funcionalidade apresentaram maior disfunção cognitiva, evidenciada em prejuízos da função executiva e memória verbal. Essa última variável foi a melhor preditora de funcionamento psicossocial (VIETA *et al.*, 2007). Vale ressaltar que, mesmo em períodos de remissão, pacientes registram funcionamento desfavorável em todas as áreas avaliadas pela Escala Breve de Funcionalidade (FAST): autonomia, funcionamento ocupacional, finanças, relacionamento interpessoal e tempo de lazer. Fatores preditores para esses prejuízos na funcionalidade, a longo prazo, foram os

sintomas depressivos subclínicos, alterações neurocognitivas relacionadas à memória verbal e funções executivas, números maiores de episódios mistos e de hospitalização, idade avançada (ROSA *et al.*, 2009; BONNÍN *et al.*, 2010).

Recentemente, atenção crescente é concedida ao estudo do impacto do transtorno bipolar na qualidade de vida (YATHAM *et al.*, 2004; GOLDBERG; HARROW, 2005)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade de vida, durante o projeto em que desenvolveu um instrumento para medir essa variável (WHOQOL), da seguinte forma: a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação as suas expectativas, padrões e preocupações. Portanto, esse conceito refere-se à satisfação subjetiva com um conjunto de domínio específicos, considerados importantes para as pessoas em geral, como saúde, condições de vida, a vida em geral e em particular, relações pessoais, capacidade de realizar tarefas diárias, situação financeira, sentimentos positivos – como sentir-se amado e feliz.

É sabido que um dos principais determinantes da baixa qualidade de vida no transtorno bipolar é a gravidade dos sintomas depressivos (VOJTA *et al.*, 2001) e indivíduos com depressão bipolar relatam pior qualidade de vida do que os com depressão unipolar (YATHAM *et al.*, 2004). Menor produtividade no trabalho também ocorre mais em bipolares do que em unipolares (SHIPPEE *et al.*, 2011). Dados sobre a qualidade de vida em pacientes maníacos, no entanto, são mais escassos.

Gazalle *et al.* (2006) demonstraram que o escore de sintomas maníacos foi inversamente associado aos escores de qualidade de vida no domínio social da WHOQOL-BREF. Além disso, na análise ajustada, esse escore foi inversamente associado aos domínios de relações sociais, psicológicos e físicos. Analisando os itens da escala de Young separadamente, sono e irritabilidade estiveram associados a baixa qualidade de vida. Independentemente de idade, gênero, renda e escores de humor deprimido, pacientes com altos escores de sintomas maníacos exibiram pior qualidade de vida em todos os domínios, exceto no do meio ambiente. Nesse mesmo estudo, pacientes deprimidos demonstraram escores de qualidade de vida

mais baixos em todos os domínios, exceto no de relações sociais. Vale ressaltar que escores maiores de qualidade de vida foram observados em pacientes em remissão completa, seguidos por aqueles com sintomas subsindrômicos e, finalmente, pelos deprimidos. O maior efeito observado foi no domínio psicológico e o mais baixo no físico. Pode-se, com suporte nesses resultados, entender que o tratamento dos sintomas subsindrômicos da depressão podem melhorar a qualidade de vida de pacientes bipolares.

O impacto do número de anos sem diagnóstico na morbidade atual em pacientes com transtorno bipolar foi estudado por Gazalle *et al.* (2005). O número de anos sem diagnóstico pode ser um preditor do estado clínico do paciente, pois foi associado a escores altos de sintomas depressivos e baixos escores de qualidade de vida nos domínios físico ($p < 0,01$) e psicológico ($p < 0,05$).

É neste sentido que se ressalta, mais uma vez, a importância de instrumentos para detectar e avaliar essa condição.

1.4 Escalas de avaliação de TBH

O desenvolvimento de instrumentos de rastreio ativo de pacientes usuários dos serviços de atenção primária pode ser de suma importância. Objetivando evitar diagnósticos errôneos de depressão unipolar, enfatiza-se a pesquisa exhaustiva de episódios maníacos e hipomaníacos prévios.

Vale ressaltar que testes de rastreamento não são utilizados para estabelecer diagnóstico. Identificam possíveis casos. Portanto, como o objetivo é a detecção precoce de determinada patologia na população, o instrumento deve ser mais sensível, já que sensibilidade e especificidade relacionam-se inversamente. Testes diagnósticos são mais específicos (MENEZES, 1998).

Instrumentos de rastreio e escalas de avaliação sintomática são descritos a seguir.

O primeiro instrumento heteroadministrável foi a Manic State Rating Scale constituído por 26 itens pontuados de zero a cinco, quanto a frequência dos sintomas, e de um a cinco no concerne à intensidade. Foi desenvolvida para avaliar a severidade dos sintomas maníacos. Pode ser útil em situações difíceis de conduzir uma entrevista (BEIGEL; MURPHY; BUNNEY, 1971) A escala demanda tempo para aplicação em decorrência de sua extensão e omite sintomas maníacos importantes relativos a alteração do sono.

Petterson *et al.* (1973) conceberam uma escala breve, composta por sete itens, mas que excluía vários sintomas centrais do quadro maníaco. Em 1978 uma escala de 11 itens, graduados em cinco níveis, de acordo com a gravidade, foi elaborada por BECH e cols. com o intuito de ser aplicada com a Escala de Depressão de Hamilton (HAMILTON, 1960), cobrindo, assim, todo o espectro afetivo. A maioria dos itens avaliava, no entanto, sintomas comportamentais em detrimento das manifestações afetivas. Ainda no mesmo ano, foi elaborada a Escala de Mania de Young (YMRS) (YOUNG *et al.*, 1978), amplamente utilizada em ensaios clínicos em função das boas características psicométricas. Possui 11 itens graduados em cinco níveis de gravidade, sendo sete itens pontuados de zero a quatro e os outros quatro (irritabilidade, fala, comportamento disruptivo agressivo e conteúdo do pensamento) de zero a oito. Vilela e Loureiro (2000) avaliaram validade e confiabilidade da Escala de Avaliação de Mania Modificada (EAM-m), com arrimo numa adaptação da YMRS. Esse instrumento possui 11 itens que cobrem sintomas centrais da mania como: elevação do humor, da energia e atividade motora, interesse sexual, sono, irritabilidade, velocidade e quantidade da fala, linguagem, conteúdo do pensamento, comportamento disruptivo agressivo, aparência e *insight*. Esses itens, descritos de acordo com sintomas expressos no DSM-IV (APA, 1994), são graduados em cinco níveis de gravidade crescente, assim como na YMRS. A escala de Young é amplamente utilizada em ensaios clínicos que avaliam medicações antimaníacas (SHANSIS *et al.*, 2004).

Secunda *et al.* (1985) elaboraram a Manic Diagnostic and Severity Scale (MADS), constituída por 11 itens com cinco graus de gravidade, cobrindo bem o espectro maníaco. Brierley *et al.* (1988) publicaram a Manchester Nursing Rating Scale for Mania para avaliação diária de pacientes internados com a observação destes pelo período de oito horas em ambiente fechado. Essa escala consiste de nove itens pontuados de zero a três, devendo ser preenchida pela enfermagem. A Clinician-Administered Rating Scale for Mania foi elaborada por Altman *et al.* (1997) com itens bem definidos, considerando a presença ou ausência de sintomas, além da sua gravidade e resposta a tratamento no decorrer do tempo.

Até pouco tempo, em países de Língua Portuguesa, havia apenas um instrumento de avaliação de mania validado, que era a Escala de Mania de Young – modificada para o Português por Vilela e Loureiro (2000). Mais recentemente, a versão, em Português, da Escala de Mania, de Altman e colaboradores, para ser administrada pelo clínico (EACA-M), também foi desenvolvida (SHANSIS *et al.*, 2003). Em 2004, esse mesmo grupo de pesquisa desenvolveu a versão, em Português, da Escala de Avaliação de Mania de Bech-Rafaelsen (EAM-BR), derivada das escalas de Beigel e Petterson (BEIGEL; MURPHY; BUNNEY, 1971; PETTERSON *et al.*, 1973) e elaborada um pouco antes da terceira edição do Manual Estatístico e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-III). É composta de 11 itens pontuados em cinco categorias. A EAM-BR caracterizou-se como instrumento de fácil manejo, possibilitando boa avaliação de quadro maníaco eufórico clássico e mostrando limitações para quadros mais graves (SHANSIS *et al.*, 2004).

Soares (2010) avaliou a confiabilidade e validou a versão, em Português, de uma escala de autoavaliação de hipomania, Hypomania checklist (HCL-32). O HCL-32 é um questionário de 32 itens, de auto aplicação, que avalia presença ou ausência dos sintomas, além da gravidade e impacto destes sobre diversos aspectos da vida do indivíduo. A pontuação é obtida mediante a soma das respostas positivas para hipomania. A HCL-32 VB teve sensibilidade de 0,75 e especificidade de 0,58, com pontuação acima de 18. A área sob a curva ROC foi de 0,702.

Hirschfeld *et al.* (2000) conceberam um instrumento de triagem breve para uso em ambientes psiquiátricos, contexto comunitário e atenção primária. O Questionário de Transtorno de Humor (Mood Disorder Questionnaire; MDQ) baseia-se nos critérios do DSM-IV e demanda pouco tempo para aplicação. Ainda não foi validado na língua portuguesa.

Com base na consideração de que medidas categóricas são intrinsecamente limitantes, pesquisadores desenvolveram instrumentos para avaliar transtornos do espectro bipolar, como a Escala Dimensional do Transtorno Afetivo Bipolar (Bipolar Affective Disorder Dimension Scale) (CRADDOCK *et al.*, 2004) e a Escala Diagnóstica do Espectro Bipolar (Bipolar Spectrum Diagnostic Scale) (GHAEMI *et al.*, 2005). Esses instrumentos são promissores, mas necessitam de validação e replicação em outras culturas, com amostras maiores e com características diversas.

O reconhecimento de caso de transtorno bipolar mostra-se como o primeiro passo para a instituição de tratamento adequado. Há necessidade crescente de que médicos de família e equipes de saúde do nível de atenção primária sejam capazes de detectar ou diagnosticar esse transtorno de maneira efetiva. Alguns fatores fundamentam essa carência premente: grande parte dos pacientes com transtornos psiquiátricos é atendida nesses centros (MANDERSCHIED *et al.*, 1993); essa população utiliza com maior frequência serviços de saúde, inclusive serviços primários (BIJL *et al.*, 2000) e tem morbidade e prejuízo funcional maiores do que pacientes não psiquiátricos (SINGH; ZARATE, 2006; CORYELL *et al.*, 1998; VIETA *et al.*, 2007); instrumentos desenvolvidos especificamente para prática médica geral são disponibilizados por meio de pesquisas; e, por último, várias medicações utilizadas na prática psiquiátrica são agora disponibilizadas e podem ser prescritas de maneira segura e efetiva em serviços de atenção primária (STAAB *et al.*, 2001).

1.5 TBH na Atenção Primária de Saúde

Existem relativamente poucos estudos investigando a prevalência do transtorno bipolar entre os pacientes atendidos na atenção primária de saúde (DAS *et al.*, 2005; ROUILLON *et al.*, 2011; CHIU; CHOKKA, 2012). Há uma nítida discordância sobre a prevalência do transtorno bipolar entre os estudos (SCHULBERG *et al.*, 1985; BLACKER; CLARE, 1988; OLFSON *et al.*, 1997; DAS *et al.*, 2005; ROUILLON *et al.*, 2010). Antes, imaginava-se que a prevalência do transtorno bipolar nos serviços de atenção primária de saúde fosse de 0.7% a 1.2% (SCHULBERG *et al.*, 1985; BLACKER; CLARE, 1988; OLFSON *et al.*, 1997). Entretanto, pesquisas recentes mostram que a prevalência do transtorno do espectro bipolar é mais alta (DAS *et al.*, 2005; ROUILLON *et al.*, 2011). Das *et al.* (2005) relatou uma alta taxa de rastreio positivo para transtorno bipolar (9,8%) entre 1157 pacientes americanos que procuraram atendimento numa clínica urbana que atende população de baixa renda. Uma prevalência igualmente alta (8,3%) foi observada numa amostra maior de 9240 pacientes atendidos em 95 clínicas na França (ROUILLON *et al.*, 2011).

Esses resultados divergentes talvez se deva ao fato de que pesquisas anteriores usaram instrumentos de diagnóstico com pouca sensibilidade para detectar casos de hipomania durante a vida e, portanto, podem subestimar a prevalência do transtorno bipolar tipo II (SCHULBERG *et al.*, 1985; BLACKER; CLARE, 1988; OLFSON *et al.*, 1997). Mais recentemente, instrumentos de rastreio para a identificação do espectro de transtorno bipolar foram desenvolvidos, tais como o Questionário de Transtornos do Humor (HIRSCHFELD *et al.*, 2000) e a Escala de Diagnóstico do Espectro Bipolar (GHAEMI *et al.*, 2005), aumentando a sensibilidade para a identificação de possíveis casos de transtorno bipolar nos serviços primários de saúde (DAS *et al.*, 2005; ROUILLON *et al.*, 2011).

A prevalência de transtorno bipolar torna-se aproximadamente cinco vezes maior quando se considera o conceito de espectro, o que torna essa condição quase tão comum quanto a depressão unipolar. Portanto, os médicos de família que atendem na atenção primária de saúde encontram com frequência pacientes com esse diagnóstico. A questão é que mais de 30% dos pacientes diagnosticados como

deprimidos e/ou ansiosos, na atenção primária, na realidade, têm transtorno bipolar (PIVER *et al.*, 1999). E para distinguir bipolares de unipolares, é necessário que sejam identificados, em sua história, sintomas maníacos, hipomaníacos ou mistos, atuais ou passados. Como relatado anteriormente, pacientes bipolares passam a maior parte do tempo, em que estão sintomáticos, em depressão, o que pode contribuir para obscurecer o caráter fásico desse transtorno. Além disso, pacientes costumam procurar atendimento quando estão deprimidos, o que não é comum acontecer quando estão na fase maníaca ou hipomaníaca. Outro complicador diagnóstico e de manejo é a presença frequente de comorbidades, como abuso de substâncias, descontrole de impulsos, ansiedade, transtornos alimentares, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (SINGH; ZARATE, 2006). Qualquer que seja o motivo, o importante é que esses pacientes sejam diagnosticados e tratados, tanto na fase aguda, quanto na manutenção, adequadamente. Estabilizadores de humor são a base do tratamento e as atuais diretrizes recomendam seu uso em todas as fases do tratamento (SACHS *et al.*, 2001). Estudos sugerem que antidepressivos são comumente prescritos, de forma isolada, para esses pacientes em vez de estabilizadores de humor (GHAEMI *et al.*, 2001).

Pesquisa realizada com intuito de avaliar atitudes de clínicos em relação a transtorno bipolar na atenção primária de saúde revelou que 1/3 deles relataram, em sua prática, “raramente” ou “de vez em quando” prescreverem psicofármacos para pacientes bipolares. Nenhum deles assinalou a opção “sempre”. Em contrapartida, todos referiram não se sentirem confortáveis em prescrever antipsicóticos de primeira ou de segunda geração (SANSONE *et al.*, 2011).

Algumas linhas de evidência indicam que o transtorno bipolar não é devidamente identificado por médicos de família na maioria dos pacientes com depressão (MANNING *et al.*, 1997; SMITH *et al.*, 2011; CHIU; CHOKKA, 2012). O tratamento de pacientes com transtorno bipolar, nos serviços de atenção primária, com antidepressivos pode causar mania, hipomania, estados mistos e quadros de ciclagem rápida (GHAEMI *et al.*, 2004; POST *et al.*, 2006).

Estudo realizado na França demonstrou aumento na identificação de pacientes bipolares e do uso de estabilizadores de humor, por parte de médicos

generalistas, após programa de treinamento no manejo do transtorno bipolar na atenção primária, o que não ocorreu com os médicos não treinados ($p < 0,0001$). O resultado foi uma diminuição considerável de pacientes não diagnosticados (de 64,6% para 19,5%). O grupo de clínicos treinados, ao contrário dos não treinados, aumentou significativamente as prescrições de estabilizadores de humor de 25,6% para 43,2% ($p = 0,0013$) (ROUILLON *et al.*, 2011).

Médicos da atenção primária são, frequentemente, os primeiros a fazer a triagem e o manejo das manifestações iniciais de pacientes com transtorno bipolar. Muitos acompanham a fase de manutenção também. Em razão disso, desempenham papel deveras significativo no tratamento desse prevalente e incapacitante transtorno (BERK *et al.*, 2005).

1.6 Tratamento TBH

A complexidade do tratamento dessa doença episódica, de evolução crônica, decorre das diferenças no manejo de cada uma de suas fases. Estudos se dividem em tratamento de episódios depressivos, maníacos, de manutenção ou profilaxia. Desse modo, o tratamento visa a diminuir a frequência dos episódios, a gravidade do transtorno e contribuir para a melhora das consequências psicossociais (SPROULE *et al.*, 2002).

Atualmente, dentre os principais tratamentos disponíveis, se destacam lítio, anticonvulsivantes e antipsicóticos de segunda geração (BUCKLEY, 2008).

O tratamento do episódio maníaco objetiva a remissão dos sintomas agudos e a estabilização do quadro, sem que haja indução de depressão. Caso o paciente já venha fazendo uso de antidepressivo, é imprescindível a sua descontinuação. Para pacientes sem tratamento atual ou que não estejam fazendo medicamentos de primeira escolha, um ou mais dos seguintes agentes de primeira linha, são sugeridos: lítio, divalproato, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprazidona e aripiprazol. Os de segunda linha são: carbamazepina, ECT, lítio

associado a divalproato, asenapina, lítio/divalproato associados a asenapina, paliperidona, e os de terceira são haloperidol, clorpromazina, lítio/divalproato associados a haloperidol, lítio associado a carbamazepina, clozapina, oxcarbazepina (YATHAM *et al.*, 2009).

A farmacoterapia no episódio depressivo tem o intuito de provocar remissão da fase aguda e estabilizar o quadro, sem que haja indução de sintomas maníacos ou hipomaníacos. Indivíduos que não estão fazendo tratamento medicamentoso têm os seguintes agentes de primeira linha como opção: lítio, lamotrigina, quetiapina, lítio/divalproato associados a inibidor seletivo de recaptação (ISRS) de serotonina, olanzapina associada a (ISRS), lítio associado a divalproato, lítio/divalproato associado a bupropiona. Os de segunda linha são: quetiapina associada a ISRS, divalproato, lítio/divalproato associada a lamotrigina, modafinil adjuvante. Os de terceira incluem carbamazepina, olanzapina, divalproato, lítio associado a carbamazepina, lítio/divalproato associados a venlafaxina, ECT, lítio associado a IMAO, lítio/divalproato/antipsicótico atípico associados a ADT, lítio/divalproato/carbamazepina associados a ISRS e lamotrigina, topiramato adjuvante (YATHAM *et al.*, 2009). Observa-se que o uso de antidepressivos deve ser feito de forma criteriosa. Os mais estudados na depressão bipolar são paroxetina, fluoxetina e bupropiona. Os tricíclicos devem ser evitados por induzirem um maior risco de virada maníaca e os ISRS devem ser preferidos em relação a venlafaxina pelo fato de esta conter também maior risco de virada.

Transtorno bipolar é uma doença crônica que demanda tratamento de manutenção para profilaxia de episódios agudos. Uma das medicações de primeira linha é o lítio, que reduz risco de suicídio e é mais eficaz na prevenção de episódios maníacos do que depressivos. Outras de primeira escolha são: lamotrigina (eficácia limitada na prevenção da mania), divalproato, olanzapina, quetiapina, lítio/divalproato associados a quetiapina, risperidona de depósito, aripiprazol (principalmente para prevenir mania), ziprazidona adjuvante. Medicamentos de segunda linha são: carbamazepina, lítio associado a divalproato, lítio associado a carbamazepina, lítio/divalproato associados a olanzapina, aripiprazol, risperidona, quetiapina, ziprazidona, lítio associado a risperidona/quetiapina, lítio associado a

lamotrigina, olanzapina associada a fluoxetina. Alguns de terceira linha: clozapina adjuvante, ECT adjuvante, oxcarbazepina adjuvante (YATHAM *et al.*, 2009).

Revisão sistemática realizada por Fountoulakis *et al* (2012), sobre eficácia de medicações no tratamento do transtorno bipolar, sugere que lítio, antipsicóticos de primeira e segunda geração, valproato e carbamazepina são eficazes no tratamento da mania aguda. Quetiapina e combinação de olanzapina com fluoxetina são eficazes no tratamento da depressão bipolar. Antidepressivos devem ser prescritos somente em associação a agentes antimaníacos. Lítio, olanzapina, quetiapina e aripiprazol são eficazes durante a fase de manutenção. Lamotrigina, na depressão bipolar. Eletroconvulsoterapia é uma opção para pacientes refratários. A melhor associação na depressão bipolar aguda é a de lítio com lamotrigina. Uma boa opção para pacientes, em mania aguda, que respondem parcialmente à lítio/valproato/carbamazepina é a introdução de antipsicótico. Pacientes que estabilizam com uso de mais de uma medicação podem piorar caso haja mudança para monoterapia na fase de manutenção.

O tratamento combinado, ao contrário da monoterapia, aumenta em torno de 20% a taxa de resposta, embora possa resultar no aparecimento de maior número de efeitos adversos (YATHAM *et al.*, 2005).

Apenas metade dos pacientes registra aderência satisfatória aos tratamentos prescritos (VELLIGAN *et al.*, 2009).

Psicoeducação mostra-se efetiva na otimização dos efeitos farmacológicos e atua na prevenção de recaídas. Além disso, tem o papel de contribuir positivamente para a saúde mental dos familiares de pacientes (FIGUEIREDO *et al.*, 2009). Psicoterapias e tratamentos psicossociais podem aumentar a adesão ao tratamento, auxiliar na identificação de sintomas prodrômicos e contribuir no processo de recuperação funcional.

Respostas mais favoráveis ao tratamento ocorrem em estádios iniciais da doença, sendo imprescindível a intervenção precoce (BERK *et al.*, 2011).

2 JUSTIFICATIVA

Sabe-se ser grande o contingente de pessoas que fala a Língua Portuguesa, somando mais de 200 milhões, espalhadas por diversos países, tais como Brasil, Portugal, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe. O Português ocupa a oitava posição entre as línguas mais faladas.

O estudo 1 desta pesquisa visou a desenvolver e validar uma versão, em Português brasileiro, do Questionário de Transtorno de Humor (B-QTH) e da Escala Diagnóstica do Espectro Bipolar (B-EDEB) em amostras consecutivas de pacientes psiquiátricos ambulatoriais. Isso foi parte de um esforço maior para aperfeiçoar a detecção de transtornos bipolares.

A maioria dos estudos sobre prevalência do transtorno bipolar nos serviços primários de saúde foi realizada em países da América do Norte e Europa. Como é do nosso conhecimento, nenhum estudo investigou a prevalência, assim como o impacto do transtorno bipolar nos usuários dos serviços de atenção primária no Brasil. Considerou-se, portanto, a necessidade da segunda fase do trabalho (estudo 2) que respondesse a essas questões.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é caracterizado pelo seu livre acesso e é destinado a fornecer atendimento básico a todos os cidadãos. De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2011a, 2011b), o SUS procura alcançar este objetivo por meio do Programa Saúde da Família (PSF), uma estratégia em âmbito nacional financiada pelos governos federal, estaduais e municipais. Até 2009, o Programa Saúde da Família foi uma das maiores estratégias comunitárias de atendimento básico do Mundo, atendendo 61% da população brasileira, aproximadamente 115 milhões de pessoas (PINTO *et al.*, 2012).

Daí a necessidade de informações sobre a epidemiologia do transtorno bipolar nos serviços de atenção básica de saúde no País. O estudo 2 tratou, justamente, da investigação da prevalência e correlatos de rastreamentos positivos para transtorno bipolar entre pacientes atendidos em três centros de atenção primária em Fortaleza, Ceará, Brasil.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Validar as versões traduzidas e adaptadas, para o Português, do “Mood Disorder Questionnaire” (MDQ) e da “Bipolar Spectrum Diagnostic Scale” (BSDS).
- Determinar os pontos de corte do MDQ e da BSDS mais adequados para rastreamento de transtornos do espectro bipolar em pacientes atendidos em hospital de saúde mental, Fortaleza, Ceará, Brasil.
- Estimar a prevalência de rastreio positivo para TBH em usuários da atenção primária de saúde e estudar características clínicas, comorbidades médicas, o impacto deste transtorno na qualidade de vida e no grau de incapacitação funcional que esse diagnóstico determina.

3.2 Específicos

- Desenvolver e adaptar uma versão, em Português, do MDQ e da BSDS.
- Estimar a prevalência de rastreio positivo para TBH em pacientes usuários de unidades de atenção primária de saúde.
- Identificar o perfil sociodemográfico dos pacientes com rastreio positivo para transtorno bipolar, atendidos nos serviços de atenção primária de saúde.
- Identificar as características dos pacientes, rastreados positivamente para transtorno bipolar, atendidos na atenção primária: condições sociodemográficas, ideação suicida, comorbidades médicas, funcionamento social e qualidade de vida.
- Estimar o grau de reconhecimento do TBH por médicos da atenção primária de saúde e o uso corrente de estabilizadores do humor.

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS – ESTUDO 1

4.1 Delineamento do estudo

Realizou-se estudo do tipo transversal, que foi conduzido em ambulatórios de transtornos de humor do Hospital de Saúde Mental de Messejana, em Fortaleza – Ceará – Brasil.

4.2 População

A população-alvo foi composta por 144 pacientes consecutivos, atendidos por médicos residentes de Psiquiatria, selecionados aleatoriamente, no período de maio a outubro de 2008. O tamanho da amostra foi estimado para detectar a especificidade de 0,85, com um limite de confiança mínimo aceitável menor de 0,65 para o MDQ e a BSDS (FLAHAULT *et al.*, 2005).

Critérios de inclusão: 1. pacientes consecutivos atendidos em ambulatórios do Hospital de Saúde Mental de Messejana cujos médicos assistentes suspeitassem de transtornos de humor; 2. idade entre 18 e 70 anos; 3. pacientes que aceitassem participar da pesquisa por meio de consentimento informado.

Critérios de exclusão: 1. pacientes com déficit cognitivo que inviabilizasse a compreensão das perguntas contidas nos instrumentos; e 2. pacientes agudamente agitados, em mutismo ou com qualquer outra condição psiquiátrica que preclua a aplicação dos instrumentos.

4.3 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Hospital de Saúde Mental de Messejana. Esta unidade de cuidados da saúde mental é estatal, possui Programa de Residência Médica em Psiquiatria e recebe um grande número de pacientes, principalmente dos

serviços de atenção primária de saúde para avaliação e tratamento de transtornos do humor.

4.4 Período do estudo

Inicialmente, realizou-se estudo-piloto, pelo período de um mês, para treinamento, em campo, dos entrevistadores e avaliação dos instrumentos a serem utilizados. A partir de maio de 2008 até outubro desse ano foram coletados os dados do estudo principal que foram, então, analisados.

4.5 Estudo-piloto

O grupo de entrevistadores foi composto pelo pesquisador principal, especialista em Psiquiatria, responsável pela entrevista psiquiátrica, e por uma estudante do último ano do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal do Ceará, que procedia à aplicação do questionário geral, do Questionário de Transtorno de Humor e da Escala Diagnóstica do Espectro Bipolar.

Antes do início do estudo-piloto, foram realizadas reuniões para o desenvolvimento do questionário, definindo-se suas variáveis. Foram feitos estudos dos instrumentos e treinamento de como proceder à coleta dos dados.

No estudo-piloto, os instrumentos utilizados foram: 1. questionário geral, contendo informações sociodemográficas e sobre uso de medicamentos (APÊNDICE B); 2. MDQ (ANEXO A) 3. BSDS (ANEXO B) e 4. SCID (ANEXO G) Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV que se mostrou como padrão ouro, utilizando-se os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) para transtorno bipolar.

4.6 Fluxo operacional

Depois de selecionado o Hospital de Saúde Mental de Messejana para realização da pesquisa, o diretor da instituição foi visitado pelo pesquisador principal para submissão do projeto de pesquisa e obtenção do consentimento para realizar as entrevistas.

Foram identificadas as listas dos pacientes agendados no Ambulatório da Residência Médica. Dos pacientes cadastrados na lista, quando o número excedeu à capacidade de realização de entrevistas por turno, foi obtida amostra aleatória desse grupo. Os selecionados foram convidados a participar da pesquisa. Aqueles que aceitaram por meio de consentimento informado, foram incluídos no estudo, procedendo-se inicialmente à aplicação do questionário multidimensional, dos instrumentos de rastreamento (Questionário de Transtorno de Humor e Escala do Espectro Bipolar) pelo estudante de Medicina. Em seguida, todos os pacientes eram encaminhados a um psiquiatra, o qual não tinha nenhum conhecimento dos resultados obtidos na aplicação dos instrumentos. A entrevista psiquiátrica tinha como objetivo diagnosticar a ausência ou presença de um transtorno de humor, aplicando-se a Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID-I) (FIRST *et al.*, 1995).

4.7 Instrumentos e variáveis utilizados

4.7.1 Questionário multidimensional

O questionário padronizado (APÊNDICE B) utilizado nas entrevistas forneceu uma visão global do perfil sociodemográfico da população estudada.

4.7.2 Variáveis sociodemográficas

- Nome do entrevistado
- Escolaridade
- Endereço
- Telefone
- Idade
- Sexo
- Estado civil: solteiro, casado, vive junto, viúvo, separado ou desquitado ou divorciado
- Tipo de moradia: se o paciente mora sozinho ou com outras pessoas (acompanhado)
- Renda familiar
- Ocupação: emprego com carteira assinada, autônomo, desempregado.

4.7.3 MDQ e BSDS

4.7.3.1 MDQ (QTH)

O QTH é um instrumento de rastreio para TB, de fácil e rápida administração. É dividido em três partes. A primeira seção inclui 13 perguntas provenientes de critérios do DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais, 4ª ed.). As respostas são dicotômicas: - sim ou não. A segunda seção avalia se os vários sintomas positivos aconteceram no mesmo período. Por fim, examina-se o prejuízo psicossocial, classificado como ausente, pequeno, moderado ou sério. No estudo de validação original, um resultado positivo do QTH para TB exige que sete ou mais sintomas sejam relatados no mesmo período, gerando problemas de moderado a grave.

4.7.3.2 BSDS (EDEB)

A EDEB é uma escala de autoavaliação baseada em narrativas, desenvolvida por Ronald Pies, que foi revista e validada por Ghaemi *et al.* (2005). Consiste em relato descritivo que abrange sutis características do transtorno bipolar. A primeira parte contém 19 frases de valência positiva em terceira pessoa, incluindo algumas experiências típicas de oscilação de humor. O indivíduo concorda ou não com as sentenças, assinalando aquelas com as quais se identifica. Uma questão simples de múltipla escolha, na segunda parte, avalia até que ponto a história representa uma descrição correta de si mesmo.

4.7.3.3 Instrumentos e procedimentos

A BSDS (doravante EDEB - Escala Diagnóstica do Espectro Bipolar) e o MDQ (QTH - Questionário de Transtorno de Humor) foram traduzidos para o Português por dois dos autores deste estudo (médicos psiquiatras bilíngues). Para garantir que o sentido conotativo dos itens não fosse alterado na tradução, foram traduzidos de volta ao Inglês por um terceiro profissional de saúde mental, falante nativo de língua inglesa. Os três aprovaram uma versão final do instrumento. Para avaliação da equivalência semântica, tanto a referência como o significado geral das palavras e itens foram considerados. A referência de um item lexical subjaz às ideias e os objetos do mundo aos quais uma ou mais palavras se referem. O significado geral leva em consideração o impacto que estas palavras assumem no contexto cultural da população-alvo. Finalmente, para avaliar se a tradução inicial foi corretamente executada, um estudo-piloto foi feito com cinco casos.

4.7.4 Entrevista clínica estruturada para transtornos do eixo I do DSM-IV (SCID-I)

A SCID-I (ANEXO G) foi utilizada como padrão ouro. Essa entrevista clínica é semiestruturada para realização dos diagnósticos baseados no DSM-IV. A revisão geral da SCID permitiu a obtenção de informações para elaboração de hipóteses do diagnóstico diferencial antes da aplicação das perguntas sistemáticas sobre sintomas específicos. Perguntas sobre problemas emocionais ou psiquiátricos

e acerca de qualquer tratamento ao qual a pessoa possa ter sido submetida foram realizadas. Após a revisão geral, foi checado o módulo A, que identifica episódios de humor: episódio depressivo maior, episódio maníaco, episódio hipomaníaco atuais e passados, transtorno distímico, transtorno de humor decorrente uma condição médica geral e transtorno de humor induzido por substância. Esse módulo contém as classes diagnósticas relevantes para este estudo. As questões do módulo são estruturadas e as pontuações referem-se aos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) (FIRST *et al.*, 1995; (DEL-BEN *et al.*, 2001).

4.8 Aspectos éticos

Este estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE) da Universidade Federal do Ceará (ANEXO L).

Todos os pacientes que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo após a leitura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Em caso de concordância, o questionário, o MDQ e a BSDS eram aplicados pelo entrevistador e a SCID pelo psiquiatra.

Os pacientes diagnosticados com transtornos bipolar ou do espectro bipolar eram reencaminhados aos seus médicos assistentes e comunicação direta entre o pesquisador e ele era feita para dar o resultado da SCID.

4.9 Análise estatística

A análise estatística constou inicialmente de descrição da amostra estudada de acordo com suas características sociodemográficas. Foram calculadas as propriedades diagnósticas do MDQ e da BSDS a saber:

- sensibilidade - capacidade do MDQ e da BSDS em identificar indivíduos com transtorno bipolar e dentro do espectro bipolar. Por definição, representa a proporção dos indivíduos com transtorno bipolar ou espectro bipolar que, pelo MDQ e BSDS, respectivamente, apresentavam quadro sugestivo dessas condições;

- especificidade - capacidade do MDQ e da BSDS em selecionar indivíduos que não tivessem transtorno bipolar, nem estivessem dentro do espectro bipolar. Por definição, representa a proporção dos indivíduos sem transtorno bipolar ou do espectro que exibiram pelo MDQ e pela BSDS, respectivamente, quadro não sugestivo dessas condições;

- valor preditivo positivo - porcentagem de indivíduos com transtorno bipolar ou dentro do espectro bipolar dentre os que pelo MDQ e pela BSDS, respectivamente, apresentavam esses transtornos; e

- valor preditivo negativo - porcentagem de indivíduos sem transtorno bipolar ou espectro bipolar dentre os que pelo MDQ e BSDS, respectivamente, não portavam esses transtornos.

As propriedades há pouco mencionadas foram referidas com seus respectivos intervalos de confiança a 95%.

Curva ROC (*Receiver Operator Characteristic Curve*) foi elaborada, a fim de se estimar o melhor contrabalanço entre sensibilidade e especificidade, com base em pontos de corte dos escores do instrumento avaliado. Tal contrabalanço, por definição, localiza-se no “ombro” da curva ou em suas proximidades. A curva permite avaliar o poder discriminatório do teste. Para testes de bom poder discriminatório, à medida que a sensibilidade aumenta, a especificidade tem uma pequena ou nenhuma perda, até que sejam alcançados altos níveis de sensibilidade (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1996).

5 CASUÍSTICA E MÉTODOS – ESTUDO 2

5.1 Delineamento do estudo

Realizou-se estudo do tipo transversal, conduzido em três unidades de atenção primária de Fortaleza-Ceará-Brasil.

5.2 População

Amostra consecutiva de pacientes adultos que procuraram os serviços de saúde primários em cada local foi convidada a participar. Os participantes foram sistematicamente abordados a fim de se determinar sua elegibilidade para participar da pesquisa com base na ordem de chegada (um número foi distribuído por um assistente social) para consultas marcadas num só dia (períodos da manhã e tarde).

Critérios de inclusão: os pacientes aptos a participar tinham entre 18 e 70 anos, haviam feito pelo menos uma visita ao consultório (esse critério foi aplicado para investigar a identificação do transtorno bipolar por clínicos gerais) e podiam entender Português.

Critérios de exclusão: pacientes com déficit cognitivo que inviabilizasse a compreensão das perguntas contidas nos instrumentos; pacientes agudamente agitados, em mutismo, ou em qualquer outra condição psiquiátrica, que impedisse a aplicação dos instrumentos, foram considerados inaptos para a pesquisa.

5.3 Local do estudo

A pesquisa foi realizada em três ambulatórios de atendimento básico de Fortaleza, Nordeste do Brasil (Regional III), quinta maior cidade do País, com aproximadamente 3.600.000 habitantes. Estes consultórios fornecem atendimento a uma comunidade de aproximadamente 378.000 pessoas.

5.4 Período do estudo

Inicialmente, realizou-se estudo-piloto, por um período de um mês, para treinamento, em campo, dos entrevistadores e avaliação dos instrumentos a serem utilizados. O estudo principal foi realizado entre setembro de 2010 e julho de 2011.

5.5 Estudo-piloto

O grupo de entrevistadores foi composto por estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

Antes do início do estudo-piloto, foram feitas reuniões para o desenvolvimento do questionário, definindo-se suas variáveis; para o estudo dos instrumentos e treinamento de como proceder à coleta dos dados.

5.6 Instrumentos e variáveis utilizados

5.6.1 *Questionário multidimensional*

O questionário padronizado (APÊNDICE C) utilizado nas entrevistas forneceu uma visão global do perfil sociodemográfico da população estudada.

5.6.2 *Variáveis sociodemográficas*

- Nome do entrevistado
- Escolaridade
- Endereço
- Telefone
- Idade
- Sexo

- Estado civil: solteiro, casado, vive junto, viúvo, separado ou desquitado ou divorciado.
- Tipo de moradia: se o paciente mora sozinho ou com outras pessoas (acompanhado).
- Renda familiar
- Ocupação: emprego com carteira assinada, autônomo, desempregado.

5.6.3 Variáveis clínicas

- Comorbidades médicas: a comorbidade médica foi avaliada com o Índice de Comorbidade Funcional (FCI) (GROLL *et al.*, 2005). Este instrumento é uma simples contagem de 18 diagnósticos médicos (sim/não) e verificou-se ter uma associação significativa com a função física (GROLL *et al.*, 2005). Assim, neste estudo, a pontuação do Índice de Comorbidade Funcional variou de zero a 18. Os diagnósticos médicos estabelecidos foram registrados por uma inspeção cuidadosa de cada prontuário por um médico psiquiatra pesquisador (MSC).
- Medicamentos em uso: estabilizadores de humor, antipsicóticos atípicos, antidepressivos, benzodiazepínicos.

5.6.4 Outras variáveis

- Ideação e planejamento suicidas.
- Vivência de situações ameaçadoras à vida: acidente grave, desastre natural, ter testemunhado lesão séria a outra pessoa, ter sido agredido fisicamente por familiar, ter sido abusado sexualmente, ter vivenciado morte ou separação de pessoa muito próxima.

5.6.5 Escala Breve de Funcionalidade (FAST)

A Escala Breve de Funcionalidade (FAST) foi desenvolvida para avaliação das dificuldades funcionais, levando-se em consideração os principais problemas dos pacientes com transtornos psiquiátricos, em especial, aqueles com transtorno bipolar. A versão inicial continha 56 itens, divididos em dez áreas específicas:

autonomia, trabalho, cognição, finanças, relação marital, *insight*, conhecimento e aceitação da doença, estratégias para lidar com altos e baixos, autojulgamento e uso da medicação. A versão final foi concluída após modificações decorrentes da discussão em encontro de especialistas de Espanha, Brasil e Inglaterra.

A validade e a confiabilidade da FAST para o transtorno bipolar foram estudadas no meio local e os resultados mostraram-se bem satisfatórios. Suas características psicométricas revelaram alta consistência interna em todos os itens, com alfa de Cronbach total igual a 0,9. Com o ponto de corte igual ou superior a 11, a sensibilidade foi de 72% e a especificidade de 87%. A escala foi também sensível em detectar diferenças entre pacientes agudos e eufímicos, tornando-se de grande utilidade em bipolares (ROSA *et al.*, 2007).

Essa escala é heteroadministrada e se refere à funcionalidade do paciente nos últimos 15 dias. Requer pouco tempo para aplicação, sendo composta por 24 itens, divididos em seis áreas da funcionalidade:

1 Autonomia – privilegia a capacidade do indivíduo em tomar decisões e agir de forma independente.

2 Trabalho – refere-se à capacidade do paciente em manter emprego remunerado, trabalhando de acordo com seu nível de escolaridade, em ser eficaz na realização de tarefas em tempo hábil e receber remuneração compatível com o cargo ocupado.

3 Cognição – relaciona-se com a capacidade de concentração e com habilidades para resolução de cálculos mentais, solução de problemas, aprendizagem e recordação de novas informações.

4 Finanças – considera-se a capacidade de administração equilibrada do dinheiro.

5 Relações Interpessoais – avaliam-se relações com família, amigos, participação em atividades sociais, relações sexuais e habilidade para defender os interesses próprios.

6 Lazer – refere-se à realização de atividades lúdicas prática de esportes ou exercício físico.

Cada item distribuído em uma das seis áreas é pontuado de zero a quatro de acordo com a dificuldade que gradua, de nenhuma a grave. A soma dos escores de cada item corresponde ao escore global, ou seja, quanto mais alto, maior a disfuncionalidade.

5.6.6 WHOQOL-abreviado (*Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde*)

Esse instrumento foi desenvolvido sob uma perspectiva transcultural, para uso internacional, pela Organização Mundial de Saúde, com o objetivo de avaliar qualidade de vida, entendida como percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação as suas expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1995). Colaboraram com o projeto 15 centros de culturas diferentes. A versão final do WHOQOL-100 (The WHOQOL GROUP, 1998a) contém 24 facetas e cada uma delas quatro itens.

Posteriormente, análises do WHOQOL permitiram a geração de uma versão reduzida do instrumento, o WHOQOL-BREF, composto por quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), além do domínio geral, avaliados pelas 26 perguntas que obtiveram melhor desempenho psicométrico no WHOQOL-100 (WHOQOL GROUP, 1998b; FLECK *et al.*, 2000). No domínio geral, a faceta avaliada é a percepção de saúde geral e a qualidade de vida global. No físico, atividades da vida cotidiana, mobilidade, dor e desconforto, energia e fadiga, sono e descanso, dependência de medicação e tratamento e capacidade de trabalho. No psicológico, sentimentos positivos, sentimentos negativos, memória e concentração, aprendizagem, autoestima, imagem corporal e aparência, espiritualidade, religião e crenças pessoais. Nas relações sociais, relacionamento interpessoal, atividade sexual e apoio social. No domínio meio ambiente, ambiente do lar, ambiente físico (poluição, ruído, clima, trânsito), disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais, recursos financeiros, segurança física e proteção, transporte e oportunidades de lazer e de aquisição de informações e habilidades.

O questionário, a princípio, é de autorresposta. Caso o instrumento seja aplicado por meio de um entrevistador, cuidado adicional há que se ter para não

haver influência sobre as respostas. O instrumento precisa ser respondido em um só encontro, em situação de privacidade. Ênfase deve ser dada ao fato de que todas as questões se referem às duas últimas semanas

5.6.7 Escala de rastreamento populacional para depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES – D)

A CES-D, elaborada pelo National Institute of Mental Health, (RADLOFF *et al.*, 1977), constitui instrumento de rastreamento, autoaplicável, amplamente utilizado, composto por 20 itens relacionados a humor, comportamento e percepção cuja finalidade é detectar sintomas depressivos em população adulta. As respostas a cada uma das perguntas são dadas de acordo com a frequência em que cada sintoma esteve presente na semana anterior à aplicação, variando de zero, que corresponde a raramente ou nunca, a três, durante a maior parte do tempo ou o tempo todo. Portanto, a pontuação pode variar entre zero e 60.

A validação do ponto de corte maior ou igual a 16 foi verificada por meio de estudos que avaliaram as propriedades psicométricas da escala (WELLS *et al.*, 1987). A versão traduzida e validada dessa escala foi obtida no estudo de Silveira e Jorge (1997).

5.7 Fluxo operacional

Depois de selecionados os três centros de saúde do estudo, seus coordenadores foram visitados pelo pesquisador principal para apresentação do projeto de pesquisa e obtenção do Termo de Consentimento, por escrito, para realizar as entrevistas. Os diretores visitados concordaram com a realização do estudo.

Em cada unidade, uma amostra consecutiva de pacientes adultos que procuraram os serviços de saúde primários foi convidada a participar. Os participantes foram sistematicamente abordados, a fim de se determinar sua

elegibilidade para participar da pesquisa com base na ordem de chegada (senha numerada foi distribuída por um assistente social) para consultas marcadas num só dia (períodos da manhã e tarde). Os pacientes que preencheram critérios de inclusão para a pesquisa e aceitaram participar assinaram consentimento informado.

Os pacientes foram recrutados, simultaneamente, em cada local, até a meta final de mais ou menos 700 participantes ter sido atingida. O tamanho dessa amostra foi calculado *a priori* para permitir uma estimativa da prevalência do transtorno bipolar com 2,5% de precisão (intervalo de confiança de 95%) considerando uma prevalência de 10% (DAS *et al.*, 2005) com os ajustes para comparações múltiplas.

Foi abordado um total de 1237 pacientes, dos quais 83 (6,7%) se recusaram a participar. Dos 1154 pacientes selecionados para a elegibilidade, 434 (37,6%) estavam inaptos para participar. Os critérios comuns para exclusão foram: (1) não ter entre 18 e 70 anos de idade (n=134; 30,8%); (2) não ter feito nenhuma visita ao consultório antes (n=198; 45,6%); e (3) ter uma condição médica grave o suficiente para impedir a participação (n=33; 7,60%).

Dados sociodemográficos foram coletados para cada participante, incluindo idade, gênero, estado civil, raça/etnia, nível educacional (i.e., anos de estudo), renda mensal bruta e situação de trabalho.

Todos os participantes responderam à versão brasileira validada do Questionário de Transtornos do Humor (MDQ) (CASTELO *et al.*, 2010), um questionário de autoavaliação de transtornos bipolares ao longo da vida com 15 itens, de acordo com os critérios do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quarta Edição* (DSM-IV) (HIRSCHFELD *et al.*, 2000). A pontuação-padrão de um diagnóstico positivo para transtorno bipolar exige o endosso de pelo menos oito dos 13 sintomas de mania durante a vida, vários sintomas simultâneos e comprometimento funcional associado moderado ou grave (CASTELO *et al.*, 2010).

O estudo também incluiu a versão brasileira da Escala de Depressão do Centro de Epidemiologia (CES-D) (RADLOFF, 1977; BATISTONI *et al.*, 2007). Esta

é um instrumento de autoavaliação que engloba 20 sintomas de depressão. Foi perguntada aos participantes a frequência com que eles sentiram cada sintoma na última semana (0: raramente ou nenhuma vez; 1: algum ou pouca parte do tempo; 2: ocasionalmente ou uma moderada parte do tempo; 3: grande parte ou o tempo inteiro). A pontuação geral varia de zero a 60. Neste estudo, um ponto de corte de 16 foi estabelecido para indicar indivíduos com depressão clinicamente significativa (RADLOFF, 1977). As ideias suicidas foram avaliadas perguntando-se aos participantes se eles tiveram pensamentos de achar melhor estarem mortos ou de se machucarem, de algum modo, nas duas últimas semanas.

A comorbidade médica foi avaliada com o Índice de Comorbidade Funcional (FCI) (GROLL *et al.*, 2005). Este instrumento é uma simples contagem de 18 diagnósticos médicos (sim/não) e verificou-se ter uma associação significativa com a função física (GROLL *et al.*, 2005). Assim, neste estudo, a pontuação do Índice de Comorbidade Funcional varia de zero a 18. Os diagnósticos médicos estabelecidos foram registrados mediante inspeção cuidadosa de cada prontuário, procedida por um médico psiquiatra pesquisador (MSC).

Os relatos de cuidados com a saúde mental passado (i.e., visitas a profissionais especializados em saúde mental) foram anotados para cada participante. Histórico de qualquer prescrição médica psiquiátrica no último mês foi obtido tanto do relato como dos registros médicos dos participantes. O número de visitas a clínicos gerais nos últimos 12 meses foi determinado com suporte nos prontuários dos participantes.

O funcionamento foi avaliado por meio da versão validada, em Português, do Teste Rápido de Avaliação Funcional (FAST) (ROSA *et al.*, 2007; CACILHAS *et al.*, 2009). Tal prova é uma entrevista simples, com 24 itens, projetada para avaliar áreas de comprometimento funcional, a saber: *autonomia*, funcionamento *ocupacional*, questões *financeiras*, funcionamento *interpessoal*, funcionamento *cognitivo* e tempo de *lazer*. A pontuação é determinada pela soma dos itens, que varia de zero (indicando nenhum problema) a três (indicando uma limitação grave) num intervalo de 15 dias antes da avaliação. As pontuações de todos os campos são somadas para se obter a pontuação total.

A qualidade de vida foi avaliada usando-se a versão brasileira validada (FLECK *et al.*, 2000) da Ferramenta Abreviada de Avaliação de Qualidade Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Bref) (WHOQOL Group, 1998), que é uma ferramenta genérica de 26 itens medindo a qualidade de vida geral, física, mental, relações sociais e ambiente. Especificamente, a dimensão física inclui a vivência de dores físicas, incapacidade de trabalhar e se movimentar, e problemas com energia e sono; o campo psicológico inclui itens relativos a sentimentos negativos, como desespero, acreditar que a vida não tem sentido e se sentir psicologicamente incapacitado; o campo das relações sociais inclui itens sobre a insatisfação com relacionamentos pessoais, apoio social e vida social, enquanto o campo do ambiente inclui sensações de que o ambiente em que a pessoa vive é inseguro ou prejudicial à saúde, falta de recursos financeiros e falta de oportunidades de lazer. Finalmente, o campo geral da qualidade de vida com relação à saúde pediu aos participantes para classificar sua qualidade de vida e avaliar a satisfação com sua saúde. Cada item é classificado numa escala de intervalo Likert de cinco pontos e as pontuações são transformadas numa escala de zero a 100. Pontuação alta indica melhor qualidade de vida.

5.8 Aspectos éticos

Os procedimentos estavam de acordo com os padrões éticos na experimentação humana (Declaração de Helsinque, Associação Médica Mundial) e foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE) da Universidade Federal do Ceará (ANEXO L). Todos os participantes forneceram consentimento informado por escrito (APÊNDICE A).

5.9 Análise estatística

Variáveis contínuas são expressos como \pm desvio-padrão (DP) e dados categorizados são exibidos como porcentagem sumária das variações. Um resultado

positivo para o transtorno bipolar estimou a prevalência do transtorno bipolar por meio da pontuação das respostas positivas do Questionário de Transtornos do Humor (Mood Disorder Questionnaire, MDQ), e o intervalo de confiabilidade foi definido em 95%. Em virtude da validação, em Português brasileiro, ter sido feita em uma amostra de conveniência psiquiátrica (CASTELO *et al.*, 2010), resolveu-se adotar propriedades psicométricas do mesmo instrumento na amostra de cuidados primários. A estrutura fatorial do instrumento foi testada por intermédio da rotação *varimax* com análise exploratória de componentes principais, e a consistência interna foi calculada pela determinação dos coeficientes alfa de Cronbach.

A prevalência de rastreios positivos para o transtorno bipolar foi estratificada por gênero, estado civil, educação, situação de emprego, renda bruta mensal e raça/etnia.

Comparações estatísticas entre os participantes que tiveram diagnóstico positivo e os que não tiveram para o transtorno bipolar em categorias variáveis (assistência médica, visitas a clínicos gerais, prescrições e tratamentos psiquiátricos passados) foram feitas pelo teste qui-quadrado (χ^2). O teste *t* de Student foi usado para comparações, envolvendo variáveis contínuas (pontuações do FAST e do Questionário de Qualidade de Vida - WHOQOL-Bref).

A regressão logística multivariável foi realizada para estimar as razões de chance) de várias características clínicas e de tratamento como função de um rastreamento positivo para transtorno bipolar. O intervalo de confiabilidade para cada RR foi definido em 95%. Como muitas variáveis eram relativamente comuns (>10%), e as razões de chance (RC) são conhecidas por superestimar riscos relativos (RRs) nessas circunstâncias, as razões de prevalência (RPs) dos resultados da regressão logística foram convertidos em RRs (DAVIES *et al.*, 1998; ZHANG; YU, 1998). Modelos de análise de covariância (ANCOVA) foram construídos para definir as mudanças estimadas nas pontuações do FAST e WHOQOL-Breve como uma função de um rastreio positivo para o transtorno bipolar durante a vida, após ajustes para variáveis sociodemográficas e comorbidade médica (entraram em cada modelo como covariantes).

A significância estatística foi estabelecida em $P \leq 0,05$. O programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc, Chicago, IL), versão 15.0 para Windows, foi usado para a análise estatística.

6 RESULTADOS – ESTUDO 1

6.1 MDQ

6.1.1 *Características sociodemográficas*

O estudo incluiu 114 pacientes (34 homens, 80 mulheres). Média de idade de 42,7 anos (SD=12.9). Entre os pacientes, 69 (60,5%) receberam o diagnóstico de transtorno do espectro bipolar (bipolar tipo I: n=55; bipolar tipo II: n=6; transtorno bipolar não especificado: n=8). O estado civil era o seguinte: 43 (37%) casados, 47 (41,2%) solteiros, 7 (6,1%) viúvos e 9 (7,9%) divorciados. Quanto à educação dos pacientes, 46 (40%) eram iletrados e 68 (60%) havia terminado a o ensino médio (Tabela 1).

Tabela 1– Características sociodemográficas e clínicas de 114 pacientes atendidos em ambulatório de transtorno de humor do Hospital de Saúde Mental de Messejana.

Variável	n ou média	% ou DP
Idade	42,7	12,9
Sexo		
Masculino	34	29,8
Feminino	80	70,2
Estado civil		
Solteiro	47	41,2
Casado	43	37,7
Viúvo	7	6,1
Divorciado	9	7,9
Outro	8	7
Escolaridade (anos)	3,1	2,9
Renda Bruta Mensal (US\$)	155,0	27,0
Diagnóstico SCID		
Bipolar tipo I	55	48,2
Bipolar tipo II	6	5,3
T. Bipolar SOE	8	7,9
T. Depressivo Maior	34	29,8
Distímia	5	4,4
Outro transtorno de humor	1	0,9
Ausência de T. de humor	3	2,6

6.1.2 A análise dos componentes principais

A análise dos componentes principais com o método de rotação ortogonal *varimax* forneceu dois autovalores $>1,0$. Os dois fatores explicaram 39,1% da disparidade rotativa. O primeiro fator mostrou 27,3% de divergência e altas taxas de “irritabilidade” (0,76) e “pensamentos acelerados” (0,71). O segundo mostrou altas taxas em “mais energia” (0,75) e “mais ativo” (0,70) e foi responsável por 11,8% da variação (tabela 2).

6.1.3 Confiabilidade da consistência interna

A frequência de aprovação dos itens do QTH variou de 38,6 a 93,9% (os itens mais aprovados foram “sentindo-se extremamente bem”, “ser mais tagarela ou falar mais rápido que o normal” ou “ser facilmente distraído”). As correlações item-total corrigidas foram variáveis que vão de 0,18 a 0,68. As análises de nível dos itens indicaram que os avaliadores de irritabilidade do QTH (coeficiente de correlação - $r=0,68$) e “pensamentos acelerados” ($r=0,62$) eram mais altamente correlacionados com os escores totais do que eram aqueles com avaliação de humor elevada ($r=0,18$) e “sentindo-se mais autoconfiantes” ($r=0,29$). O coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,76 (IC 95%; 0,69-0,92).

Tabela 2– Cargas fatoriais com método de rotação *Varimax* dos itens da versão brasileira do Questionário de Transtorno de Humor (B-QTH).

Item Instrumento	Fator 1	Fator 2
Sentia-se tão bem ou para cima	-	-
Irritável	0,76	-
Mais confiante em si mesmo	-	-
Menos sono	0,66	-
Mais falante	-	-
Pensamentos acelerados	0,71	-
Facilmente distraído	0,59	-
Muito mais energia	-	0,75
Muito mais ativo	-	0,70
Muito mais sociável	0,67	-
Hipersexual	0,62	-
Exagerado, bobo, arriscava-se demais	0,5	-
Problemas com gastos financeiros	0,53	-
<i>Variação, %</i>	<i>27,3</i>	<i>11,8</i>
<i>Autovalores</i>	<i>3,55</i>	<i>1,53</i>

6.1.4 Sensibilidade, especificidade e previsão de valores

A área sob a curva de ROC (característica operacional do receptor) foi de 0,87 (IC 95%; 0,80-0,93; $P < 0,001$). Um rastreamento de pontuação maior ou igual a oito do QTH foi escolhida como um corte óptico (Figura 1) porque fornece maior sensibilidade (0,91, IC 95% = 0,85-0,98) e especificidade (0,70; IC 95% = 0,62-0,75). O VPP (valor preditivo positivo) foi de 0,82 (IC 95% = 0,75-0,88) e o VPN (valor preditivo negativo) foi de 0,84 (IC 95% = 0,77-0,90) (tabela 3). Os parâmetros de uso do QTH também foram adequados para a classificação correta dos pacientes do tipo bipolar II e bipolares não especificados. No corte otimizado de oito, o QTH teve boa sensibilidade (0,91; IC 95% = 0,8-0,99) e boa especificidade (0,66; IC 95% = 0,54-0,77).

Figura 1– Valores de sensibilidade e especificidade para o Questionário de Transtorno de Humor em seus vários escores.

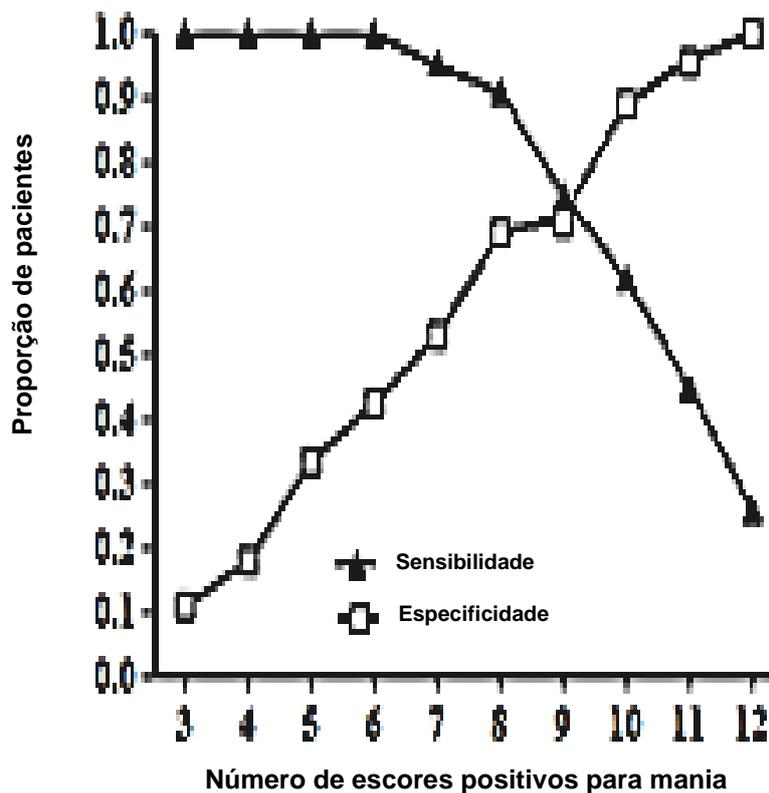


Figura 2– Valores de sensibilidade e especificidade para a Escala Diagnóstica do Espectro Bipolar em seus vários escores.

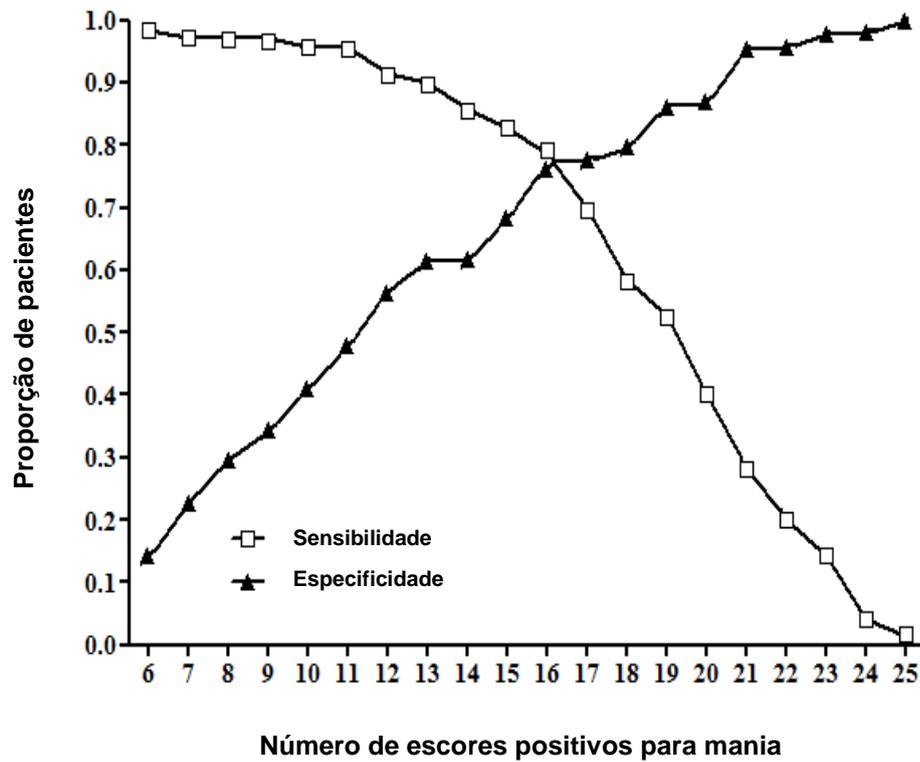


Tabela 3– Sensibilidade, especificidade e valores preditivos (IC, 95%) para os vários possíveis pontos de corte do MDQ.

Pontos de Corte	Sensibilidade	Especificidade	Valor Preditivo Positivo	Valor Preditivo Negativo
7	0,96 (0,89-1,00)	0,53 (0,47-0,60)	0,76 (0,69-0,82)	0,89 (0,82-0,95)
8	0,91 (0,85-0,98)	0,70 (0,62-0,75)	0,82 (0,75-0,88)	0,84 (0,77-0,90)
9	0,75 (0,69-0,82)	0,71 (0,65-0,77)	0,88 (0,73-0,86)	0,65 (0,58-0,71)

6.2 BSDS

6.2.1 Descrição da amostra

O estudo incluiu 120 pacientes (39 homens, 81 mulheres). A média de idade foi de 39,6 anos (DP = 11,3). Quanto ao estado civil, 47 (39,1%) casados, 50 (41,7%) solteiros, 7 (5,8%) viúvos e 16 (13,3%) divorciados. Em relação à escolaridade, 51 (42,5%) eram analfabetos e 69 (57,5%) tinham concluído ou ainda estavam cursando o ensino médio (tabela 4).

Entre eles, 70 (58,3%) receberam um diagnóstico de transtorno do espectro bipolar (bipolar I: n = 55; II bipolar: n = 6 e transtorno bipolar inespecífico: n = 9).

Tabela 4– Características sociodemográficas e clínicas de 120 pacientes atendidos em ambulatório de transtorno de humor do Hospital de Saúde Mental de Messejana.

Características	n ou média	% ou DP
Idade	39,6	11,3
Sexo		
Masculino	39	32,5
Feminino	81	67,5
Estado civil		
Solteiro	50	41,7
Casado	47	39,1
Coabitam	8	7
Viúvo	7	5,8
Divorciado	16	13,3
Diagnóstico SCID		
Bipolar tipo I	55	48,2
Bipolar tipo II	6	5,3
Transtorno Bipolar SOE	9	7,9

6.2.2 *Consistência interna e confiabilidade*

As correlações item-total entre as pontuações corrigidas variaram entre 0,30 (item 19) a 0,78 (item 2). Todas as correlações foram significativas ($p < 0,01$; teste de Spearman). Foi obtido um coeficiente alfa de Cronbach para o B-EDEB de 0,89 (IC 95% - 0,86-0,92).

6.2.3 *Sensibilidade, especificidade e valores preditivos*

A área sob a curva ROC foi de 0,81 (IC 95% , 0,72-0,89). A sensibilidade e a especificidade do EDEB brasileiro em vários casos de pontuação limítrofe estão ilustradas na Figura 2. Foi determinado um valor de corte de 16 para garantir um equilíbrio ideal entre sensibilidade e especificidade. Os parâmetros operacionais obtidos para este valor de corte foram os seguintes: sensibilidade de 0,79 (IC 95%, 0,72-0,85) especificidade de 0,77 (IC 95%, 0,70-0,83), valor preditivo positivo de 0,85 (IC 95%; 78- 0,91) e valor preditivo negativo de 0,70 (IC 95%; 0,63-0,75) (tabela 5).

Tabela 5– Sensibilidade, especificidade e valores preditivos da B-BSDS para vários pontos de corte.

Pontos de corte	Sensibilidade (IC 95%)	Especificidade (IC 95%)	Valor Preditivo Positivo (IC 95%)	Valor Preditivo Negativo (IC 95%)
14	85,7% (79,2-92,2)	61,4% (54,9-67,8)	77,9% (71,5-84,4)	72,9% (66,5-79,4)
15	82,8% (76,4-89,3)	68,2% (61,7-74,6)	85,3% (78,8-91,8)	65,2% (58,7-71,6)
16	78,5% (72,1-85)	77,3% (70,8-83,7)	84,6% (78,1-91,1)	70,0% (62,9-75,8)
17	70% (63,5-76,5)	77,3% (70,8-83,7)	83,1% (76,6-89,5)	61,8% (55,3-68,2)
18	58,5% (52,1-65)	79,5% (73,1-86)	82,0% (75,5-88,5)	54,6% (48,2-61,1)

7 RESULTADOS – ESTUDO 2

7.1 Características de fundo

Dos 720 participantes que preencheram o inquérito, 518 (71,9%) eram mulheres com a idade média (*DP*) de 44,4 (14,7) anos. Trezentos e vinte (44,4%) participantes eram brancos e 389 (54,0%) eram casados(as) ou conviviam com o(a) companheiro(a). O número médio de anos de educação era de 6,4 (*DP*=3,2). Quinhentos e sessenta e quatro (78,3%) participantes tinham a renda mensal bruta de menos de US\$ 500 e 180 (25,0%) estavam desempregados (tabela 6).

7.2 Propriedades psicométricas do B-MDQ

A análise de componentes principais do B-MDQ mostrou uma estatística Kaiser-Meyer-Olkin de 0,87 e um teste Barlett significativo para esfericidade ($\chi^2=1316,4$, $df=66$, $P <,001$) que apoia a fatorabilidade de correlação da matriz. Uma inspeção visual do resultado revelou dois componentes principais. A extração de dois componentes com a rotação *varimax* revelou que o primeiro fator explicava 29,6% da variância enquanto o segundo fator explicava 9,2% da variância. Todos os itens do B-MDQ carregaram em um dos dois fatores. A consistência interna dos 13 itens (coeficiente alfa de Cronbach) foi de 0,78.

7.3 Prevalência, frequência e o desencadeamento do transtorno bipolar

Cinquenta e cinco participantes (7,6% da amostra total; IC 95%, 5,6-9,5) tiveram rastreio positivo para um histórico de transtorno bipolar durante a vida. Dos 55 pacientes que apresentaram rastreio positivo para transtorno bipolar, os itens com maior frequência de endosso no MDQ foram: maior irritabilidade (49; 89,0%), muito falante (49; 89,0%) e pensamentos acelerados (48; 87,2%). Outros sintomas frequentes incluem fácil distração (46; 83,6%) e mais energia (43; 78,1%). Entre os

pacientes rastreados para transtorno bipolar, o item menos frequente é o de maior sociabilidade (31; 56,3%).

Participantes com idade média de 33,3 anos ($DP=11,5$) rastreados positivamente com transtorno bipolar reconheceram seus sintomas como problemáticos. Oito (14,5%) dos participantes reportaram à idade de 18 anos, ou mais jovem, como sendo a idade de desencadeamento. Igualmente importante, 31 participantes (56,3%) que foram rastreados positivamente para transtorno bipolar estavam procurando ajuda médica para esses sintomas.

Tabela 6– Características sociodemográficas de pacientes com rastreio positivo para transtorno bipolar na atenção primária, de acordo com a versão brasileira do Questionário de Transtorno de Humor (B-QTH).

	Pacientes B-QTH + (n=55)	Pacientes B-QTH - (n=665)	Valor P
Sexo			
Masculino (N, %)	18 (32,7%)	183 (27,5%)	0,43 (ns) ^b §
Feminino (N, %)	37 (67,2%)	482 (72,4%)	
Idade (anos, média ± DP)	42,7 ± 14,2	44,5 ± 14,7	0,36 (ns) ^c
Educação(anos, média ± DP)	6,1 ± 3,9	6,3 ± 4,1	0,72 (ns) ^c
Renda Bruta Mensal (US\$, média ± DP)	234,4 ± 92,4	298,3 ± 87,9	<,0001 ^{a,c}
Estado Civil			
Casado/coabitação (N, %)	30 (54,5%)	563 (84,6%)	<0,01 ^{a,b} §
Outros II (N, %)	25 (45,4%)	102 (15,3%)	
Raça/Etnia			
Branco (N, %)	20 (36,3%)	300 (45,1%)	0.51 (ns) ^b
Mulato (N, %)	15 (27,2%)	176 (26,4%)	
Negro (N, %)	10 (18,2%)	189 (28,4%)	
Desempregado (N, %)	25 (45,4%)	165 (24,8%)	<0,01 ^{a,b}

Nota: ^b Teste Qui-quadrado; ns: não-significante; ^c Teste *t* de Student; § Correção de Yates, e II Outros estados civis incluem pacientes solteiros, atualmente divorciados e viúvos

7.4 Correlatos sociodemográficos

A prevalência de rastreio positivo para transtorno bipolar não variou quanto a gênero, idade, nível educacional e raça/etnia (Tabela 6). O rastreio positivo para transtorno bipolar foi significativamente associado com renda baixa ($p < 0,0001$) e desemprego momentâneo ($p < 0,01$). Além disso, participantes com possível transtorno bipolar registraram menor probabilidade de estarem casados ou morando com alguém ($p < 0,01$) (Tabela 6).

7.5 Cuidados em saúde mental

Como mostrado na Tabela 7, participantes rastreados positivamente com transtorno bipolar eram significativamente mais propensos a terem recebido cuidados de saúde mental no passado (risco relativo ajustado para idade, gênero, estado civil, raça/etnia e desemprego = 3,79 [IC 95%, 2,21-5,33]). O diagnóstico positivo para o transtorno bipolar também foi associado ao uso de algum medicamento psicotrópico no último mês (risco relativo ajustado para covariáveis demográficas = 2,85 [IC 95%, 1,66-4,75]). Apenas três pacientes (5,4%), entretanto, daqueles com rastreio positivo de transtorno bipolar, estavam tomando algum medicamento estabilizador do humor.

Tabela 7– Cuidados em Saúde Mental, comorbidades médicas e utilização do serviço de atenção primária entre pacientes com rastreio positivo e negativo para transtorno bipolar.

Característica	Rastreio para transtorno bipolar n (%)		Rastreio Positivo (vs Negativo) para transtorno Bipolar			
	Positivo (n=55)	Negativo (n=665)	Não ajustado		RR ajustado (IC 95%)*	R ² **
			χ ²||	Valor P		
Cuidado de saúde mental no passado	25 (45,4%)	102 (15,3%)	28,8	<.0001	3,79 (2,21-5,33)	0,38
Prescrição em saúde mental ‡	26 (47,2%)	139 (20,9%)	18,5	<.0001	2,85 (1,66-4,75)	0,42
Índice de comorbidade funcional ≥ 2	26 (47,2)	133 (20,0)	20,4	<.0001	2,82 (1,33-4,11)	0,29
Quatro ou mais visitas aos MF §	23 (41,8%)	165 (24,8%)	6,7	<.01	1,92 (1,11-3,41)	0,28

Nota: || Teste do Qui-quadrado com correção de Yates. *Risco relativo de ter a característica especificada em função do rastreio positivo para transtorno bipolar, ajustado para idade dos participantes, sexo, estado civil (1=casado/coabitando; 0=outros), raça/etnia (1=branco; 0=outros) e desemprego (1=Yes; 0=No). **Nagelkerke R² de cada modelo de regressão logística multivariada, em separado. Risco relativo calculado a partir das razões de chances "Odds Ratio" (ORs) de acordo com a seguinte equação: $RR = OR / [(1 - P_0) + (P_0 \times OR)]$, onde P₀ é a probabilidade do efeito no grupo de rastreio negativo para transtorno bipolar. ‡ No mês passado. § Nos últimos 12 meses. Abreviação: MF-médicos de família.

7.6 Características clínicas, utilização dos serviços de saúde e identificação, por médicos da Atenção Primária, dos pacientes com rastreio positivo para transtorno bipolar

Trinta e nove participantes (70,9%) rastreados positivamente para transtorno bipolar apresentaram pontuação clínica significativa para depressão (pontuação CES-D ≥ 16). Vinte e três pacientes (41,3%) com B-QTH + reportaram ideias suicidas nas duas últimas semanas, comparados a 137 (20,6%) daqueles rastreados negativamente ($\chi^2=11,7$, $df=1$, $P<0,01$). Um transtorno mental foi notado em 30 dos pacientes rastreados positivamente para transtorno bipolar (54,5%). Um transtorno depressivo foi identificado em dez (18,1%) dos prontuários e um diagnóstico de transtorno bipolar foi registrado em apenas dois (3,6%) prontuários. Interessante é notar que a não identificação de transtorno do espectro bipolar ocorreu, apesar de os participantes, rastreados positivamente com transtorno bipolar, serem usuários mais assíduos do sistema de atenção básica, como mostrado na Tabela 7. O risco relativo de um paciente visitar o médico quatro ou mais vezes foi 1,92 maior para aqueles com rastreio positivo para transtorno bipolar do que para aqueles com rastreio negativo (IC 95%, 1,11-3,41). Finalmente, participantes rastreados positivamente para transtorno bipolar tinham mais condições médicas comórbidas do que aqueles rastreados negativamente (risco relativo ajustado por idade, gênero, estado civil, raça/etnia e desemprego = 2,82 [IC 95%, 1,33-4,11]) (Tabela 7).

7.7 Comprometimento funcional e qualidade de vida

Pacientes rastreados positivamente para transtorno bipolar tinham um funcionamento global mais pobre (Tabela 8). Além disso, estes pacientes tinham pior funcionamento em todos os domínios do Teste Rápido de Avaliação Funcional (FAST), exceto em tempo de lazer. Importante é dizer que essas diferenças persistiram após correções multivariadas para covariáveis sociodemográficas.

Na análise univariada, participantes rastreados positivamente para transtorno bipolar tiveram piores relações globais, físicas, mentais e sociais de qualidade de vida (Tabela 8). Após ajustes para as covariáveis, pacientes com rastreio positivo para transtorno bipolar persistiram com pior qualidade de vida física e mental (Tabela 8).

Tabela 8– Funcionalidade e qualidade de vida (WHOQoL) entre participantes com rastreio positivo e negativo para transtorno bipolar.

Característica	Rastreio para transtorno bipolar (vs. negativo)				
	Rastreio transtorno bipolar		Não ajustado		Dados ajustados (IC 95%)
	Positivo (n=55)	Negativo (n=665)	Teste	P	
Funcionalidade II					Pontuação ajustada*
Global, média (DP)	12,1 (8,6)	8,4 (7,1)	$t_{718} = 3,6$	<.001	3,21 (1,55 to 4,87)
Autonomia, média (DP)	2,5 (1,7)	1,1 (1,3)	$t_{718} = 7,4$	<.0001	1,01 (0,37 to 1,65)
Trabalho, média (DP)	2,1 (1,6)	0,9 (1,9)	$t_{718} = 4,5$	<.0001	1,11 (0,26 to 1,96)
Cognição, média (DP)	2,4 (1,3)	1,1 (1,5)	$t_{718} = 6,2$	<.0001	1,16 (0,33 to 1,99)
Finanças, média (DP)	1,9 (2,0)	0,9 (1,7)	$t_{718} = 4,1$	<.0001	0,93 (0,31 to 1,55)
Relação interpessoal, média (DP)	2,2 (2,4)	1,5 (2,8)	$t_{718} = 2,6$	<.001	1,68 (0,39 to 2,97)
Lazer (tempo)	1,9 (2,0)	1,7 (1,9)	$t_{718} = 0,7$	.45	0,11 (-0,04 to 0,26)
WHOQoL§					
Global, média (DP)	53,4 (20,7)	60,7 (20,9)	$t_{718} = 2,5$	.01	-6,36 (-10,12 to -2,60)
Físico, média (DP)	51,5 (18,9)	61,1 (21,9)	$t_{718} = 3,2$	.001	-6,13 (-8,08 to -2,13)
Psicológico, média (DP)	43,6 (22,4)	53,5 (20,1)	$t_{718} = 3,4$	<.001	-7,71 (-12,12 to -3,30)
Relações sociais, média (DP)	62,8 (21,7)	68,3 (19,3)	$t_{718} = 2,0$	0,04	-3,49 (-5,34 to 0,13)
Meio ambiente, média (DP)	51,9 (13,1)	54,2 (15,9)	$t_{718} = 1,0$	.29	-2,24 (-5,35 to 0,87)

Nota: *Análise de covariância em função de rastreio positivo para transtorno bipolar ajustados para idade, sexo, estado civil (1 = casado/coabitando; 0 = outro), raça/etnia (1 = Branco; 0 = Outro), desempregado (1 = Sim; 0 = Não), anos de educação e comorbidade médica (Pontuação do índice de comorbidade funcional ≥ 2 ; 1=Yes). II Funcionalidade foi avaliada através da Escala Breve de Funcionalidade (FAST). Escores altos em cada domínio da FAST são indicativos de pior funcionalidade. § Qualidade de vida foi avaliada através da versão em Português abreviada do Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Breve). Altos escores nos domínios global, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente são indicativos de melhor qualidade de vida.

8 DISCUSSÃO

Este trabalho avaliou e validou a versão, em Português, do QTH para o rastreamento de transtornos do espectro bipolar em pacientes psiquiátricos ambulatoriais no Brasil. Os dois fatores estruturais do B-QTH foram comparados com um fator “irritabilidade-pensamentos acelerados” e um fator de “energia-atividade”. Fatores parecidos foram obtidos em análises fatoriais de mania (CASSIDY *et al.*, 1998; SERRETTI *et al.*, 1999). A solução de rotação fatorial neste estudo foi similar àquelas obtidas em outros estudos do QTH (BENAZZI; AKISKAL, 2003; CHUNG *et al.*, 2009). A consistência interna do B-QTH foi similar àquelas previamente descritas em amostras psiquiátricas de outras culturas (GONZALEZ *et al.*, 2009; HARDOY *et al.*, 2005; WEBER *et al.*, 2005).

A sensibilidade e a especificidade do B-QTH, utilizando-se a entrevista clínica estruturada para o DSM-IV como padrão ouro para o diagnóstico de transtornos do espectro bipolar, mostrou que suas características operacionais são adequadas e se assemelham às de outros instrumentos válidos para o rastreamento de outros transtornos psiquiátricos (MULROW *et al.*, 1995). Ao ser utilizado o limiar de oito ou mais itens, nove em cada dez pacientes ambulatoriais com transtorno bipolar são corretamente identificados pelo B-MDQ, enquanto sete em cada dez pacientes que não têm o transtorno são excluídos. As propriedades psicométricas do B-QTH condisseram com a da validação original (HIRSCHFELD *et al.*, 2000). Muitos outros estudos apoiam o uso do QTH para o rastreamento de TB em amostras clínicas (Tabela 9).

Para Zimmerman *et al.* (2004), a inclusão dos pacientes tratados em clínicas especializadas em transtornos do humor e a oferta de psicoeducação, permitindo aos pacientes estarem mais conscientes do seu diagnóstico, aumentariam o desempenho do QTH.

Tabela 9– Propriedades do Questionário de Transtorno de Humor em diversos países.

PAÍS/ANO	AMOSTRA	Padrão ouro/Seleção	PONTO DE CORTE	SENSIBILIDADE (%)	ESPECIFICIDADE (%)
EUA, 2000 ¹	n = 198 pacientes ambulatoriais Clínica de Transtorno de Humor	SCID/todos	7/8	73,0	90,0
EUA, 2003 ²	n = 711 população em geral	SCID/subamostra		28,0	97,0
Finlândia, 2003 ³	n = 38 pacientes não esquizofrênicos ambulatoriais e internados	SCID/ subamostra	7/8	85	47
Itália, 2005 ⁴	n = 154 pacientes ambulatoriais Divisão de psiquiatria - Universidade	SCID/Todos	5/6	84,0 (TB-I) 70,0 (TB-II)	70,0 (TB-II) 55,0 (TB-II)
França, 2005 ⁵	n = 96 pacientes de ambulatório de Transtorno de Humor	SCID/Todos		74,1	95,2
EUA, 2005 ⁶	n = 180 pacientes ambulatoriais em uso de antidepressivos para depressão na atenção primária	SCID (telefone)/subamostra	7/8	58	93
EUA, 2007 ⁷	n = 228 pacientes ambulatoriais da atenção primária com história de trauma significativo	SCID/subamostra	7/8	61,9	69
Turquia, 2007 ⁸	n = 309 pacientes de ambulatórios psiquiátricos de 2 hospitais psiquiátricos	SCID/Todos	7/8	64,0	77,0
China, 2008 ⁹	n = 185 pacientes ambulatoriais em tratamento para Transtorno de Humor	SCID/ subamostra	7/8	73,0	88,0
Espanha, 2008 ¹⁰	n = 236 pacientes de ambulatórios psiquiátricos	Entrevista semi-estruturada (DSM-IV)/ todos	7/8	81,0	95,0
Inglaterra, 2008 ¹¹	n = 127 pacientes atendidos em Clínica de Transtorno de Humor	Critérios DSM-IV-TR/ todos	9/10	90,0% (TB-I) 80,0% (TB-II)	90,0
Brasil, 2010	n = 144 pacientes de ambulatório psiquiátrico	SCID/Todos	8/9	91,0	70,0

Fonte: ¹(HIRSCHFELD et al., 2000); ²(HIRSCHFELD et al., 2003); ³(ISOMETSA et al., 2003); ⁴(HARDOY et al., 2005); ⁵(ROUGET et al., 2005); ⁶(HIRSCHFELD et al., 2005); ⁷(GRAVES et al., 2007); ⁸(KONUK et al., 2007); ⁹(CHUNG et al., 2008); ¹⁰(SANCHEZ-MORENO et al., 2008); ¹¹(TWISS et al., 2011).

As propriedades psicométricas do QTH para o rastreamento de TBs na atenção primária de saúde ainda precisam ser melhor estudadas. Dois trabalhos realizados nos Estados Unidos avaliaram pacientes atendidos nesse nível de atenção. O primeiro analisou as propriedades diagnósticas do MDQ em pacientes que usavam antidepressivos para depressão. Uma subamostra desses foi submetida à SCID (HIRSCHFELD *et al.*, 2005). O outro estimou sensibilidade e especificidade do MDQ em subamostra de pacientes expostos a traumas (GRAVES *et al.*, 2007) (Tabela 9).

O presente estudo usou a SCID como padrão ouro, entrevista estruturada já bem validada, e utilizou a curva ROC para mensurar a acurácia do MDQ, por meio da avaliação da área sob a curva. Dessa forma, foram estabelecidos os melhores pontos de corte da escala para rastrear transtornos do espectro bipolar. A área sob as curvas aproximou-se do valor ideal, ou seja, igual a um, o que corresponderia a uma sensibilidade e a uma especificidade de 100%.

Tanto quanto se tem conhecimento, este trabalho foi o primeiro estudo a avaliar a validade da Escala de Diagnóstico do Espectro Bipolar em sujeitos brasileiros. As propriedades psicométricas do B-EDEB mostraram-se semelhantes às da versão original, em Inglês, do instrumento. O melhor valor de ponto de corte para o B-EDEB foi 16, enquanto o escolhido para a versão original foi de 13. No estudo de Ghaemi *et al.* (2005), o grupo composto por indivíduos com transtorno bipolar inespecífico foi aumentado de acordo com as orientações um tanto excessivamente inclusivas propostas por Akiskal e Pinto (1999). Neste trabalho, foram aplicados para o diagnóstico de transtorno bipolar inespecífico os critérios estendidos, utilizados no estudo de replicação do Levantamento Nacional de Comorbidades (National Comorbidity Survey Replication). Resumidamente, a bipolaridade subsindrômica incluiu qualquer uma das seguintes características: (1) hipomania subsindrômica recorrente (≥ 2 sintomas do critério B e todos os outros critérios para hipomania), na presença de Episódios depressivos maiores - EDM intercorrentes, (2) hipomania recorrente (≥ 2 episódios), na ausência de EDM recorrentes, com ou sem EDM subsindrômicos, e (3) hipomania subsindrômica recorrente na ausência de EDM intercorrentes. O número de sintomas necessários para a determinação de hipomania subsindrômica foi limitado a dois sintomas do

critério B (enquanto a exigência do DSM-IV é de 3, ou 4 se o humor é apenas irritável) para manter as características essenciais da hipomania leve. O grupo de transtorno bipolar inespecífico do estudo NSC-R foi significativamente prejudicado e os dados foram extraídos de uma amostra representativa da população dos EUA(aumentando, portanto, a validade externa dos critérios) (MERIKANGAS *et al.*, 2007).

Tem-se conhecimento de apenas um estudo que tentou validar o EDEB em um ambiente cultural diferente do original. A versão persa do EDEB não se mostrou tão sensível e específica como a original (SHABANI *et al.*, 2009). Esse fato ressalta a importância de estudos de validação transcultural de instrumentos de rastreio de transtornos psiquiátricos. Os dados discrepantes, no entanto, podem ter tido como origem os diferentes padrões-ouro utilizados (esses autores empregaram a definição estrita do DSM-IV). Desta maneira, alguns pacientes de transtorno bipolar inespecífico podem ter sido classificados como não sendo portadores de um transtorno do espectro bipolar.

Este estudo registra algumas limitações. O *insight* da doença não foi avaliado nas validações do MDQ e da BSDS, no entanto, estudo recente não demonstrou impacto negativo do nível de consciência da doença sobre as propriedades psicométricas do Questionário de Transtorno de Humor) (MILLER *et al.*, 2004). Além disso, a severidade dos sintomas atuais de transtorno do humor dos participantes não foi suficientemente bem avaliada. Obviamente, estudos de validação da BSDS e do MDQ em outros ambientes (ou seja, unidades comunitárias e de cuidados de atenção primária) se fazem necessários.

O estudo 2 mostrou prevalência alta de sintomas sugestivos do espectro do transtorno bipolar (7,6%) em uma amostra de pacientes que estavam retornando a três centros de Atenção Básica de Saúde. Essa taxa de prevalência é similar em dois estudos prévios feitos em países norte-americanos (DAS *et al.*, 2005) e europeus (ROUILLON *et al.*, 2011), onde foi usado o mesmo instrumento (MDQ) para rastrear o transtorno bipolar em pacientes da atenção primária que procuraram tratamento para qualquer queixa médica, indicando que a prevalência do transtorno bipolar em amostras de cuidados primários no Brasil pode ser similar às relatadas

em países norte-americanos e europeus. Além disso, o rastreamento positivo para o transtorno do espectro bipolar foi associado à baixa renda e à maior probabilidade de o indivíduo estar desempregado. Pesquisas comunitárias prévias indicaram que pessoas em desvantagem econômica têm maior taxa de bipolaridade do que aqueles mais favorecidos economicamente (ANGST *et al.*, 2003; HIRSCHFELD *et al.*, 2003; SCHOEYEN *et al.*, 2011).

Smith *et al.* (2011) relataram que, entre três e 22% dos pacientes diagnosticados na atenção primária como unipolares, poderiam preencher critérios para transtorno bipolar. Esta investigação mostrou que a maioria dos participantes rastreados para transtorno bipolar portou sintomas depressivos clinicamente significativos e uma proporção de 41,3% teve ideação suicida nas duas últimas semanas comparadas a 20,6% daqueles rastreados negativamente ($\chi^2=11,7$, $df=1$, $P<.01$). Undurraga *et al.* (2011) identificaram ideação suicida em 41,5% dos pacientes bipolares e atos suicidas em 19,7%. No ensaio ora sob relatório, fatores associados a suicídio foram: ideação suicida, maior número de episódios mistos, sexo feminino, presença de comorbidades do eixo II, mais ensaios com antidepressivos, predomínio de episódios depressivos na vida, hospitalização e demora no diagnóstico. Importante é dizer que apenas dois pacientes com rastreio positivo (3,6%) foram identificados pelo médico como exibindo transtorno bipolar. Esses resultados são relevantes, já que há atraso no diagnóstico do transtorno bipolar, podendo ele mesmo passar despercebido por sete a dez anos (LISH *et al.*, 1994; GHAEMI *et al.*, 1999; GAZALLE *et al.*, 2005; BEESDO *et al.*, 2009). Além disso, diversas linhas de evidência indicam que a maioria dos indivíduos com transtorno bipolar procura ajuda em serviços primários de saúde (TEN HAVE *et al.*, 2002; BHUGRA e FLICK *et al.*, 2005). Esse também foi o caso deste experimento, no qual a maioria dos participantes rastreados positivamente com transtorno bipolar procurara ajuda médica especificamente para sintomas relacionados à sua condição afetiva. Ademais, um número significativo de pacientes recebeu o diagnóstico de depressão grave. Isso pode levar a consequências indesejadas associadas ao tratamento em monoterapia com antidepressivos do transtorno bipolar (indução ciclagem rápida, episódios mistos) (GHAEMI *et al.*, 2004; POST *et al.*, 2006). Esses resultados indicam que médicos de família podem ter um papel crucial na gestão desse complexo transtorno (PITERMAN *et al.*, 2010) e podem encaminhar casos

complicados para serviços de saúde mental (BHUGRA; FLICK, 2005; BERK *et al.*, 2005). O desenvolvimento de instrumentos didáticos para médicos da atenção primária de saúde pode contribuir para o reconhecimento do transtorno bipolar. Tentativas preliminares a esse respeito mostraram resultados encorajadores (STREJILEVICH *et al.*, 2010; ROUILLON *et al.*, 2011).

Restou aqui que participantes com rastreio positivo para transtorno bipolar utilizavam mais os serviços de atenção primária, confirmando outras pesquisas comunitárias indicando que pacientes bipolares utilizam os serviços de saúde em excesso (TEN HAVE *et al.*, 2002; BHUGRA; FLICK *et al.*, 2005). É importante ressaltar que o maior número de visitas a médicos de família feitas pelos participantes com diagnóstico de transtorno bipolar não poderia ser explicado somente por variantes sociodemográficas, indicando a contribuição singular do transtorno bipolar para o aumento de utilização dos serviços de saúde. Diversas linhas de evidências apoiam esta conclusão de que o transtorno bipolar foi associado à comorbidade médica (para revisão, ver MCINTYRE *et al.*, 2007). Apesar do rastreio positivo para o transtorno bipolar ter sido associado à utilização dos serviços de saúde mental, menos da metade recebeu tratamento especializado. No estudo estadunidense de Das *et al.* (2005), uma grande proporção dos participantes com possível bipolaridade recebeu cuidados de saúde mental antes (67%). Uma possível explicação para essa diferença baseia-se no fato de que o sistema de saúde mental brasileiro ainda está em desenvolvimento e as diferenças na disponibilidade de centros comunitários para tal e de profissionais de saúde nessa área existem em todo o País (MATEUS *et al.*, 2008).

O transtorno bipolar tem efeitos negativos consideráveis no funcionamento psicossocial e na qualidade de vida dos pacientes (GUTIERREZ-ROJAS *et al.*, 2008; JUDD *et al.*, 2008). Muitos pacientes não revelam uma recuperação completa de seus sintomas e continuam a ter prejuízos consideráveis em atividades sociais e de trabalho, mesmo em períodos de eutimia (MALHI *et al.*, 2007; MUR *et al.*, 2008). A recuperação de funcionalidade em pacientes com transtorno bipolar, tanto em eutimia como em depressão moderada foi associada a melhor nível educacional, menor tempo de doença e ao fato de o indivíduo estar casado (WINGO *et al.*, 2010). Nesta investigação, participantes

diagnosticados positivamente para bipolaridade mostraram deficiência psicossocial funcional e na qualidade de vida. Esses resultados persistem, mesmo após ajustes para variáveis sociodemográficas e comorbidade médica. Portanto, esse ensaio reforça a evidência disponível, sugerindo que um rastreio positivo para transtorno bipolar está associado com funcionamento mais pobre e pior qualidade de vida entre os usuários de serviços de cuidados primários (DAS *et al.*, 2005; CHIU; CHOKKA, 2012).

Limitações deste estudo precisam ser abordadas. Primeiro, o rastreio positivo para transtorno bipolar não significa, necessariamente, que a doença esteja de fato presente. A versão brasileira do MDQ foi validada em uma amostra de conveniência de pacientes psiquiátricos ambulatoriais com transtornos de humor (CASTELO *et al.*, 2010). As propriedades de operação do receptor (i.e., sensibilidade e especificidade) do diagnóstico MDQ para transtorno bipolar das amostras de cuidados primários são desconhecidas. Não foi avaliada a confiabilidade inter-avaliadores com relação aos instrumentos, entretanto, o MDQ tinha uma consistência interna adequada na amostra desta investigação. Além disso, a análise exploratória de componentes principais deste estudo revelou uma solução de dois fatores, da mesma forma que o estudo de validação anterior (CASTELO *et al.*, 2010). Segundo, não se avaliou comorbidade psiquiátrica no estudo. O transtorno bipolar é frequentemente comórbido com diversos transtornos mentais (ex., transtorno de ansiedade e transtornos relacionados a substâncias) (WEBER *et al.*, 2011). Portanto, não se podia controlar transtornos mentais comórbidos em cada um dos modelos multivariáveis. Terceiro, apesar de o estudo transversal ser apropriado para as estimativas de prevalência, este modelo impede o estabelecimento de inferências causais seguras. Assim, as associações reportadas nesta investigação merecem replicação em estudos longitudinais futuros.

Por fim, 7,6% dos 720 pacientes consultados em três centros brasileiros de cuidados primários receberam diagnóstico positivo para transtorno bipolar. Apenas dois desses pacientes (3,6%) foram reconhecidos por médicos de família. Os dados desta pesquisa sugerem que o transtorno bipolar presente nos cuidados primários está associado a comorbidade médica, ideação suicida, deficiência na qualidade de vida e prejuízo no funcionamento psicossocial. Esta pesquisa indica

que o transtorno bipolar é um problema de grandes proporções no sistema brasileiro de atenção primária, similarmente a resultados prévios obtidos em nações desenvolvidas (DAS *et al.*, 2005; ROUILLON *et al.*, 2011).

9 CONCLUSÕES

As versões, em Português brasileiro, do QTH e da EDEB são métodos breves e viáveis para melhorar o reconhecimento de transtornos do espectro bipolar entre as amostras clínicas psiquiátricas. É importante enfatizar que os instrumentos de rastreamento não são substitutos de uma avaliação psiquiátrica compreensiva. Os dados sugerem, porém, que o B-QTH e a EDEB podem identificar, entre pacientes psiquiátricos, aqueles que necessitam de uma investigação mais cuidadosa para diagnóstico de transtornos do espectro bipolar. Estudos adicionais são necessários para determinar a eficácia dos instrumentos em outras populações (por exemplo, unidades comunitárias e de cuidados primários).

O ponto de corte da B-QTH que se revelou mais adequado para rastreamento, neste estudo, foi o de 8/9, enquanto que, na maioria dos demais trabalhos, o melhor ponto de corte foi o mesmo da versão original, ou seja, 7/8. Quanto a B-EDEB, o melhor ponto de corte foi 16/17 em contraposição ao de 13/14 da versão original.

A prevalência de rastreio positivo para transtorno bipolar é alta, clinicamente significativa e pouco identificada nos serviços primários de saúde brasileiros. Pacientes com rastreio positivo para transtorno bipolar tinham pior funcionamento em praticamente todos os domínios do Teste Rápido de Avaliação Funcional (FAST), sejam eles: autonomia, trabalho, cognição, finanças e relações interpessoais; exceto no domínio lazer. O impacto na qualidade de vida foi evidente e se revelou nos domínios físico e psicológico.

Indivíduos rastreados positivamente para transtorno bipolar tinham mais condições médicas comórbidas.

A prevalência de ideação suicida em pacientes com B-QTH positivo, no serviço de atenção básica de saúde, estudado, foi de 41,3% nas últimas duas semanas, corroborando as altas taxas encontradas na literatura e revelando a gravidade do transtorno.

Apesar de os pacientes B-QTH positivos utilizarem mais os serviços de saúde, havia somente dois (3,6%) diagnósticos de transtorno bipolar registrados nos prontuários e apenas três pacientes (5,4%) estavam tomando algum estabilizador do humor. Um transtorno depressivo foi registrado em dez (18,1%) dos prontuários. Conclui-se o quanto o transtorno bipolar é subdiagnosticado, apesar dos pacientes portadores desse transtorno serem assíduos usuários dos serviços de atenção primária. E, assim como subdiagnosticados, infelizmente, também não recebem tratamento ou são tratados inadequadamente em função de diagnóstico equivocado, como ocorre, por exemplo, quando realizado diagnóstico de depressão unipolar em vez de depressão bipolar.

Evidências preliminares sugerem benefícios econômicos advindos da aplicação de instrumento para rastrear transtorno bipolar em pacientes deprimidos nos serviços de atenção primária de saúde (MENZIN *et al.*, 2009). Pesquisas futuras devem estudar o impacto da implementação de estratégias de rastreio ativo para TAB em tais serviços no prognóstico, tratamento e evolução do transtorno.

REFERÊNCIAS

AKISKAL, H.S. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM IV. **J. Clin. Psychopharmacol.**, v.16, n.2, Suppl. 1, p.4-14, 1996.

AKISKAL, H.S.; DJENDEREDJIAN, A.H.; ROSENTHAL, R.H.; KHANI M, K. Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. **Am. J. Psychiatry** , v.134, p.1227-1233, 1977.

AKISKAL, H. S.; PINTO, O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. **Psychiatr. Clin. North Am.**, v. 22, n.3, p. 517-534, 1999.

ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.; FRANCA, J.F.; FERNANDES, J.; ANDREOLI, S. B. *et al.* Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. **Br. J. Psychiatry**, v.171, p. 524-529, 1997.

ALTMAN, E. G.; HEDEKER, D. R.; PETERSON, J. L.; DAVIS, J..M. The Altman Self-Rating Mania Scale. **Biol. Psychiatry**, v.42, p 948-955, 1997.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th ed. Washington, DC, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4th ed. Texto revisado (DSM-IV-TR). Porto Alegre, Artmed, , 2002.

ANGST, J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. **J. Affect. Disord.**, v. 50, n. 2/3, p.143-151, 1998.

ANGST, J.; GAMMA, A., BENAZZI, F.; AJDACIC, V.; EICH, D.; ROSSLER, W. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. **J. Affect. Disord.**, v.73, n.1/2, p.133-146, 2003.

ANGST, J.; GAMMA, A.; BENAZZI, F.; AJDACIC, V.; EICH, D.; ROSSLER, W. Toward a redefinition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar II, minor bipolar disorders and hypomania. **J. Affect. Disord.**, v. 73, n.1/2, p.133-146, 2003.

ANGST, J.; MARNEROS, A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. **J. Affect. Disord.**, v.67, p. 3-19, 2001.

BALDESSARINI, R.J.; LEAHY, L.; ARCONA, S.; GAUSE, D.; ZHANG, W.; HENNEN, H. Patterns of psychotropic drug prescription for U.S. patients with diagnosis of bipolar disorders. **Psychiatric Serv.**, v.58, n.1, p. 85-91, 2007.

BATISTONI, S.S.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale among Brazilian elderly. **Rev. Saude Publica**, v. 41, p. 598-605.

BEESSDO, K.; HÖFLER, M.; LEIBENLUFT, E.; LIEB, R.; BAUER, M.; PFENNIG, A. Mood episodes and mood disorders: patterns of incidence and conversion in the first three decades of life. **Bipolar Disord.**, v.11, n.6, p.637-649, 2009.

BEIGEL, A.; MURPHY, D. L.; BUNNEY, W. E. The Manic-state Rating Scale: scale construction, reliability and validity. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.25, p.256-62, 1971.

BEIGEL, A.; MURPHY, D. L.; BUNNEY, W. E. The Manic-State Rating Scale: scale construction, reliability and validity. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 25, p. 256-262,1971.

BENAZZI, F.; AKISKAL, H. S. The dual factor structure of self-rated MDQ hypomania: energized-activity versus irritable-thought racing. **J. Affect. Disord.**, v.73, n.1/2, p.59-64, 2003

BERK, M.; BERK, L.; MOSS, K.; DODD, S.; MALHI, G. S. Diagnosing bipolar disorder: how can we do it better? **Med. J. Aust.**, v.184, n.9, p. 459-462, 2006

BERK, M.; DODD, S.; BRNABIC, A.; DOOD, S.; KELIN, K.; TOHEN, M.; MALHI, G. S.; BERK, L.; CONUS, P.; MCGORRY, P. D. Does stage of illness impact treatment response in bipolar disorder? Empirical treatment data and their implication for the staging model and early intervention. **Bipolar Disord.**, v.13, n.1, p.87-98, 2011.

BERK, M.; DODD, S.; BERK, L., OPIE, J. Diagnosis and management of patients with bipolar disorder in primary care. **Br. J. Gen. Pract.**, v.55, n.518, p.662-664, 2005.

BERK, M.; DODD, S.; CALLALY, P.; BERK, L.; FITZGERALD, P.; DE CASTELLA, A.R. *et al.* History of illness prior to a diagnosis of bipolar disorder or schizoaffective disorder. **J. Affect. Disord.**, v.103, p.181-186, 2007.

BERK, M. Neuroprogression: pathways to progressive brain changes in bipolar disorder. **International Journal of Neuropsychopharmacology**, v.12, p.441-445, 2009.

BHUGRA, D.; FLICK, G. R. Pathways to care for patients with bipolar disorder. **Bipolar Disord.**, v. 7, n.3, p.236-245, 2005.

BIJL, R.V.; RAVELLI, A. Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. **Am. J. Public. Health.**, v. 90, n. 4, p. 602-607, 2000.

BLACKER, C.V.; CLARE, A.W. The prevalence and treatment of depression in general practice. **Psychopharmacology** (Berl), V.95 ,Suppl, S14-17, 1988.

BONNÍN, C. M.; MARTÍNEZ-ARÁN, A.; TORRENT, C.; PACCHIAROTTI, I.; ROSA, A. R.; FRANCO, C.; MURRU, A.; SANCHEZ-MORENO, J.; VIETA, E. Clinical and neurocognitive predictors of functional outcome in bipolar euthymic patients: a long-term, follow-up study. **J. Affect. Disord.**, v. 121, n. 1, p. 156-160, 2010.

BUCKLEY, P.F. Update on the treatment and management of schizophrenia and bipolar disorder. **CNS Spectr.**, v.13, n. 2, Suppl. 1, p.1-11, 2008.

CACILHAS, A. A.; MAGALHÃES, P. V.; CARÉSER, K. M.; WALZ, J. C.; WEYNE, F.; ROSA, A. R.; VIETA, E.; KAPCZINSKI, F. Validity of a short functioning test (FAST) in Brazilian outpatients with bipolar disorder. **Value Health**, v.12, p. 624-627, 2009.

CARDENAS, J.; FRYE, M.A.; MARUSAK, S.L.; LEVANDER, E.M.; CHIRICHIGNO, J.W.; STRYDER, L.; NAKELSKY, S.; HWANG, S.; MINTZ, J.; ALTSHULER, L.L. Modal subcomponents of metabolic syndrome in patients with bipolar disorder. **J. Affect. Disord.**, v. 106, n.1, p. 91-97, 2008.

CASSIDY, F.; FOREST, K.; MURRY, E.; CARROLL, B. J. A factor analysis of the signs and symptoms of mania. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 55, n. 1, p. 27-32, 1998.

CASTELO, M. S.; CARVALHO, E. R.; GERHARD, E.S.; COSTA, C.M.C.; FERREIRA, E.D.; CARVALHO, A. F. Validity of the Mood Disorder Questionnaire in a Brazilian psychiatric population. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 32, n. 4, p.424-428, 2010.

COSTA, A. M. N. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. **Rev. Psiq. Clín.**, v.35, n.3, p.104-110, 2008.

CHIU, J. F.; CHOKKA, P. R. Prevalence of Bipolar Disorder symptoms in Primary Care (ProBiD-PC): A Canadian study. **Can. Fam. Physician**, v.57, n.2, p. e58-67, 2012.

CHUNG, K. F.; TSO, K. C.; CHEUNG, E.; WONG, M. Validation of the Chinese version of the Mood Disorder Questionnaire in a psychiatric population in Hong Kong. **Psychiatry Clin. Neurosci.**, v.62, n.4, p.464-471, 2008.

CHUNG, K. F.; TSO, K. C.; CHEUNG, E.; WONG, M. Validation of the the Mood Disorder Questionnaire in a psychiatric population in Hong Kong. **Psychiatry Clin. Neurosci.**, v. 62, n. 4, p. 464-471, 2008.

CHUNG, K. F.; TSO, K. C.; CHUNG, R. T. Validation of the Mood Disorder Questionnaire in the general population in Hong Kong. **Compr. Psychiatry**, v.50, n.5, p. 471-476, 2009.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS. **Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CORYELL, W.; TURVEY, C.; ENDICOTT, J.; LEON, A.C.; MUELLER, T.; SOLOMON, D.; KELLER, M. Bipolar I affective disorder: predictors of outcome after 15 years. **J. Affect. Disord.**, v.50, n.2, p.109-116,1998.

CRADDOCK, N.; JONES, I.; KIROV, G.; JONES, L. The Bipolar Affective Disorder Dimension Scale (BADDs): A dimensional scale for rating lifetime psychopathology in bipolar spectrum disorders. **BMC Psychiatry**, v.4, n.19, 2004.

DAS, A. K.; OLFSON, M.; GAMEROFF, M.J.; PILOWSKY, D.J.; BLANCO, C.; FEDER, A.; GROSS, R.; NERIA, Y.; LANTIGUA, R.; SHEA, S.; WEISSMAN, M.M. Screening for bipolar disorder in a primary care practice. **JAMA**, v.293, n.8, p.956-963, 2005.

DAVIES, H. T.; CROMBIE, I. K.; TAVAKOLI, M. When can odds ratios mislead? **BMJ**, v.316, n.7136 , p. 989-991, 1998.

DEL-BEN., C.M.; VILELA, J.A.A.; CRIPPA, A.S.; HALLAK, J.E.C.; LABATE, C.M.; ZUARDI, A.W. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 23, n. 3, p.156-159, 2001.

DUNNER, D. L. Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. **Bipolar Disorders**, v.5, n.6, p. 456-463, 2003.

DSM-IV: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FAJUTRAO, L.; LOCKLEAR, J.; PRIAULX, J.; HEYES, A. A systematic review of the evidence of the burden of bipolar disorder in Europe. **Clin. Practice Epidemiol. Mental Health**, v.5, n. 3, p.1-8, 2009.

FIGUEIREDO, A. L.; SOUZA, L.; ÁGLIO, J.C.D.; ARGIMON, I. I. L. Use of psychoeducation in the treatment of bipolar disorder. **Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.**, v. 11, n. 1, p.15-24, 2009.

FIRST, M. B.; SPITZER, R. L.; GIBBON, M.; WILLIAMS, J. B. W. Structured Clinical Interview for DSM-IV: Patient Edition (SCID-P), Version 2. New York. New York State Psychiatric Institute, Division of Biometrics Research, 1995.

FLAHAULT, A.; CADILHAC M.; THOMAS, G. Sample size calculation should be performed for design accuracy in diagnostic test studies. **J. Clin. Epidemiol**, v. 58, n.8, p.859-862, 2005.

FLECK, M. P.; LAFER, B.; SOUGEY, E. B.; DEL PORTO, J. A.; BRASIL, M. A.; JURUENA, M. F. [Guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (complete version)]. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 25, n. 2, p.114-122, 2003.

FLECK, M. P.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVIC, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL- bref]. **Rev. Saude. Publica.**, v. 34, p.178-183, 2000.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FOUNTOULAKIS, K. N.; KASPER, S.; ANDREASSEN, O.; BLIER, P.; OKASHA, A.; SEVERUS, E.; VERSIANI, M.; TANDON, R.; MOLLER, H.; VIETA, E. Efficacy of pharmacotherapy in bipolar disorder: a report by the WPA section on pharmacopsychiatry. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.**, v. 262, Suppl. 1, p.1-48, 2012.

FRYE, M. A.; CALABRESE, J. R.; REED, M. L.; WAGNER, K. D.; LEWIS, L.; MCNULTY, J. *et al.* Use of health care services among persons who screen positive for bipolar disorder. **Psychiatr. Serv.**, v. 56, n.12, p.1529-1533, 2005.

GAZALLE, F. K.; ANDREAZZA, A. C.; CERESER, K. M.; HALLAL, P.C.; SANTIN, A.; KAPCZINSKI, F. Clinical impact of late diagnose of bipolar disorder. **J. Affect. Disord.**, v.86, n. 2/3, p. 313-316, 2005.

GAZALLE, F. K.; ANDREAZZA, A. C.; KAUER-SANT'ANNA, M.; SANTIN A.; KAPCZINSKI, F. Early diagnosis of bipolar disorder. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.27, n.1, p. 83-84, 2005.

GAZALLE, F. K.; ANDREAZZA, A. C.; HALLAL, P. C.; KAUER-SANT'ANNA, M.; CERESÉR, K.M.; SOARES, J.C.; SANTIN, A.; KAPCZINSKI, F. Bipolar depression: the importance of being on remission. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 28, n.2, p. 93-96, 2006.

GHAEMI, S. N.; SAGGESE, J.; GOODWIN, F. K. Diagnóstico da depressão bipolar. In: GHAEMI, S.N. **Depressão Bipolar: um guia abrangente**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 3-36.

GHAEMI, S. N.; ROSENQUIST, K. J.; KO, J. Y.; BALDASSANO, C. F.; KONTOS, N. J.; BALDESSARINI, R. J. Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression. **Am. J. Psychiatry**, v.161, n.1, p.163-165, 2004.

GHAEMI, S. N.; SACHS, G. S.; CHIOU, A. M.; PANDURANGI, A. K.; GOODWIN, F. K. Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? **J. Affect. Disord.**, v.52, n.1/3, p.135-144, 1999.

GHAEMI, S. N.; KO, J. Y.; GOODWIN, F. K. "Cade's disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. **Can. J. Psychiatry**, v.47, p. 125-134, 2002.

GHAEMI, S.N.; LENOX, M. S.; BALDESSARINE, R. J. Effectiveness and safety of long-term antidepressant treatment in bipolar disorder. **J. Clin. Psychiatry**, v. 62, n.7, p.565-569, 2001.

GHAEMI, S. N.; LENOX, M. S.; BALDESSARINE, R. J. Effectiveness and safety of long-term antidepressant treatment in bipolar disorder. **J. Clin. Psychiatry**, v. 62, n.7, p.565-569, 2001.

GHAEMI, S. N.; MILLE, C. J.; BERV, D. A.; KLUGMAN, J.; ROSENQUIST, K. J.; PIES, R. W. Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. **J. Affect. Disord.**, v.84, p.273-277, 2005.

GHAEMI, S. N.; MILLER, C. J.; BERV, D. A.; KLUGMAN, J.; ROSENQUIST, K. J.; PIES, R. W. Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. **J. Affect. Disord.**, v. 84, p. 273-277, 2005.

GOLDBERG, J. F.; HAROW, M. Subjective life satisfaction and objective functional outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a longitudinal analysis. **J. Affect. Disord.**, v. 89, n. 1/3, p.79-89, 2005.

GONZALEZ, A.; ARIAS, A.; MATA, S.; LIMA, L. Validation of the spanish version of the mood disorder questionnaire to detect bipolar disorder type II in patients with major depression disorder. **Invest. Clin.**, v.50, n. 2, p.163-171, 2009.

GOODWIN, F. K.; JAMISON, K. R. **Manic-depressive illness**. New York: Oxford University, 1990

GOODWIN, F. K.; JAMISON, K. R. **Manic-depressive illness**. New York: Oxford University Press, 2007.

GRAVES, R. E.; ALIM, T. N.; AIGBOGUN, N.; CHRISHON, K.; MELLMAN, T. A.; CHARNEY, D. S.; LAWSON, W. B. Diagnosing bipolar disorder in trauma exposed primary care patients. **Bipolar Disord.**, v.9, p.318–323, 2007.

GROLL, D. L.; TO T.; BOMBARDIER, C.; WRIGHT, J. G. The development of a comorbidity index with physical function as the outcome. **J. Clin. Epidemiol.**, v.58, n. 6, p. 595-602, 2005.

GUTIERREZ-ROJAS, L.; GURPEGUI, M.; AYUSO-MATEOS, J. L.; GUTIÉRREZ-ARIZA, J. A.; RUIZ-VEGUILLA, M.; JURADO, D. Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample. **Bipolar Disord.**, v.10, n.5, p.625-634, 2008.

GUZE, S.; ROBINS, E. Suicide and primary affective disorder. **Br. J. Psychiatry**, v.177, p. 437-438, 1970.

HAMILTON, M. A rating scale for depression. **J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.**, v. 23, p.56-62,1960.

HARDOY, M. C.; CADEDDU, M.; MURRU, A.; DELL'OSSO, B.; CARPINIELLO, B.; MOROSINI, P. L.; CALABRESE, J. R.; CARTA, M.G. Validation of the Italian version

of the "Mood Disorder Questionnaire" for the screening of bipolar disorders. **Clin. Pract. Epidemiol. Mental Health**, v. 1, n. 8, 2005.

HARDOY, M. C.; CADEDDU, M.; MURRU, A.; DELL'OSSO, B.; CARPINIELLO, B.; MOROSINI, P. L.; CALABRESE, J.; MAURO, C. Validation of the Italian version of the "Mood Disorder Questionnaire" for the screening of bipolar disorders. **Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health**, v.1, n. 8 , 2005.

HIRSCHFELD, R. M.; WILLIAMS, J. B.; SPITZER, R. L.; CALABRESE, J. R.; FLYNN, L.; KECK, P. E.; LEWIS, L.; MCELROY, S. L.; POST, R. M.; RAPPORT, D. J.; RUSSEL, J. M.; SACHS, G. S., ZAJECKA, J. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. **Am. J. Psychiatry**, v.157, n.11, p.1873-1875, 2000.

HIRSCHFELD, R. M.; HOLZER, C.; CALABRESE, J. R.; WEISSMAN, M.; REED, M.; DAVIES, M.; FRYE, M. A.; KECK, P.; MCELROY, S.; LEWIS, L.; TIERCE, J.; WAGNER, K. D.; HAZARD, E. Validity of the mood disorder questionnaire: a general population study. **Am. J. Psychiatry**, v.160, n.1, p.178-180, 2003.

HIRSCHFELD, R. M. A.; CASS, A. R.; HOLT, D. C. L.; CARLSON, C. A. Screening for Bipolar Disorder in Patients Treated for Depression in a Family Medicine Clinic. **J. Am. Board Fam. Med.**, v.18, n.4, p.233-239, 2005.

HIRSCHFELD, R. M.; CALABRESE, J. R.; WEISSMAN, M. M.; REED, M.; DAVIES, M. A.; FRYE, M. A.; KECK, P. E.; LEWIS, L.; MCELROY, S. L.; MCNULTY, J. P.; WAGNER, K. D. Screening for bipolar disorder in the community. **J. Clin. Psychiatry**, v. 64, n.1, p. 53-59, 2003.

HIRSCHFELD, R. M.; WILLIAMS, J. B.; SPITZER, R. L.; CALABRESE, J. R.; FLYNN, L.; KECK, P. E. *et al.* Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. **Am. J. Psychiatry**, v.157, n.11, p.1873-1875, 2000.

ISOMETSÄ, E.; SUOMINEN, K.; MANTERE, O.; VALTONEN, H.; LEPPÄMÄKI, S.; PIPPINGSKÖLD, M.; ARVILOMMI, P. The Mood Disorder Questionnaire improves recognition of bipolar disorder in psychiatric care. **BMC Psychiatry**, v.3, n.8, 2003.

JUDD, L. L.; SCHETTLER, P. J.; SOLOMON, D. A.; MASER, J. D.; CORYELL, W.; ENDICOTT, J.; AKISKAL, H. S. Psychosocial disability and work role function compared across the long-term course of bipolar I, bipolar II and unipolar major depressive disorders. **J. Affect. Disord.**, v.108, n.1/2, p.49-58, 2008.

JUDD, L. L.; AKISKAL, H. S. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. **J. Affect. Disord.**, v. 73, p.123-131, 2003.

JUDD, L. L.; AKISKAL, H. S. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. **J. Affect. Disord.**, v.73, n.1-2, p.123-131, 2003.

KAPCZINSKI, F.; VIETA, E.; ANDREAZZA, A. C.; FREY, B. N.; GOMES, F. A.; TRAMONTINA, J.; KAUER- SANT'ANNA, M.; GRASSI-OLIVEIRA, R.; POST, R. M. Allostatic load in bipolar disorder: implications for pathophysiology and treatment. **Neurosci. Biobehav.**, v.32, n.4, p.675-692, 2008.

KARNO, M.; HOUGH, R. L.; BURNAM, M. A.; ESCOBAR, J. I.; TIMBERS, D. M.; SANTANA, F.; BOYD, J. H. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican, Americans and non-Hispanic whites in Los Angeles. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.44, n.8, p.695-701, 1987.

KESSLER, R. C.; MERIKANGAS, K. R.; WANG, P. S. Prevalence, comorbidity and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. **Ann. Rev. Clin. Psychol.**, v.3, p.137-158, 2007

KONUĞ, N.; KIRAN, S.; TAMAM, L.; KARAAHMET, E.; AYDIN, H.; ATIK, L. Validation of the Turkish Version of the Mood Disorder Questionnaire for Screening Bipolar disorders. **Türk Psikiyatri Dergisi**, v.18, n.2, 2007.

KRAEPELIN, E. **Dementia Praecox, Manic Depressive Insanity and Paranoia** (1921). Translated by Barclay RM. In: Robertson GM, editor. Birmingham: The Classics of Medicine Library. Reedição. Edinburgh: E & S Livingstone, 1989.

KRISHNAN, K.R.R. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. **Psychosomatic Medicine**, v.67, p. 1-8, 2005.

LISH, J. D.; DIME-MEENAN, S.; WHYBROW, P. C.; PRICE, R. A.; HIRSCHEFELD, R.M.A. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. **J. Affect. Disord.**, v. 31, n.4, p.281-294,1994.

LISH, J. D.; DIME-MEENAN, S.; WHYBROW, P. C.; PRICE, R. A.; HIRSCHEFELD, R.M.A. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. **J. Affect. Disord.**, v. 31, p.281-294,1994.

MALHI, G. S.; IVANOVSKI, B.; HADZI-PAVLOVIC, D.; MITCHELL, P. B.; VIETA, E.; SACHDEV, P. Neuropsychological deficits and functional impairment in bipolar depression, hypomania and euthymia. **Bipolar Disord.**, v.9, n.1/2, p.114-125, 2007.

MANDERSCHIED, R.W.; RAE, D. S.; NARROW, W. E.; LOCKE, B. Z.; REGIER, D. A. Congruence of service utilization estimates from the epidemiological catchment area project and other sources. **Arch. Gen. Psychiatry.**, v.50, n.2, p. 108-114, 1993.

MANNING, J. S.; HAYKAL, R. F.; CONNOR, P. D.; AKISKAL, H. S. On the nature of depressive and anxious states in a family practice setting: the high prevalence of bipolar II and related disorders in a cohort followed longitudinally. **Compr. Psychiatry**, v.38, n.2, p.102-108,1997.

MARTÍNEZ-ARAN, A.; VIETA, E.; TORRENT, C.; SANCHEZ-MORENO, J.; GOIKOLEA, J.; SALAMERO, M.; MALHI, G.; GONZALEZ-PINTO, A.; DABAN, C.; ALVAREZ-GRANDI, S.; FOUNTOULAKIS, K.; KAPRINIS, G.; TABARES-SEISDEDOS, R.; AYUSO-MATEOS, J. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. **Bipolar Disord.**, v. 9, p.103-113, 2007.

MATEUS, M. D.; MARI, J. J.; DELGADO, P.; ALMEIDA-FILHO, N.; BARRET, T.; GEROLIN, J.; GOIHMAN, S.; RAZZOUK, D.; RODRIGUEZ, J.; WEBER, R.; ANDREOLI, S.; SHEKHAR, S. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. **Int. J. Ment. Health Syst.**, v.2, n.1, p.12, 2008.

MCELROY, S. L.; ALTSHULER, L. L.; SUPPES, T.; KECK JR, P. E.; FRYE, M. A.; DENICOFF, K. D.; NOLEN, W. A.; KUPKA, R. W.; LEVERICH, G. S.; ROCHUSSEN, J. R.; RUSH, A. J.; POST, R. M. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. **Am. J. Psychiatry**, v.158, p. 420-426, 2001.

MCINTYRE, R. S.; SOCZYNSKA, J. K.; BEYER, J. L.; WOLDEYOHANNES, H. O.; LAW, C.W.Y.; MIRANDA, A.; KONARSKI, J. Z.; KENNEDY, S. H. Medical comorbidity in bipolar disorder: re-prioritizing unmet needs. **Curr. Opin. Psychiatry**, v. 20, n. 4, p. 406-416, 2007.

MENEZES, P. R. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 25, n.5, p.214-216, 1998.

MENZIN, J.; SUSSMAN, M.; TAFESSE, E.; DUCZAKOWSKI, C.; NEUMANN, P.; FRIEDMAN, M. A model of the economic impact of a bipolar disorder screening program in primary care. **J. Clin. Psychiatry**, v.70, n.9 p. 1230-1236, 2009.

MERIKANGAS, K. R.; AKISKAL, H. S.; ANGST, J.; GREENBERG, P. E.; HIRSCHFELD, R.M.A.; PETUKHOVA, M.; KESSLER, R. C. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 64, n.5, p. 543-552, 2007.

MILLER, C. J.; KLUGMAN, J.; BERV, D. A.; ROSENQUIST, K. J.; GHAEMI, S. N. Sensitivity and specificity of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolar disorder. **J. Affect. Disord.**, v.81, n.2, p.167-171, 2004.

MORENO, D. H.; ALMEIDA, K. M. Quadro clínico dos subtipos do espectro bipolar. In: MORENO, R. A.; MORENO, D. H. (Ed.). **Da psicose maníaco-depressiva ao espectro bipolar**. São Paulo: Segmento Farma, 2005.

MORENO, D. H.; ANDRADE, L. H. The lifetime prevalence, health services utilization and risk of suicide of bipolar spectrum subjects, including subthreshold categories in the São Paulo ECA study. **J. Affect. Disord.**, v.87, p.231-241, 2005.

MULROW, C. D.; WILLIAMS, J. W.; GERETY, M. B.; RAMIREZ, G.; MONTIEL, O. M.; KERBER, C. Case-finding instruments for depression in primary care settings. **Ann. Intern. Med.**, v.122, n.12, p. 913-921, 1995.

MUR, M.; PORTELLA, M. J.; MARTINEZ-ARAN, A.; PIFARRE, J.; VIETA, E. Long-term stability of cognitive impairment in bipolar disorder: a 2-year follow-up study of lithium-treated euthymic bipolar patients. **J. Clin. Psychiatry**, v.69, n.5, p.712-719, 2008.

MURRAY, C.J.L.; LOPEZ, A. D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. **The Lancet**, v. 349, n.9064, p. 1498-1504, 1997.

NEWCOMER, J. W. Medical risk in patients with bipolar disorder and schizophrenia. **J. Clin. Psychiatry**, v. 67, Suppl. 9, p. 25-30, 2006.

OLFSON, M.; FIREMAN, B.; WEISSMAN, M. M.; LEON, A. C.; SHEEHAN, D. V.; KATHOL, R. G.; HOVEN, C.; FARBER, L. Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. **Am J Psychiatry**, v.154, p.1734-1740, 1997.

PETTERSON, U.; FYRÖ, B.; SEDVALL, G. A new scale for the longitudinal rating of manic states. **Acta Psychiatr. Scand.**, v. 49, p. 248-256, 1973.

PINTO, R. M.; Da SILVA, S. B.; SORIANO, R. Community Health Workers in Brazil's Unified Health System: A framework of their praxis and contributions to patient health behaviors. **Soc. Sci. Med.**, v.74, n. 6, p. 940-947, 2012.

PITERMAN, L.; JONES, K. M.; CASTLE, D. J. Bipolar disorder in general practice: challenges and opportunities. **Med. J. Aust.**, v. 193, n. 4, Suppl., p. 14-17, 2010.

PIVER, A.; YATHAM, L. N.; LAM, R. W. Bipolar spectrum disorders. New perspectives. **Can. Fam. Physician**, v. 48, p.896-904,1999.

POST, R. M.; ALTSHULER, L. L.; LEVERICH, G. S.; FRYE, M. A.; NOLEN, W. A.; KUPKA, R. W.; SUPPES, T.; MCELROY, S.; KECK, P. E.; DENICOFF, K. D.; GRUNZE, H.; WALDEN, J.; KITCHEN, C. M. R.; MINTZ, J. Mood switch in bipolar depression: comparison of adjunctive venlafaxine, bupropion and sertraline. **Br. J. Psychiatry**, v.189, p.124-131, 2006.

RADLOFF, L. S. The CES-D Scale: A self report depression scale for research in the general population. **Applied. Psychological Measurement**, v1, n. 385, 1977.

ROSA, A.R.; REINARES, M.; FRANCO, C.; COMES, M.; TORRENT, C.; SÁNCHEZ-MORENO, J.; MARTÍNEZ-ARÁN, A.; SALAMERO, M.; KAPCZINSKI, F.; VIETA, E. Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. **Bipolar Dis.**, v.11, p. 401-409, 2009.

ROSA, A. R.; SANCHEZ-MORENO, J.; MARTÍNEZ-ARAN, A.; SALAMERO, M.; TORRENT, C.; REINARES, M.; COMES, M.; COLOM, F.; RIEL,W. V.; AYUSO-MATEOS, J. L.; KAPCZINSKI, F.; VIETA, E. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. **Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health**, v. 3, p. 5, 2007.

ROUGET, B. W.; GERVASONI, N.; DUBUIS, V.; GEX-FABRY, M.; BONDOLFI, G.; AUBRY, J. M. Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). **J. Affect. Dis.**, v.88, p.103-108, 2005.

ROUILLON, F.; GASQUET, I.; GARAY, R. P.; LANCRENON, S. Screening for bipolar disorder in patients consulting general practitioners in France. **J. Affect. Disord.**, v.130, n. 3, p. 492-495, 2011.

ROUILLON, F.; GASQUET, I.; GARAY, R. P.; LANCRENON, S. Impact of an educational program on the management of bipolar disorder in primary care. **Bipolar Disord.**, v.13, p. 318-322, 2011.

SACHS, G. S.; YAN, L. J.; SWANN, A. C.; ALLEN, M. H. Integration of suicide prevention into outpatient management of bipolar disorder. **J. Clin. Psychiatry**, v.62, Suppl. 25, p. 3-11, 2001

SAJATOVIC, M. Bipolar disorder :disease burden. **Am. J. Manag. Care**, v. 11, Suppl. 3, p. 80-84, 2005.

SANCHEZ-MORENO, J.; VILLAGRAN, J. M.; GUTIERREZ, J. R.; CAMACHO, M.; OCIO, S.; PALAO, D.; QUEREJETA, I.; GASCON, J.; SANCHEZ, G.; VIETA, E. Adaptation and validation of the Spanish version of the Mood Disorder Questionnaire for the detection of bipolar disorder. **Bipolar Disord.**, v.10, p.400-412, 2008.

SANSONE, R.A.; SANSONE, L. A. Managing Bipolar Disorder in the Primary Care Setting : A Perspective for Mental Health Professionals. **Innov. Clin. Neurosci.**, v. 8, n. 10, p.10–13, 2011.

SASSON, Y.; CHOPRA, M.; HARRARI, E.; AMITAI, K.; ZOHAR, J. Bipolar comorbidity: from diagnostic dilemmas to therapeutic challenge. **Int. J. Neuropsychopharmacol.**, v.6, n.2, p.139-144, 2003

SCHNECK, C.D.; MIKLOWITZ, D.J.; MIYAHARA, S.; ARAGA, M.; WISNIEWSKI, S.; GYULAI, L.; ALLEN, M.H.; THASE, M.E.; SACHS, G.S. The prospective course of rapid-cycling bipolar disorder: findings from the STEP-BD. **Am. J. Psychiatry**, v. 165, n.3, p. 370-377, 2008.

SCHOEYEN, H. K.; BIRKENAES, A. B.; VAALER, A. E.; AUESTAD, B. H.; MALT, U. F.; ANDREASSEN, O. A.; MORKEN, G. Bipolar disorder patients have similar levels of education but lower socio-economic status than general population. **J. Affect. Disord.**, v.129, n.1, p.68-74, 2011.

SCHULBERG, H. C.; SAUL, M.; MCCLELLAND, M.; GANGULI, M.; CHRISTY, W.; FRANK, R. Assessing depression in primary medical and psychiatric practices. **Arch Gen Psychiatry**, V.42, P.1164-1170, 1985.

SECUNDA, S. K.; KATZ, M. M.; SWANN, A.; KOSLOW, S. H.; MAAS, J. W.; CHUANG, S.;CROUGHAN, J. Mania diagnosos state measurement and prediction of treatment response. **J. Affect. Disord.**, v.8, p. 113-121,1985.

SERRETTI, A.; RIETSCHER, M.; LATTUADA, E.; KRAUSS, H.; HELD, T.; NOTHEN, M. M. *et al.* Factor analysis of mania. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 56, n. 7, p. 671-672, 1999.

SHABANI, A.; KOOHI-HABIBI, L.; NOJOMI, M.; CHIMEH, N.; GHAEMI, S. N.; SOLEIMANI, N. The Persian Bipolar Spectrum Diagnostic Scale and mood disorder questionnaire in screening the patients with bipolar disorder. **Arch. Iran Med.**, v.12, n.1, p. 41-47, 2009.

SHANSIS, F.; BERLIM, M.; MATTEVI, B.; MALDONADO, G.; IZQUIERDO, I.; FLECK, M. Desenvolvimento da versão em português da Escala de Avaliação de Mania de Bech-Rafaelsen (EAM-BR) **Rev. Psiquiatr. RS**, v. 26, n.1, p. 30-38, 2004.

SHANSIS, F.; BERLIM, M.; MATTEVI, B.; MALDONADO, G.; IZQUIERDO, I.; FLECK, M. Desenvolvimento da versão em português da Escala Administrada pelo Clínico para Avaliação de Mania (EACA-M): "Escala de Mania de Altman. **Rev. Psiquiatr. RS**, v.25, n. 3, p.412-425, 2003.

SHANSIS, F.; BERLIM, M.; MATTEVI, B.; MALDONADO, G.; IZQUIERDO, I.; FLECK, M. Desenvolvimento da versão em português da Escala de Avaliação de Mania de Bech-Rafaelsen (EAM-BR): "Escala de Mania de Altman. **Rev. Psiquiatr. RS**, v.26, n. 1, p.30-438, 2004.

SHIPPEE, N. D.; SHAH, N. D.; WILLIAMS, M. D.; MORIARTY, J. P.; FRYE, M. A.; ZIEGENFUSS, J. Y. Differences in demographic composition and in work, social, and functional limitations among the populations with unipolar depression and bipolar disorder: results from a nationally representative sample. **Health Quality Life Outcomes**, v.9, p.90, 2011.

SILVEIRA, D.; JORGE, M. Propriedades psicométricas da Escala de Rastreamento para Depressão, CES-D, em populações clínica e não clínica de adolescentes e adultos jovens. **Rev. Psiquiatr. Clínica**, v.25, n.5, p.251-261,1997

SINGH, J. B.; ZARATE, C. A. Pharmacological treatment of psychiatric comorbidity in bipolar disorder: a review of controlled trials. **Bipolar Disord.**, v.8, p. 696–709, 2006.

SMITH, D. J.; KELLY, M.; CRADDOCK, N.; SIMPSON, S. A. Unrecognised bipolar disorder in primary care patients with depression. **Br. J. Psychiatry**, v.199, p.49-56, 2011.

SOARES, O. T. **Avaliação da confiabilidade e validação da versão em português de uma escala de auto-avaliação de hipomania (HCL-32 hypomania checklist)**. 2010. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-22092010-125216/>>. Acesso em: 14 maio 2012.

SPROULE, B. Lithium in bipolar disorder: can drug concentrations predict therapeutic effect? **Clin. Pharmacokinet**, v.41, p.639-660, 2002.

STAAB, J. P.; DATTO, C. J.; WEINRIEB, R. M.; GARITI, P.; RYNN, M.; EVANS, D. L. Detection and diagnosis of psychiatry disorders in primary medical care settings. **Med. Clin. North Am.**, v. 85, n. 3, p. 579-596, 2001.

STREJILEVICH, S. A.; BAAMONDE, M. U.; MARTINO, D. J.; PERINOT, L.; MORÁN M. S.; COLOM, F. V. Training in the detection of bipolar disorders for psychologists and primary health agents: a pilot study. **Vertex**, v.21, n.91, p.250-259, 2010.

TAMADA, R. S.; LAFER, B. [Manic episodes during antidepressant treatment in bipolar disorder]. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 25, n. 3, p.171-176, 2003.

TEIXEIRA, P. J.; ROCHA, F. L. The prevalence of metabolic syndrome among psychiatric inpatients in Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 29, p. 330-336, 2007.

TEN HAVE, M.; VOLLEBERGH, W.; BIJL, R.; NOLEN, W. A. Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). **J. Affect. Disord.**, v.68, n. 2/3, p. 203-213, 2002.

THE WHOQOL GROUP. Development of The World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. **Psychol. Med.**, v. 28, p.551-558, 1998b.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc. Sci. Med.**, v 46, p.1569-1585, 1998a.

THE WHOQOL. Group The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, v.41, p. 1403 – 1409, 1995.

TONDO, L.; ISACSSON, G.; BALDESSARINI, R. Suicidal behavior in bipolar disorder: Risk and prevention. **CNS Drugs**, v.17, n.7, p.491-511, 2003

TWISS, J.; JONES, S.; ANDERSON, I. Validation of the Mood Disorder Questionnaire for screening for bipolar disorder in UK sample. **J. Affect. Disord.**, v.110, p. 180-184, 2008.

UNDURRAGA, J.; BALDESSARINE, R.J.; VALENTI, M.; PACCHIAROTTI, I.; VIETA, E. Suicidal risk factors in bipolar I and II disorder patients. **J. Clin. Psychiatry**, Dec. 2011.

VELLIGAN, D. I.; WEIDEN, P. J.; SAJATOVIC, M.; SCOTT, J.; CARPENTER, D.; ROSS, R.; DOCHERTY, J. P. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. **J. Clin. Psychiatry**, v.70, Suppl. 4, p. 1-48, 2009.

VIETA, E.; CIEZA, A.; STUCKI, G.; CHATTERJI, S.; NIETO, S.; SÁNCHEZ-MORENO, J.; JAEGER, J.; GRUNZE, H.; AYUSO-MATEOS, J. Developing core sets for persons with bipolar disorder based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Bipolar Disord.**, v. 9, p.16-24, 2007.

VOJTA, C.; KINOSIAN, B.; GLICK, H.; ALTSHULER, L.; BAUER, M. S. Self-reported quality of life across mood states in bipolar disorder. **Comprehensive Psychiatry**, v.42, n.3, p. 190-195, 2001.

VORNIK, L. A.; BROWN, E. S. Substance-Abuse Comorbidity in Bipolar Disorder: general considerations and treatment approaches. **Bipolar Disord.**, v.6, p. 3-11, 2007.

WEBER ROUGET, B.; GERVASONI, N.; DUBUIS, V.; GEX-FABRY, M.; BONDOLFI, G.; AUBRY, J. M. Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). **J. Affect. Disord.**, v.88, n.1, p.103-108, 2005.

WEBER, N. S.; FISHER, J. A.; COWAN, D. N.; NIEBUHR, D. W. Psychiatric and general medical conditions comorbid with bipolar disorder in the National Hospital Discharge Survey. **Psychiatr. Serv.**, v. 62, n.10, p.1152-1158, 2011.

WELLS, V. E.; KLERMAN, G. L.; DEYKIN, E. Y. The prevalence of depressive symptoms in college students. **Social psychiatry**, v.22, p. 20-28, 1987.

WINGO, A. P.; BALDESSARINE, R. J.; HOLTZHEIMER, P. E.; HARVEY, P. D. Factors associated with functional recovery in bipolar disorder patients. **Bipolar Disord.**, v. 12, n.3, p. 319-326, 2010.

WORLD HEALTH ASSOCIATION. **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders**: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, 1992.

YATHAM, L. N.; KENNEDY, S. H.; SCHAFFER, A.; PARIKH, S. V.; BEAULIEU, S.; O'DONOVAN, C. *et al.* 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 2009. **Bipolar Disord.**, v.11, n. 3, p. 225-255, 2009.

YATHAM, L. N.; KENNEDY, S. H.; O'DONOVAN, C.; PARIKH, S.; MACQUEEN, G.; MCINTYRE, R. *et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder consensus and controversies. **Bipolar Disord.**, v. 7, Suppl. 3, p. 5-69, 2005.

YATHAM, L. N.; LECRUBIER, Y.; FIEVE, R. R.; DAVIS, K. H.; HARRIS, S. D.; KRISHNAN, A. A. Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. **Bipolar Disord.**, v. 6, p.379-385, 2004.

YOUNG, R. C.; BIGGS, J. T.; ZIEGLER, V. E.; MEYER, D. A. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. **Br. J. Psychiatry**, v.133, p.429-435,1978.

ZHANG, J.; YU, K. F. What's the relative risk? A method of correcting the odds ratio in cohort studies of common outcomes. **JAMA**, v.280, n.19, p.1690-1691, 1998.

ZIMMERMAN, M.; POSTERNAK, M. A.; CHELMINSKI, I.; SOLOMON, D. A. Using questionnaires to screen for psychiatric disorders: a comment on a study of screening for bipolar disorder in the community. **J. Clin. Psychiatry**, v. 65, n. 5, p. 605-610, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A

PROTOCOLO COMEPE N°:/.....

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PACIENTES

Você está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa. Nesta mesma página, encontra-se uma explicação, em linguagem simples, daquilo que se pretende descobrir com a sua colaboração e o que lhe acontecerá caso você decida tomar parte neste projeto, incluindo qualquer potencial risco ou desconforto.

Todas as informações obtidas serão tratadas de forma sigilosa e os participantes não serão identificados por ocasião da exposição ou publicação final dos resultados.

Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Se, ao completar a leitura desta página, você decidir não tomar parte neste projeto, seu atendimento, cuidado ou tratamento neste Centro de Saúde não será, de nenhuma forma, afetado por sua decisão.

O objetivo desse estudo é poder facilitar a descoberta de casos de Transtornos do Espectro Bipolar, em pacientes atendidos em unidade de atenção primária, a partir da avaliação de instrumentos: **“Questionário de Transtorno do Humor”** e da **“Escala Diagnóstica do Espectro Bipolar”**. Para avaliar o desempenho desses instrumentos, em nosso meio, pedimos que o senhor(a) responda algumas perguntas sobre sua saúde e sua vida. Essas perguntas fazem parte dos instrumentos e de uma entrevista clínica.

Dessa forma, com sua participação, se esse for seu desejo, poderemos identificar o número de pessoas com diagnóstico de Transtornos Bipolar e avaliar os instrumentos acima referidos.

Qualquer dúvida, sobre os objetivos e métodos empregados, poderá ser esclarecida pelo pesquisador que lhe está aplicando este termo de consentimento. Agradecemos sua colaboração e atenção.

PROTOCOLO COMEPE N°:/.....

Título do Projeto:

Validação do **“Questionário de Transtorno do Humor”**, da **“Escala Diagnóstica do Espectro Bipolar”** em Hospital Público de Fortaleza – Ceará e utilização no estudo de pacientes bipolares em Unidades de Atenção Primária.

Afirmo que estou preenchendo este termo de consentimento em meu próprio nome e que li com atenção todas as informações contidas nesta página. Declaro ainda que me foi dada oportunidade suficiente para fazer perguntas e pedir esclarecimentos. Ciente de que a participação no estudo é voluntária e a decisão de não tomar parte neste projeto não interferirá em meu tratamento, cuidados e atendimento médico; concordo em participar desta pesquisa.

Assinatura: _____ Data: ___/___/___
 Nome legível: _____

Ao Comitê de Ética.

Obs: O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará aprovou este termo de consentimento. Para apresentar recursos ou reclamações em relação ao presente estudo contactar a Secretaria do Comitê de Ética diretamente ou pelo telefone

APÊNDICE B

Hospital Mental de Messejana

Questionário n°

Projeto: Validação do “Questionário de Transtorno do Humor” e da “Escala Diagnóstica do Espectro Bipolar”

1. Entrevistado	1. Só o paciente 2. Paciente e acompanhante	Entrev	
2. Nome do entrevistado		Noment	
3. Sexo	1. Masculino 2. Feminino	Sex__	
4. Endereço		End__	
5. Telefone		Tel__	
6. Data de nascimento (mm/dd/aaaa)		Dn__	
7. Estado Civil	1. Solteiro 2. Casado 3. Vive junto 4. Viúvo 5. Divorciado	Ecivil __	
8. Mora só?	1. Sim 2. Não	Mora __	
9. Religião	1. Católica 2. Evangélica 3. Espírita 4. Outros	Rel __	
MEDICAMENTOS UTILIZADOS	USO ATUAL	USO PASSADO	
10. Estabilizadores de humor	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	esthum__
12. Antipsicóticos típicos	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	antipst__
13. Antipsicóticos atípicos	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	antipsat __
14. Benzodiazepínicos	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	benzo__
Antidepressivos:			
15. ADT	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	adt __
16. ISRS	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	isrs __
17. ISRN	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	isrn __
18. IRND	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	irnd __
19. ANASE	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	anase__
20. ASIR	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	asir __

APÊNDICE C

Unidade de Atenção Primária

Questionário n°

Projeto: “Estudo da prevalência e dos fatores associados ao transtorno bipolar do humor em serviços primários de Fortaleza”

1. Entrevistado <u>1.</u> Só o paciente <u>2.</u> Paciente e acompanhante	Entrev
2. Nome do entrevistado	NENT_____
3. Sexo 1. Masculino 2. Feminino	SEX_____
4. Escolaridade (anos de estudo)	ESC_____
5. Endereço	END_____
6. Telefone	TEL_____
7. Data de nascimento (mm/dd/aaaa)	DN_____
8. Estado Civil <u>1.</u> Solteiro <u>2.</u> Casado <u>3.</u> União Consensual <u>4.</u> Viúvo <u>5.</u> Divorciado	ECIL_____
9. Mora só? <u>1.</u> Sim <u>2.</u> Não	MORA _____
10. Religião <u>1.</u> Católica <u>2.</u> Evangélica <u>3.</u> Espírita <u>4.</u> Outros	REL _____
11. Renda Familiar <u>1.</u> < SM <u>2.</u> 1-2 SM <u>3.</u> 3-4 SM <u>4.</u> > 4 SM	REFA_____
12. Ocupação <u>1.</u> Emprego com carteira assinada <u>2.</u> Autônomo <u>3.</u> Desempregado	OCUP_____
13. Algumas coisas que acontecem com as pessoas são extremamente perturbadoras - coisas como estar em uma situação ameaçadora à vida, como um desastre grave, acidente muito sério ou incêndio; ser fisicamente agredido ou violentado sexualmente, ver outra pessoa ser assassinada ou morrer, ser gravemente ferido, ou receber a notícia sobre algo terrível que aconteceu a alguém que é próximo a você. Alguma vez durante a sua vida, algo deste tipo aconteceu com você? <u>1.</u> Sim <u>2.</u> Não	EVTR_____

APÊNDICE D

MEDICAMENTOS EM USO

Estabilizadores de humor	<u>1.</u> Sim <u>2.</u> Não	ESTHUM___
Antipsicóticos atípicos	<u>1.</u> Sim <u>2.</u> Não	APSAT ___
Benzodiazepínicos	<u>1.</u> Sim <u>2.</u> Não	BENZ___
Antidepressivos		
ADT	<u>1.</u> Sim <u>2.</u> Não	ADT___
ISRS	<u>1.</u> Sim <u>2.</u> Não	ISRS___
ISRN	<u>1.</u> Sim <u>2.</u> Não	ISRN___
IRND	<u>1.</u> Sim <u>2.</u> Não	IRND___
IRSN	<u>1.</u> Sim <u>2.</u> Não	IRSN___
NASE	<u>1.</u> Sim <u>2.</u> Não	ANASE___
ASIR	<u>1.</u> Sim <u>2.</u> Não	ASIR___

ANEXOS

ANEXO A

MDQ - QUESTIONÁRIO DE TRANSTORNO DO HUMOR

1.	Já ocorreu algum período na sua vida em que seu jeito de ser mudou? E que...	SIM	NÃO	
1.1	... você se sentia tão bem ou tão para cima a ponto das outras pessoas pensarem que você não estava no seu jeito normal, ou você estava tão para cima a ponto de se envolver em problemas?			MDQ1 _____
1.2	... você ficava tão irritado a ponto de gritar com as pessoas ou começava brigas ou discussões?			MDQ1.2 _____
1.3	... você se sentia muito mais confiante em você mesmo do que o normal?			MDQ1.3 _____
1.4	...você dormia menos que de costume e nem sequer sentia falta do sono?			MDQ1.4 _____
1.5	...você falava muito mais ou falava mais rápido que o seu normal?			MDQ1.5 _____
1.6	...os pensamentos corriam rapidamente em sua cabeça ou você não conseguia acalmar sua mente?			MDQ1.6 _____
1.7	... você se distraía com tanta facilidade com as coisas ao seu redor, a ponto de ter dificuldade em manter a concentração ou o foco em uma atividade?			MDQ1.7 _____
1.8	...você se sentia com muito mais energia que o seu normal?			MDQ1.8 _____
1.9	...você ficava muito mais ativo ou fazia muito mais coisas que o seu normal?			MDQ1.9 _____
1.10	...você ficava mais dado com as pessoas e mais expansivo que o seu normal, por exemplo, telefonava para os amigos no meio da noite?			MDQ1.10 _____
1.11	...você ficava mais interessado em sexo que o normal?			MDQ1.11 _____
1.12	...você fazia coisas que não eram comuns para você ou que faziam outras pessoas pensarem que você era exagerado, bobo ou se arriscava mais?			MDQ1.12 _____
1.13	... gastar dinheiro causava problemas para você ou para sua família?			MDQ1.13 _____

2. Se você marcou SIM em mais de uma das perguntas acima; várias delas ocorreram durante o mesmo período de tempo? *Por favor, circule apenas uma resposta.*

1-SIM

2-NÃO

MDQ2

3. Até que ponto o problema o afetou - como sentir-se incapaz de trabalhar, ter dificuldades com a família, com dinheiro ou problemas com a justiça, envolver-se em discussões ou brigas? *Por favor, circule apenas uma resposta.*

Nenhum problema

Problema pouco grave

Problema mais ou

Problema

(1)

(2)

menos grave (3)

muito grave (4)

MDQ3

ANEXO B

ESCALA DIAGNÓSTICA DO ESPECTRO BIPOLAR (BSDS)

Instruções – Por favor, leia o texto inteiro, antes de preencher os espaços em branco.

Algumas pessoas notam que seu humor e nível de energia mudam radicalmente de uma fase para outra. ____ Estas pessoas notam que, às vezes, seu humor e/ou nível de energia está muito baixo e às vezes muito alto. ____ Durante estas fases “para baixo”, estas pessoas sentem sempre falta de energia; têm necessidade de ficar na cama ou de dormir mais e têm pequena ou nenhuma vontade para fazer as coisas que precisam ser feitas. ____ Elas geralmente aumentam de peso durante estes períodos. ____ Durante as fases “para baixo”, estas pessoas se sentem desanimadas, tristes ou deprimidas o tempo todo. ____ Algumas vezes, durante estas fases “para baixo”, se sentem sem esperança e pensam em morrer ou se matar. ____ O desempenho no trabalho ou nas atividades sociais é prejudicado. ____ . Essas fases “para baixo” duram poucas semanas, mas algumas vezes duram somente poucos dias. ____ As pessoas com este comportamento podem experimentar um período de humor “normal” entre os períodos de variação de humor, durante essas fases o humor e a energia estão normais, e a capacidade de funcionar não sofre nenhuma alteração. ____ Podem, depois, mudar de repente ou terem uma reviravolta no jeito de sentir as coisas. ____ A energia aumenta acima do normal para elas e elas geralmente fazem muitas coisas que normalmente não fariam. ____ Geralmente durante estas fases “para cima”, estas pessoas sentem como se tivessem muita energia ou se sentem o máximo. ____ Estas pessoas durante as fases “para cima” se sentem irritadas, no limite ou agressivas. ____ Algumas pessoas durante estas fases “para cima” se envolvem em muitas atividades ao mesmo tempo. ____ Durante estes períodos “para cima”, algumas pessoas podem gastar dinheiro de um jeito que criam problemas para elas. ____ Durante essas fases, elas podem ficar mais falantes, mais dadas ou terem mais vontade de ter relações sexuais. ____ Algumas vezes durante essas fases “para cima” seus comportamentos parecem estranhos ou irritam os outros. ____ Algumas vezes, estas pessoas se envolvem em problemas com colegas do trabalho ou com a polícia durante estes períodos “para cima.” ____ Algumas vezes, elas aumentam o uso do álcool ou de outras drogas ilícitas durante essas fases “para cima”. ____

Agora que você leu o texto inteiro, por favor, marque uma das quatro opções:

- () Esta história tem tudo ou quase tudo a ver comigo
- () Esta história tem mais ou menos a ver comigo
- () Esta história tem pouco a ver comigo
- () Esta história não tem nada a ver comigo

Agora, por favor, volte e coloque um “X” depois de cada frase que definitivamente tenha a ver com você.

Pontuação - cada sentença assinalada vale um ponto. Adicione 6 pontos para “tem tudo ou quase tudo a ver comigo”; 4 pontos para “tem mais ou menos a ver comigo” e 2 pontos para “tem pouco a ver comigo”.

ANEXO C

CES-D

Instruções:

Segue abaixo uma lista de tipos de sentimentos e comportamentos. Solicitamos que você assinale a frequência com que tenha se sentido dessa maneira *durante a semana passada*

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA :	Raramente (menos que 1 dia)	Durante pouco tempo (1 ou 2 dias)	Durante um tempo moderado (de 3 a 4 dias)	Durante a maior parte do tempo (de 5 a 7 dias)	
01. Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam	0	1	2	3	CES1____
02. Não tive vontade de comer, tive pouco apetite	0	1	2	3	CES2____
03. Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos	0	1	2	3	CES3____
04. Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a amioria delas	0	1	2	3	CES4____
05. Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo	0	1	2	3	CES5____
06. Senti-me deprimido	0	1	2	3	CES6____
07. Senti que tive de fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais	0	1	2	3	CES7____
08. Senti-me otimista com relação ao futuro	0	1	2	3	CES8____
09. Considerei que a minha vida tinha sido um fracasso	0	1	2	3	CES9____
10. Senti-me amedrontado	0	1	2	3	CES10____
11. Meu sono não foi repousante	0	1	2	3	CES11____
12. Estive feliz	0	1	2	3	CES12____
13. Falei menos que o habitual	0	1	2	3	CES13____
14. Senti-me sozinho	0	1	2	3	CES14____
15. As pessoas não foram amistosas comigo	0	1	2	3	CES15____
16. Aproveitei minha vida	0	1	2	3	CES16____
17. Tive crises de choro	0	1	2	3	CES17____
18. Senti-me triste	0	1	2	3	CES18____
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim	0	1	2	3	CES19____
20. Não consegui levar adiante minhas coisas	0	1	2	3	CES20____

ANEXO D

ESCALA BREVE DE FUNCIONAMENTO (FAST)

Qual é seu grau de dificuldade em relação aos seguintes aspectos?

AUTONOMIA		
1. Ser responsável pelas tarefas de casa	(0) (1) (2) (3)	FAST1____
2. Morar sozinho	(0) (1) (2) (3)	FAST2____
3. Fazer as compras de casa	(0) (1) (2) (3)	FAST3____
4. Cuidar-se de si mesmo (aspecto físico, higiene)	(0) (1) (2) (3)	FAST4____
TRABALHO		
5. Realizar um trabalho remunerado	(0) (1) (2) (3)	FAST5____
6. Terminar as tarefas tão rápido quanto era necessário	(0) (1) (2) (3)	FAST6____
7. Obter o rendimento previsto no trabalho	(0) (1) (2) (3)	FAST7____
8. Trabalhar de acordo com seu nível de escolaridade	(0) (1) (2) (3)	FAST8____
9. Ser remunerado de acordo com o cargo que ocupa	(0) (1) (2) (3)	FAST9____
COGNIÇÃO		
10. Concentrar-se em uma leitura, um filme	(0) (1) (2) (3)	FAST10____
11. Fazer cálculos mentais	(0) (1) (2) (3)	FAST11____
12. Resolver adequadamente os problemas	(0) (1) (2) (3)	FAST12____
13. Lembrar o nome de pessoas novas	(0) (1) (2) (3)	FAST13____
14. Aprender uma nova informação	(0) (1) (2) (3)	FAST14____
FINANÇAS		
15. Administrar seu próprio dinheiro	(0) (1) (2) (3)	FAST15____
16. Fazer compras equilibradas	(0) (1) (2) (3)	FAST16____
RELAÇÕES INTERPESSOAIS		
17. Manter uma amizade	(0) (1) (2) (3)	FAST17____
18. Participar de atividades sociais	(0) (1) (2) (3)	FAST18____
19. Dar-se bem com pessoas a sua volta	(0) (1) (2) (3)	FAST19____
20. Convivência familiar	(0) (1) (2) (3)	FAST20____
21. Relações sexuais satisfatórias	(0) (1) (2) (3)	FAST21____
22. Capaz de defender os próprios interesses	(0) (1) (2) (3)	FAST22____
LAZER		
23. Praticar esporte ou exercícios	(0) (1) (2) (3)	FAST23____
24. Ter atividades de lazer	(0) (1) (2) (3)	FAST24____

ANEXO E

WHOQOL – ABREVIADO

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAM ENTE	
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5	

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAM ENTE	
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5	

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

	MUITO RUIM	RUIM	NEM RUIM NEM BOA	BOA	MUITO BOA	
Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5	WHO1____
	MUITO INSATISFEITO	INSATISFEIT O	NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO	
Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5	WHO2____
As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
	NADA	MUITO POUCO	MAIS OU MENOS	BASTANT E	EXTREMA MENTE	
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5	WHO3____
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5	WHO4____
O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5	WHO5____
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5	WHO6____
O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5	WHO7____
Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5	WHO8____
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5	WHO9____

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE	
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	WHO10__
Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5	WHO11__
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5	WHO12__
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	WHO13__
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5	WHO14__
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
	MUITO RUIM	RUIM	NEM RUIM NEM BOM	BOM	MUITO BOM	
Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5	WHO15__
	MUITO INSATISFEITO	INSATISFEITO	NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO	
Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5	WHO16__
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	WHO17__
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5	WHO18__
Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5	WHO19__
Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5	WHO20__
Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	WHO21__
Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5	WHO22__
Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5	WHO23__
Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5	WHO24__
Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5	WHO25__
As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.						
	NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUENTE	MUITO FREQUENTE	SEMPRE	WHO26__
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5	WHO____

ANEXO F

The Functional Comorbidity Index (Índice de comorbidade funcional)

1	Artrite (reumatóide e osteoartrite)	
2	Osteoporose	
3	Asma	
4	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), síndrome da angustia respiratória aguda (SARA), ou enfisema	
5	Angina	
6	Insuficiência Cardíaca Congestiva (ou cardiopatia)	
7	Ataque Cardíaco (Infarto do Miocárdio)	
8	Doença Neurológica (como esclerose múltipla ou Parkinson)	
9	Acidente Vascular Cerebral ou Ataque isquêmico Transitório	
10	Doença Vascular Periférica	
11	Diabetes tipos I e II	
12	Doença do trato gastrointestinal alto (úlceras, hérnia, refluxo).	
13	Depressão	
14	Ansiedade ou Transtorno do Pânico	
15	Prejuízo Visual (como catarata, glaucoma, degeneração macular)	
16	Prejuízo auditivo (grande dificuldade na audição, mesmo com aparelho auditivo)	
17	Doença degenerativa discal (dor na coluna, estenose espinhal ou severa dor crônica nas costas)	
18	Obesidade e/ou índice de massa corporal > 30 (peso em kg/altura em metro ²) altura _____ (cm ou polegadas?) peso _____ (kg ou lbs?) IMC =	
SOMA		

ANEXO G - SCID**ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA
PARA TRANSTORNOS DO EIXO I
DO DSM-IV****Versão Clínica****SCID - I****Autores:**

Michael B. First
Robert L. Spitzer
Miriam Gibbon
Janet B. W. Williams

Tradução e Adaptação para o português:

Cristina Marta Del Ben
Antônio Waldo Zuardi
José Antônio Alves Vilela
José Alexandre de Souza Crippa

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA O
DSM-IV

TRANSTORNOS DO EIXO I

SCID - I

VERSÃO CLÍNICA

Michael B. First, M.D.

Robert L. Spitzer, M.D.

Miriam Gibbon, M.S.W.

Janet B. W. Williams, D.S.W.

Biometrics Research Department
New York State Psychiatric Institute
Department of Psychiatry
New York, New York

SCID - I

VERSÃO CLÍNICA

Tradução e Adaptação para o Português
realizada por:

Cristina Marta Del Ben

Antônio Waldo Zuardi

José Antônio Alves Vilela

José Alexandre de Souza Crippa

Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão
Preto

Universidade de São Paulo

Ribeirão Preto, São Paulo

SCID - I

Versão Clínica

Livro de Administração

(Traduzido e Adaptado para o Brasil)

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW
SCID-CV

Del Ben CM, Zuardi AW, Vilela JAA, Crippa JAS
A. EPISÓDIOS DE HUMOR

A. EPISÓDIOS DE HUMOR

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

Agora eu vou lhe fazer mais algumas perguntas sobre o seu humor.

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

NOTA: Critério B (isto é., não preenche critérios para um Episódio Misto) foi omitido da SCID.

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.

A1 No mês passado...
...houve um período em que
você se sentia deprimido ou
triste a maior parte do dia, quase
todos os dias? (Como era isso?)

SE SIM: Quanto tempo isso
durou? (Pelo menos 2
semanas?)

(1) humor deprimido na maior parte
do dia, quase todos os dias,
indicado por relato subjetivo (por
ex., sente-se triste ou vazio) ou
observação feita por outros (por
ex., chora muito). **Nota:** Em
crianças e adolescentes, pode
ser humor irritável.

? - + **A1**

A2 ...e quanto a perder o interesse
ou o prazer em coisas das quais
você geralmente gostava?

SE SIM: Isso era quase todos
os dias? Quanto tempo
durou? (Pelo menos 2
semanas?)

(2) interesse ou prazer
acentuadamente diminuídos por
todas ou quase todas as
atividades na maior parte do dia,
quase todos os dias (indicado
por relato subjetivo ou
observação feita por outros)

? - + **A2**

Se **nem A1 ou A2** for codificado como “+” durante o mês atual, avalie Episódio
Depressivo Maior, perguntando as questões A1 e A2 novamente, procurando por
episódios ao longo da vida, e começando com “Você já teve...”
SE PELO MENOS UM PERÍODO DEPRESSIVO PASSADO: Você já esteve mais do
que uma vez assim? Qual desses período foi o pior?
Se **nem A1 ou A2** já foi codificado como “+”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio
Maníaco*).

PARA AS SEGUINTES QUESTÕES,

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW
SCID-CV

Del Ben CM, Zuardi AW, Vilela JAA, Crippa JAS
A. EPISÓDIOS DE HUMOR

Durante [PERÍODO DE 2
SEMANAS]...

A3 ...você perdeu ou ganhou peso?
(Quanto? Você estava tentando
emagrecer?)

SE NÃO: Como estava o seu
apetite? (E em comparação ao
seu apetite habitual? Você teve
que se forçar a comer? Comia
(mais/menos) que o seu
normal? Isso ocorria quase
todos os dias?)

(3) perda ou ganho significativo de
peso sem estar em dieta (por
ex., mais de 5% do peso
corporal em 1 mês), ou
diminuição ou aumento do
apetite quase todos os dias.
Nota: Em crianças, considerar
falha em apresentar os ganhos
de peso esperados.

? - + **A3**

A4 ...como estava o seu sono?
(Dificuldade em pegar no sono,
despertar freqüente, dificuldade
em se manter dormindo, acordar
cedo demais, OU dormir
demais? Quantas horas por
noite, comparado com o seu
habitual? Isso ocorria quase
todos os dias?)

(4) insônia ou hipersonia quase
todos os dias

? - + **A4**

<p>A5</p>	<p>...você estava tão agitado ou impaciente que era incapaz de ficar quieto? (Era tão intenso que as pessoas percebiam? O que elas percebiam? Isso ocorria quase todos os dias?)</p> <p>SE NÃO: E quanto ao contrário - falar ou mover-se mais lentamente do que o seu normal? (Era tão intenso que as outras pessoas percebiam? O que elas percebiam? Isso ocorria quase todos os dias?)</p>	<p>(5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento)</p>	<p>? - + A5</p>
<p>NOTA: CONSIDERAR TAMBÉM O COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA.</p>			
<p>A6</p>	<p>...como estava a sua disposição? (Cansado o tempo todo? Quase todos os dias?)</p>	<p>(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias</p>	<p>? - + A6</p>
<p>A7</p>	<p>...como você se sentia sobre você mesmo? (Inútil? Quase todos os dias?)</p> <p>SE NÃO: E quanto a se sentir culpado a respeito de coisas que você fez ou deixou de fazer? (Quase todos os dias?)</p>	<p>(7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente)</p>	<p>? - + A7</p>
<p>NOTA: CODIFIQUE COMO “-” SE Del Ben CM, Zuardi AW, Vilela JAA, Crippa JAS A. EPISÓDIOS DE HUMOR</p>			
<p>First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW SCID-CV</p>			
<p>A8</p>	<p>...você teve dificuldades em pensar ou em se concentrar? (Com que tipo de coisas isso interferia? Quase todos os dias?)</p> <p>SE NÃO: Era difícil tomar decisões sobre coisas cotidianas?</p>	<p>(8) Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros)</p>	<p>? - + A8</p>
<p>A9</p>	<p>...as coisas estavam tão ruins que você pensava muito na morte, ou que seria melhor morrer? E quanto a pensar em se matar?</p> <p>SE SIM: Você fez alguma coisa para se matar?</p>	<p>(9) Pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio</p>	<p>? - + A9</p>
<p>A10</p>	<p>PELO MENOS 5 DE A(1)-A(9) SÃO CODIFICADOS COMO “+” E PELO MENOS UM DESTES É O ITEM A(1) OU A(2).</p>		<p>? - + A10</p>

Se **A10** for codificado como “-” (isto é, menos que cinco são codificados como “+”) pergunte o seguinte se não souber:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e teve alguns destes sintomas sobre os quais acabamos de conversar?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A11

SE NÃO ESTIVER CLARO: A depressão atrapalhou o seu trabalho, os cuidados com a sua casa ou o seu relacionamento com as outras pessoas?

Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

? - +

A11

Se **A11** for codificado como “-” (isto é, os sintomas não são clinicamente significativos) pergunte o seguinte, se ainda não souber:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso atrapalhou sua vida?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A12

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

Se houver alguma indicação de que a depressão possa ser secundária (isto é, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 18 e retorne aqui para codificar como “-” ou “+”.

D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).

? - +

A12

Condições médicas gerais etiologicamente relacionadas com depressão maior incluem doença neurológica degenerativa (por ex., mal de Parkinson), doença cérebro-vascular (por ex., AVC), condições metabólicas (por ex., deficiência de vitamina B₁₂), condições endócrinas (por ex., hiper e hipotireoidismo, hiper- e hipoadrenalismo), infecções virais ou outras (por ex., hepatite, mononucleose, HIV), e certos tipos de câncer (por ex., carcinoma de pâncreas)

Substâncias etiologicamente relacionadas com depressão maior incluem álcool, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inalantes, opióides, fenciclidina, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos. Medicamentos incluem anti-hipertensivos,

contraceptivos orais,
corticosteróides, esteróides
anabólicos, agentes
antineoplásicos, analgésicos,
anticolinérgicos, medicações
cardíacas.

Se **A12** for codificado como “-” (isto é, o transtorno de humor é devido a substância ou condição médica geral), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso não era por causa de [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL / USO DE SUBSTÂNCIA]?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A13

SE NÃO SOUBER: Isso começou logo após alguém que lhe era próximo Ter morrido?

E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, ou seja, após a morte de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

? - +

A13

Se **A13** for codificado como “-” (isto é, o transtorno de humor é melhor explicado por Luto), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso não era devido à perda de um ente querido?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A14

SE NÃO SOUBER: Você teve (SINTOMAS CODIFICADOS COMO “+” ACIMA) no último mês?

CRITÉRIOS A, C, D e E SÃO CODIFICADOS COMO “+” (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR)

? - +

A14**A15**

Por quantas vezes diferentes você esteve [deprimido / PALAVRAS DO PACIENTE] quase todos os dias, por pelo menos duas semanas e teve vários dos sintomas que você descreveu, tais como [SINTOMAS DO PIOR EPISÓDIO]?

Número total de Episódios Depressivos Maiores, incluindo o atual (CODIFIQUE 99 se muito numerosos ou se desconhecido)

A15

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW
SCID-CV

Del Ben CM, Zuardi AW, Vilela JAA, Crippa JAS
A. EPISÓDIOS DE HUMOR

EPISÓDIO MANÍACO

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO MANÍACO

NOTA: Critério C (isto é, não preenche critérios para um Episódio Misto) foi omitido da SCID.

A16

Já houve um período em que você estava se sentindo tão bem ou alegre, que as outras pessoas acharam que você não estava no seu normal, ou você estava tão alegre que teve problemas por isso? (Alguém disse que você estava acelerado? Era mais do que apenas se sentir bem?)

Como era isso?

SE NÃO: E Quanto a um período em que você estava tão irritado, que você gritava com as pessoas, ou começava brigas ou discussões? (Você se percebia gritando com pessoas as quais você nem conhecia?)

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável...

? - +

A16

Se **A16** for codificado como “-” (isto é, nunca houve qualquer episódio de humor elevado ou irritável), vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*)

A17

Quanto tempo durou? (Pelo menos 1 semana? Você teve que ser internado?)

...durando pelo menos 1 semana (ou qualquer duração, se a hospitalização é necessária).

? - +

A17

Se **A17** for codificado como “-” (isto é, duração menor que uma semana), vá para **A30**, pág. 12 (*Episódio Hipomaníaco*).

Você esteve mais de uma vez assim? Em qual vez você esteve mais [eufórico / irritado / PALAVRAS DO PACIENTE]?

PARA OS ITENS A18-A27 NAS PÁG. 09-11 FOCALIZE NO EPISÓDIO MAIS EXTREMO.

SE NÃO SOUBER: Durante este período, quando você esteve mais [PALAVRAS DO PACIENTE para euforia ou irritabilidade]?

Durante [PERÍODO DE PIORES SINTOMAS MANÍACOS]...

A18

...como você se sentia a respeito de si mesmo?

(Mais confiante em si mesmo do que o habitual? Algum poder ou habilidade especial?)

A19

...você precisava de menos sono do que o habitual?

SE SIM: Ainda assim se sentia descansado?

A20

...você estava mais falante do que o normal? (As pessoas tinham dificuldade de interromper ou entender você? As pessoas tinham dificuldades de dizer uma palavra?)

A21

...os seus pensamentos passavam rápido pela sua cabeça?

A22

...você se distraía facilmente com as coisas à sua volta ou tinha dificuldades em se concentrar?

A23

...como você passava o seu tempo? (Trabalho, amigos, passatempos? Você estava tão ativo que seus amigos ou familiares ficaram preocupados com você?)

SE NÃO HOVER AUMENTO DE ATIVIDADE: Você estava fisicamente irrequieto? (Quanto isto era desagradável?)

B. Durante o período de perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro, se o humor é apenas irritável) e estiveram presentes em um grau significativo:

(1) auto-estima inflada ou grandiosidade

? - +

A18

(2) necessidade de sono diminuída (por ex., sente-se repousado depois de apenas 3 horas de sono)

? - +

A19

(3) mais falante do que o habitual ou pressão por falar

? - +

A20

(4) fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão alterados

? - +

A21

(5) distratibilidade (isto é, a atenção é desviada com excessiva facilidade para estímulos externos insignificantes ou irrelevantes)

? - +

A22

(6) aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora

? - +

A23

A24

...você fez alguma coisa que poderia ter causado problemas para você ou para sua família? (Comprar coisas das quais não precisava? Qualquer comportamento sexual que não era normal para você? Dirigir de maneira imprudente?)

(7) envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para conseqüências dolorosas (por ex., envolvimento em surtos incontidos de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros tolos).

? - +

A24**A25**

PELO MENOS TRÊS DE B(1)-B(7) SÃO CODIFICADOS COMO “+” (OU 4, SE O HUMOR FOR APENAS IRRITÁVEL E NÃO ELEVADO)

? - +

A25

Se **A25** for codificado como “-” (isto é, menos que 3 são codificados como “+”), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve algum destes sintomas sobre os quais acabamos de conversar?

Se “sim”, volte para **A16**, pág. 08, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A26

SE NÃO SOUBER: Naquele período, você teve problemas graves na sua casa ou no trabalho (escola), por que você estava [SINTOMAS], ou precisou ser internado?

D. A perturbação do humor é suficientemente severa para causar prejuízo acentuado no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais ou relacionamentos costumeiros com outros, ou para exigir a hospitalização, como um meio de evitar danos a si mesmo e a outros, ou existem aspectos psicóticos.

? - +

A26

Se **A26** for codificado como “-” (isto é, não suficientemente grave), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve problemas com as pessoas ou foi hospitalizado?

Se “sim”, volte para **A16**, pág. 08, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A39**, pág.13 (*Critério C para Episódio Hipomaniaco*).

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW
SCID-CV

A27

Um pouco antes disso começar,
você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar,
você estava tomando algum
remédio?

SE SIM: Houve alguma mudança
na quantidade que você estava
tomando?

Um pouco antes disso começar,
você estava bebendo ou usando
alguma droga?

Se houver alguma indicação de
que a mania possa ser secundária
(isto é, devido aos efeitos
fisiológicos diretos de uma
condição médica geral ou
substância), vá para pág. 18 e
retorne aqui para codificar como
“-” ou “+”.

Del Ben CM, Zuardi AW, Vilela JAA, Crippa JAS

A. EPISÓDIOS DE HUMOR

? - +

A27

E. Os sintomas não se devem
aos efeitos fisiológicos diretos
de uma substância (por ex.,
droga de abuso ou
medicamento) ou de uma
condição médica geral.

Nota: Episódios maniatiformes
que são claramente causados
por tratamento antidepressivo
somático (por ex., medicação,
ECT, fototerapia) não devem ser
incluídos no diagnóstico de
Transtorno Bipolar I, e sim
Transtornos de Humor induzidos
por Substância.

Condições médicas gerais
etiologicamente relacionadas
com episódios maníacos incluem
doença neurológica
degenerativa (por ex., doença de
Huntington, esclerose múltipla),
doença cerebrovascular (por ex.,
AVC), condições metabólicas
(por ex., deficiência de vitamina
B₁₂, doença de Wilson),
condições endócrinas (por ex.,
hipertireoidismo), infecções
virais ou outras, e certos tipos de
câncer (por ex., neoplasias
cerebrais).

Substâncias etiologicamente
relacionadas com episódios
maníacos incluem álcool,
anfetaminas, cocaína,
alucinógenos, inalantes,
opióides, fenciclidina, sedativos,
hipnóticos, ansiolíticos.
Medicações incluem medicações
psicotrópicas (por ex.,
antidepressivos),
corticosteróides, esteróides
anabólicos, isoniazida,
medicação antiparkinsoniana
(por ex., levodopa), e
descongestionantes
simpaticomiméticos.

Se **A27** for codificado como “-” (isto é, a mania é devido a uma
substância ou condição médica geral), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado /
PALAVRAS DO PACIENTE] e não estava [fisicamente doente /
tomando remédios / usando SUBSTÂNCIA]?

Se “sim”, volte para **A16**, pág. 08, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A28

SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO "+" ACIMA] no último mês?

CRITÉRIOS A, C, D e E SÃO CODIFICADOS COMO "+"
(FAÇA O DIAGNÓSTICO DE EPISÓDIO MANÍACO)

? - +

A28**A29**

Por quantas vezes diferentes você esteve [EUFÓRICO / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve [SINTOMAS MANÍACOS RECONHECIDOS] por pelo menos 1 semana (ou foi internado)?

Número total de Episódios Maníacos, incluindo o atual (CODIFIQUE 99 se muito numerosos ou desconhecido)

A29

VOCÊ TERMINOU A AVALIAÇÃO DE EPISÓDIOS DE HUMOR. VÁ PARA O MÓDULO B (SINTOMAS PSICÓTICOS E ASSOCIADOS), B1 (PÁG. 23)

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW
SCID-CV

Del Ben CM, Zuardi AW, Vilela JAA, Crippa JAS
A. EPISÓDIOS DE HUMOR

EPISÓDIO HIPOMANÍACO

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO

A30

SE NÃO SOUBER: Quando você esteve [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE], isto durou pelo menos 4 dias?

Você já esteve por mais de uma vez assim? (Em qual vez você esteve mais [eufórico/ irritado / PALAVRAS DO PACIENTE]?)

PARA OS ITENS **A31-A37** NAS PÁG. 12-13, FOCALIZE NO EPISÓDIO MAIS EXTREMO.

A. Um período distinto de humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável, durando todo o tempo ao longo de pelo menos 4 dias, nitidamente diferente do humor habitual não-deprimido.

? - +

A30

Se **A30** for codificado como “-” (isto é, nunca houve qualquer período de humor elevado ou irritável durando pelo menos 4 dias), vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*)

Durante [PERÍODO MAIS EXTREMO DE SINTOMAS HIPOMANÍACOS]...

B. Durante o período da perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro se o humor é apenas irritável) e estiveram presentes em um grau significativo:

A31

...como você se sentia a respeito de si mesmo?

(Mais confiante em si mesmo do que o habitual? Algum poder ou habilidade especial?)

(1) auto-estima inflada ou grandiosidade

? - +

A31

A32

...você precisava de menos sono do que o habitual?

SE SIM: Ainda assim se sentia descansado?

(2) necessidade de sono diminuída (por ex., sente-se repousado depois de apenas 3 horas de sono)

? - +

A32

A33

...você estava mais falante do que o normal? (As pessoas tinham dificuldade de interromper ou entender você? As pessoas tinham dificuldades de dizer uma palavra?)

(3) mais falante do que o habitual ou pressão por falar

? - +

A33

A34

...os seus pensamentos passavam rápido pela sua cabeça?

(4) fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão alterados

? - +

A34

A35

...você se distraía facilmente com as coisas à sua volta ou tinha dificuldades em se concentrar?

(5) distratibilidade (isto é, a atenção é desviada com excessiva facilidade para estímulos externos insignificantes ou irrelevantes)

? - + **A35****A36**

...como você passava o seu tempo? (Trabalho, amigos, passatempos? Você estava tão ativo que seus amigos ou familiares ficavam preocupados com você?)

(6) aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora

? - + **A36**

SE NÃO HOUVER AUMENTO DE ATIVIDADE:

Você estava fisicamente irrequieto? (Quanto isto era desagradável?)

A37

...você fez alguma coisa que poderia ter causado problemas para você ou para sua família? (Comprar coisas das quais não precisava? Algum comportamento sexual que não era habitual para você? Dirigir de maneira imprudente?)

(7) envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para conseqüências dolorosas (por ex., envolvimento em surtos incontidos de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros tolos)

? - + **A37****A38**

PELO MENOS TRÊS DE B(1)-B(7) SÃO CODIFICADOS COMO “+” (OU 4, SE O HUMOR FOR APENAS IRRITÁVEL E NÃO ELEVADO)

? - + **A38**

Se **A38** for codificado como “-” (isto é, menos que 3 são codificados como “+”), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve alguns destes sintomas sobre os quais acabamos de conversar?

Se “sim”, volte para **A30**, pág. 12, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A39

SE NÃO SOUBER: Isto é muito diferente do jeito que você costuma ser? (Diferente como? No trabalho? Com os amigos?)

C. O episódio está associado com uma inequívoca alteração no funcionamento, que não é característica da pessoa quando assintomática.

? - + **A39**

Se **A39** for codificado como “-” (isto é, caracteristicamente “hipomaniaco”), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e estava realmente diferente do jeito que você costuma ser?

Se “sim”, volte para **A30**, pág. 12, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A40

SE NÃO SOUBER: As outras pessoas notaram esta mudança em você? (O que elas disseram?)

D. A perturbação do humor e a alteração no funcionamento são observáveis por outros.

? - +

A40

Se **A40** for codificado como “-” (isto é, não observável pelos outros), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e as outras pessoas notavam a mudança no jeito que você estava agindo?

Se “sim”, volte para **A30**, pág. 12, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A41

SE NÃO SOUBER: Naquela vez, você teve sérios problemas em casa ou no trabalho (escola) por que você estava [SINTOMAS] ou teve que ser internado?

E. O episódio não é suficientemente severo para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional, ou para exigir a hospitalização, nem existem aspectos psicóticos.

? - +

A41

Se **A41** for codificado como “-” (isto é, suficientemente severo para causar prejuízo acentuado), volte para **A26**, pág. 10, codifique como “+” para aquele item, e continue com **A27**, pág. 11.

A42

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

F. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral.

? - +

A42

Nota: Episódios com características hipomaníacas que são claramente causados por tratamento antidepressivo somático (p.ex., medicação, ECT, fototerapia) não devem ser incluídos no diagnóstico de Transtorno Bipolar II, e sim Transtornos de Humor induzidos por Substância.

Consulte a lista de condições médicas gerais e substâncias possivelmente etiológicas incluída no item **A 27** (pág. 11).

Se **A42** for codificado como “-” (isto é, a hipomania é devido a uma substância ou condição médica geral), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE] e não estava [fisicamente doente / tomando remédios / usando SUBSTÂNCIA]?

Se “sim”, volte para **A30**, pág. 12, e pergunte sobre aquele episódio.
Se “não”, vá para **A45**, pág. 15 (*Transtorno Distímico*).

A43

SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO "+" ACIMA] no último mês?

CRITÉRIOS A, C, D e E SÃO CODIFICADOS COMO "+" (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE EPISÓDIO MANÍACO)

? - + **A43****A44**

Por quantas vezes diferentes você esteve [EUFÓRICO / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve [SINTOMAS HIPOMANÍACOS RECONHECIDOS] por um determinado período?

Número total de Episódios Hipomaniacos, incluindo o atual (CODIFIQUE 99 se muito numerosos ou desconhecido)

A44

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW
SCID-CV

Del Ben CM, Zuardi AW, Vilela JAA, Crippa JAS
A. EPISÓDIOS DE HUMOR

TRANSTORNO DISTÍMICO

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DISTÍMICO

NOTA: Para apresentações nas quais haja uma história de múltiplos Episódios Depressivos Maiores recorrentes, o clínico pode preferir pular a avaliação de Transtorno Distímico (isto é, vá para **B1**, pág. 23).

A45

Nos últimos dois anos, você se sentiu incomodado por humor deprimido, a maior parte dos dias, mais dias presentes do que ausentes? (Mais que a metade do tempo?)

SE SIM: Como era isso?

A. Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros, por pelo menos 2 anos. **Nota:** Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável, e a duração deve ser de no mínimo 1 ano.

? - + **A45**

Se **A45** for codificado como "-" (isto é, sem humor depressivo crônico...), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

Durante estes períodos de [PALAVRAS DO PACIENTE PARA DEPRESSÃO CRÔNICA], você acha que na maior parte do tempo, você...

B. Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características:

A46	perde o apetite? (E quanto a comer demais?)	(1) apetite diminuído ou hiperfagia	? - +	A46
A47	...tem dificuldades em pegar no sono, ou dorme demais?	(2) insônia ou hipersonia	? - +	A47
A48	...tem pouca disposição para fazer as coisas ou se sente muito cansado?	(3) baixa energia ou fadiga	? - +	A48
A49	...se sente desapontado consigo mesmo? (Sente-se inútil ou um fracasso?)	(4) baixa auto-estima	? - +	A49
A50	...tem dificuldade em se concentrar ou em tomar decisões?	(5) dificuldade de concentração ou dificuldade em tomar decisões	? - +	A50
A51	...sente-se sem esperança?	(6) sentimentos de desesperança	? - +	A51
A52		PELO MENOS DOIS SINTOMAS "B" SÃO CODIFICADOS COMO "+"	? - +	A52
<p>Se A52 for codificado como "-" (isto é, menos que dois sintomas são "+"), vá para B1, pág. 23 (<i>Sintomas Psicóticos e Associados</i>).</p>				
A53	Durante este período de depressão de longa duração, qual o período mais longo em que você se sentiu bem? (SEM SINTOMAS DISTÍMICOS)	Durante o período de 2 anos (1 ano, para crianças ou adolescentes) da perturbação, jamais a pessoa esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por um período maior que 2 meses.	? - +	A53
<p>Se A53 for codificado como "-" (isto é, mais que dois meses sem sintomas), vá para B1, pág. 23 (<i>Sintomas Psicóticos e Associados</i>).</p>				
A54	Há quanto tempo você vem se sentindo assim? (Quando isso começou?)	Idade em que se iniciou o Transtorno Distímico atual (CODIFIQUE 99 SE DESCONHECIDA)	_____	A54
A55	SE NÃO SOUBER: Isto começou gradualmente ou com um período significativo de depressão?	D. Ausência de Episódio Depressivo Maior durante os primeiros 2 anos de perturbação (1 ano para crianças e adolescentes); isto é, a perturbação não é melhor explicada por um Transtorno Depressivo Maior crônico ou Transtorno Depressivo Maior, Em Remissão Parcial.	? - +	A55

Nota: Pode ter ocorrido um Episódio Depressivo Maior anterior, desde que tenha havido remissão completa (ausência de sinais ou sintomas significativos por 2 meses) antes do desenvolvimento do Transtorno Distímico. Além disso, após os 2 anos iniciais (1 ano para crianças e adolescentes) de Transtorno Distímico, pode haver episódios sobrepostos de Transtorno Depressivo Maior e, neste caso, ambos os diagnósticos podem ser dados quando são satisfeitos os critérios para um Episódio Depressivo Maior.

Se **A55** for codificado como “-” (isto é, houve Episódio Depressivo Maior durante os 2 primeiros anos), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A56

E. Jamais houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaníaco e jamais foram satisfeitos os critérios para Transtorno Ciclotímico.

? - +

A56

Se **A56** for codificado como “-” (isto é, houve Episódios Maníaco, Misto ou Hipomaníaco passados ou preenchem-se critérios para Transtorno Ciclotímico), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A57

A CODIFICAÇÃO DESTE CRITÉRIO PODÉ NECESSITAR SER ADIADA ATÉ QUE TRANSTORNOS PSICÓTICOS TENHAM SIDO EXCLUÍDOS.

F. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Psicótico crônico, como Esquizofrenia ou Transtorno Delirante.

? - +

A57

Se **A57** for codificado como “-” (isto é, ocorre durante um Transtorno Psicótico), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A58

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar,

G. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral.

? - +

A58

Condições médicas gerais etiológicamente relacionadas com distímia incluem doença neurológica degenerativa (por ex., mal de Parkinson), doença cérebro-vascular (por ex., AVC), condições metabólicas (por ex., deficiência de vitamina B₁₂),

você estava bebendo ou usando alguma droga?

condições endócrinas (por ex., hiper- e hipotireoidismo, hiper- e hipoadrenalismo), infecções virais ou outras (por ex., hepatite, mononucleose, HIV), e certos tipos de câncer (por ex., carcinoma de pâncreas)

Substâncias etiológicamente relacionadas com distímia incluem álcool, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inalantes, opióides, fenciclidina, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos. Medicamentos incluem anti-hipertensivos, contraceptivos orais, corticosteróides, esteróides anabólicos, agentes antineoplásicos, analgésicos, anticolinérgicos, medicações cardíacas.

Se **A58** for codificado como “-” (isto é, devido a uma condição médica geral crônica ou uso crônico de substância), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A59

SE NÃO ESTIVER CLARO:
Quanto [SINTOMAS EM A e B]
interferem em sua vida?

H. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

? - +

A59

Se **A59** for codificado como “-” (isto é, clinicamente não significativo), vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

A60

SE NÃO ESTIVER CLARO:
Quanto [SINTOMAS EM A e B]
interferem em sua vida?

CRITÉRIOS A, B, C, D, E, F, G e H SÃO CODIFICADOS COMO “+” (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DISTÍMICO)

? - +

A60

Vá para **B1**, pág. 23 (*Sintomas Psicóticos e Associados*).

CONSIDERE O PAPEL ETIOLÓGICO DE UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL OU USO DE SUBSTÂNCIA

Se os sintomas de humor não são associados cronologicamente com uma condição médica geral, vá para **A65**, pág. 20 (*Transtorno de Humor Induzido por Substância*).

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW
SCID-CV

Del Ben CM, Zuardi AW, Vilela JAA, Crippa JAS
A. EPISÓDIOS DE HUMOR

TRANSTORNO DE HUMOR DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DE HUMOR DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL

NOTA: Critério D (isto é, não ocorre durante delirium) foi omitido da SCID.

A61

CODIFIQUE BASEADO EM
INFORMAÇÕES JÁ OBTIDAS

A. Uma perturbação proeminente e persistente do humor predomina no quadro clínico e se caracteriza por um dos seguintes quesitos (ou ambos):

? - + **A61**

(1) humor deprimido, ou interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades.

(2) humor elevado, expansivo ou irritável

A62

Você acha que seus [SINTOMAS DE HUMOR] estavam de alguma forma relacionadas a sua [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL COMÓRBIDA]?

SE SIM: Conte-me como.

Os [SINTOMAS DE HUMOR] começaram ou pioraram imediatamente após a [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL COMÓRBIDA] ter começado?

SE SIM E A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL FOI RESOLVIDA:
Os [SINTOMAS DE HUMOR] melhoraram após a [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL COMÓRBIDA] ter melhorado?

B/C. Existem evidências, a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais, de que a perturbação é a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral, e a perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Ajustamento com Humor Deprimido em resposta ao estresse de ter uma condição médica geral).

? - + **A62**

Se **A62** for codificado como "-" (isto é, não há condição médica geral etiológica), vá para **A65**, pág. 20 (*Transtorno de Humor Induzido por substância*).

A63

SE NÃO ESTIVER CLARO:
Quanto [SINTOMAS DE HUMOR] interferem em sua vida?

D. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

? - + **A63****A64**

SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO “+” ACIMA] no último mês?

D. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

? - + **A64**

Se sintomas de humor não são cronologicamente associados com uso de substância, retorne para que o episódio seja avaliado:

A12 para Episódio Depressivo maior (pág. 06)

A27 para Episódio Maníaco (pág. 11)

A42 para Episódio Hipomaníaco (pág. 14)

A58 para Transtorno Distímico (pág. 17)

D11 para Outros Transtornos Bipolares (pág. 41)

D18 para Transtorno Depressivo SOE (pág. 43)

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW
SCID-CV

Del Ben CM, Zuardi AW, Vilela JAA, Crippa JAS
A. EPISÓDIOS DE HUMOR

**TRANSTORNO DE HUMOR
INDUZIDO POR SUBSTANCIA**

**CRITÉRIOS PARA
TRANSTORNO DE HUMOR
INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA**

NOTA: Critério D (isto é, não ocorre durante delirium) foi omitido da SCID.

A65

**CODIFIQUE BASEADO EM
INFORMAÇÕES JÁ OBTIDAS**

A. Uma perturbação proeminente e persistente do humor predomina no quadro clínico e se caracteriza por um dos seguintes sintomas (ou ambos):

? - + **A65**

(1) humor depressivo, ou diminuição acentuada do interesse ou prazer por todas

ou quase todas ou quase todas as atividades.

- (2) humor elevado, expansivo ou irritável

A66

SE NÃO SOUBER: Quando os [SINTOMAS DE HUMOR] começaram? Você já estava usando [SUBSTÂNCIA] ou tinha acabado de parar ou diminuído o seu uso?

- B. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de (1) ou (2):
- (1) os sintomas no Critério A desenvolveram-se durante ou dentro de 1 mês após Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância
 - (2) o uso de um medicamento está etiológicamente relacionado com a perturbação

? - +

A66

Se sintomas de humor não são cronologicamente associados com uso de substância, retorne para que o episódio seja avaliado:

A12 para Episódio Depressivo maior (pág. 06)

A27 para Episódio Maníaco (pág. 11)

A42 para Episódio Hipomaníaco (pág. 14)

A58 para Transtorno Distímico (pág. 17)

D11 para Outros Transtornos Bipolares (pág. 41)

D18 para Transtorno Depressivo SOE (pág. 43)

A67

Você acha que [SINTOMAS DE HUMOR] estão de alguma forma relacionados ao uso de [SUBSTÂNCIA]?

SE SIM: Conte-me como.

PERGUNTE QUALQUER DAS SEGUINTEs QUESTÕES SE NECESSÁRIO PARA DESCARTAR UMA ETIOLOGIA NÃO RELACIONADA À SUBSTÂNCIA.

SE NÃO SOUBER: O que veio primeiro, o uso [SUBSTÂNCIA] ou os [SINTOMAS DE HUMOR]?

SE NÃO SOUBER: Houve um período de tempo em que você parou de usar [SUBSTÂNCIA]?

SE SIM: Após ter parado de usar [SUBSTÂNCIA], os [SINTOMAS DE HUMOR] melhoraram?

- C. A perturbação não é melhor explicada por um Transtorno de Humor não induzido por substância. As evidências de que os sintomas são melhor explicados por um Transtorno de Humor não induzido por substância podem incluir as seguintes características:

- (1) os sintomas precedem o início do uso da substância (ou do medicamento)
- (2) os sintomas persistem por um período substancial de tempo (por ex., cerca de 1 mês) após a cessação da abstinência ou intoxicação aguda

? - +

A67

SE NÃO SOUBER: Qual a quantidade de [SUBSTÂNCIA] você estava usando, quando começou a ter [SINTOMAS DE HUMOR]?

SE NÃO SOUBER: Você teve outros episódios de [SINTOMAS DE HUMOR]?

SE SIM: Quantas vezes? Você estava usando [SUBSTÂNCIA] nestes episódios?

(3) os sintomas psicóticos excedem substancialmente o que seria esperado, tendo em vista o tipo ou a quantidade da substância usada ou a duração do uso

(4) existem outras evidências sugerindo a existência de um Transtorno de Humor independente, não induzido por substância (por ex., uma história de episódios recorrentes não relacionados a substâncias)

Se **A67** for codificado como “-” (isto é, a perturbação é melhor explicada por um Transtorno de Humor não induzido por substância), retorne para que o episódio seja avaliado:

A12 para Episódio Depressivo maior (pág. 06)

A27 para Episódio Maníaco (pág. 11)

A42 para Episódio Hipomaníaco (pág. 14)

A58 para Transtorno Distímico (pág. 17)

D11 para Outros Transtornos Bipolares (pág. 41)

D18 para Transtorno Depressivo SOE (pág. 43)

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW
SCID-CV

Del Ben CM, Zuardi AW, Vilela JAA, Crippa JAS
A. EPISÓDIOS DE HUMOR

A68

SE NÃO ESTIVER CLARO: Quanto [SINTOMAS DE HUMOR] interferem em sua vida?

E. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo

? - +

A68

A69

SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO “+” ACIMA] no último mês?

CRITÉRIOS A, B, C e E SÃO CODIFICADOS COMO “+” (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE HUMOR INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA).

? - +

A69

Retorne para que o episódio seja avaliado:

A12 para Episódio Depressivo maior (pág. 06)

A27 para Episódio Maníaco (pág. 11)

A42 para Episódio Hipomaníaco (pág. 14)

A58 para Transtorno Distímico (pág. 17)

D11 para Outros Transtornos Bipolares (pág. 41)

D18 para Transtorno Depressivo SOE (pág. 43)

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA TRANSTORNOS DO EIXO I DO DSM-IV

SCID - I

Folha de Resposta

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW
SCID-CV

Del Ben CM, Zuardi AW, Vilela JAA, Crippa JAS

A. Episódios de Humor FOLHA DE RESPOSTA

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

I'm going to be asking you about problems or difficulties you may have had, and I'll making some notes as we go along. Do you have any questions before we begin?

Dados Demográficos	SEXO:	
	1	Masculino
	2	Feminino
Qual a data do seu nascimento?	<i>Data de Nascimento:</i> ____/____/____	
Você é casado? SE NÃO: Já foi casado alguma vez?	<i>Estado Civil:</i> 1 - Casado ou amasiado 3 – Divorciado ou separado 2 - Viúvo 4 - Nunca casou	
Você tem filhos? SE SIM: Quantos? (Quais as idades deles)		
Onde você mora?		
Com quem você mora?		

HISTÓRIA ESCOLAR E OCUPACIONAL

Até que ano você estudou?	<i>Educação (último ano cursado)</i>
SE NÃO CONSEGUIU TERMINAR UM CURSO QUE ESTAVA MATRICULADO: Porque você parou de estudar?	
Que tipo de trabalho você faz? (Você trabalha fora de casa ?) Atualmente você está trabalhando? SE SIM: Há quanto tempo você está neste emprego? SE MENOS QUE 6 MESES: Por que você saiu do seu último emprego? Você sempre trabalhou com isso? SE NÃO: Por que não? Em que tipos de serviço você já trabalhou? Como você está se sustentando agora?	
SE NÃO SOUBER: Já houve um período durante o qual você não conseguia trabalhar ou ir para a escola? SE SIM: Quando? Por que isso aconteceu?	

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

HISTÓRIA PSICOPATOLÓGICA

(THE LIFE CHART ON PAGE v OF OVERVIEW MAY BE USED TO SUMMARIZE A COMPLICATED HISTORY OF PSYCHOPATHOLOGY AND TREATMENT.)

<p>Você já procurou alguém por estar com problemas emocionais ou psiquiátricos ?</p> <p>⇒ SE SIM: Qual o motivo? (Que tratamento(s) você fez? Alguma medicação?)</p> <p>⇒ SE NÃO: Houve algum momento em que outra pessoa pensou que você deveria ser visto por alguém por causa da maneira que você estava agindo?</p>	<p>Tratamento por problemas emocionais com um médico ou profissional de saúde mental</p> <p>1 NÃO 2 SIM</p>
<p>E quanto a tratamento para uso de drogas ou alcoolismo?</p>	
<p>Você já foi internado em hospital psiquiátrico?</p> <p>SE SIM: Por que foi? (Quantas vezes?)</p>	<p>Número de hospitalizações (Não incluir transferências)</p> <p>0 1 2 3 4 5 (ou mais)</p>
<p>SE DER UMA RESPOSTA INADEQUADA, QUESTIONE GENTILMENTE: Não havia mais alguma coisa? Em geral, as pessoas não vão para hospitais psiquiátricos apenas por que estão [CANSADOS / NERVOSOS / PALAVRAS DO PACIENTE]</p>	
<p>Pensando em toda sua vida, quando você esteve mais aflito, perturbado? (Por que? Como foi? Como você estava se sentindo?)</p>	
<p>Em que momento você se sentiu tão bem, como nunca havia se sentido antes?</p>	

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

PSICOPATOLOGIA (ÚLTIMO MÊS)

Agora gostaria de lhe perguntar sobre seu último mês. Como as coisas têm andado para você?	
Alguma coisa que tenha sido especialmente difícil aconteceu com você?	
E sobre dificuldades no trabalho ou com sua família?	
Como anda seu humor?	
Como tem andado a sua saúde física? (Você tem tido algum problema médico?) (USE ESTA INFORMAÇÃO PARA CODIFICAR O EIXO III)	
Você toma alguma medicação ou vitaminas (outras além daquelas que você já me falou?) SE SIM: Quanto e quantas vezes você toma [MEDICAÇÕES]? (Houve alguma mudança na quantidade de medicação que você tem tomado?)	
Qual a quantidade de bebida alcoólica você costuma tomar no último mês?	
Você tem usado drogas [no último mês]? (Usou maconha, cocaína ou outras drogas deste tipo?)	

FUNCIONAMENTO SOCIAL ATUAL (USE PARA CODIFICAR O EIXO V)

Como você tem usado o seu tempo livre?	
Com quem você passa esse tempo livre?	

DIAGNÓSTICOS PRESENTES MAIS PROVÁVEIS	
DIAGNÓSTICOS QUE PRECISAM SER EXCLUÍDOS	

A. EPISÓDIOS DE HUMOR

Episódio Depressivo Maior		Episódio Maníaco		Episódio Hipomaníaco		Transtorno Distímico	
Início do Episódio:		Início do Episódio:		Início do Episódio:			
Checar se: Atual <input type="checkbox"/> Passado <input type="checkbox"/>		Checar se: Atual <input type="checkbox"/> Passado <input type="checkbox"/>		Checar se: Atual <input type="checkbox"/> Passado <input type="checkbox"/>			
Se passado, Término:		Se passado, Término:		Se passado, Término:			
A1	? - +	A16	? - +	A30	? - +	A45	? - +
A2	? - +	A17	? - +	A31	? - +	A46	? - +
A3	? - +	A18	? - +	A32	? - +	A47	? - +
A4	? - +	A19	? - +	A33	? - +	A48	? - +
A5	? - +	A20	? - +	A34	? - +	A49	? - +
A6	? - +	A21	? - +	A35	? - +	A50	? - +
A7	? - +	A22	? - +	A36	? - +	A51	? - +
A8	? - +	A23	? - +	A37	? - +	A52	? - +
A9	? - +	A24	? - +	A38	? - +	A53	? - +
A10	? - +	A25	? - +	A39	? - +	A54	_____
A11	? - +	A26	? - +	A40	? - +	A55	? - +
A12	? - +	A27	? - +	A41	? - +	A56	? - +
A13	? - +	A28	+	A42	? - +	A57	? - +
A14	+	A29	_____	A43	+	A58	? - +
A15	_____			A44	_____	A59	? - +
						A60	+

Transtorno de Humor devido a uma Condição Médica Geral		Transtorno de Humor Induzido por Substância	
A61	? - +	A65	? - +
A62	? - +	A66	? - +
A63	? - +	A67	? - +
A64	- +	A68	? - +
		A69	- +

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

(+): Presente

SCID - I

Versão Clínica

Folha de Resposta

(Traduzida e Adaptada para o Português)

Nome do

Paciente: _____

Estudo Número: _____ Data da

avaliação: _____

Avaliador: _____

Fontes de informação (marque todas as fontes que se apliquem):

- Paciente Profissional de saúde
 Família / Amigos / Colegas Prontuário médico

Sumário Diagnóstico da SCID-CV

TRANSTORNOS DO HUMOR

Atual	Durante a vida	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Bipolar I (D4, pág. 38)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Hipomaniaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco Único
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Maníaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Misto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Depressivo
		<i>Especificar:</i>
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Em Remissão Parcial
		<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Em Remissão Completa
		<input type="checkbox"/> Severo, sem Aspectos Psicóticos <input type="checkbox"/> Inespecificado
		<input type="checkbox"/> Severo, com Aspectos Psicóticos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Inespecificado
		Outros Transtornos Bipolares
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Bipolar II (D9, pág. 40)
		<i>Especificar:</i>
		<input type="checkbox"/> Hipomaniaco <input type="checkbox"/> Depressivo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Ciclotímico (D12, pág. 41)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação (D12, pág. 41)
		Transtorno Depressivo Maior (D16, pág. 42)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Depressivo Maior, Recorrente
		<i>Especificar:</i>
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Em Remissão Parcial
		<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Em Remissão Completa
		<input type="checkbox"/> Severo, sem Aspectos Psicóticos <input type="checkbox"/> Inespecificado
		<input type="checkbox"/> Severo, com Aspectos Psicóticos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Distímico (A60, pág. 17)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação (D19, pág. 43)
		Outros Transtorno do Humor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno do Humor Devido a Condição Médica Geral (A64, pág. 19)
		Indicar Condição Médica Geral: _____
		<i>Especificar:</i>
		<input type="checkbox"/> Episódio Tipo Depressivo Maior <input type="checkbox"/> Maníaco
		<input type="checkbox"/> Outros Sintomas Depressivos <input type="checkbox"/> Misto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno do Humor Induzido pelo Álcool (A69, pág. 22)
		<i>Especificar:</i>
		<input type="checkbox"/> Depressivo <input type="checkbox"/> Maníaco <input type="checkbox"/> Misto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno do Humor Induzido por Outra Substância (A69, pág. 22)
		Indicar substância; _____
		<i>Especificar:</i>
		<input type="checkbox"/> Depressivo <input type="checkbox"/> Maníaco <input type="checkbox"/> Misto

ESQUIZOFRENIA E OUTROS TRANSTORNOS PSICÓTICOS

Atual	Durante a vida	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia (C7, pág. 28) <i>Especificar:</i>
		<input type="checkbox"/> Tipo Paranóide (C8, pág. 28) <input type="checkbox"/> Tipo Indiferenciada (C11, pág. 29)
		<input type="checkbox"/> Tipo Catatônica (C9, pág. 28) <input type="checkbox"/> Tipo Residual (C12, pág. 29)
		<input type="checkbox"/> Tipo Desorganizada (C10, pág. 29)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Esquizofreniforme (C15, pág. 30)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Esquizoafetivo (C20, pág. 31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Delirante (C26, pág. 32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Psicótico Breve (C31, pág. 33)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Psicótico Devido a Condição Médica Geral, Com Delírios (C34, pág. 34). Indicar Condição Médica Geral:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Psicótico Devido a Condição Médica Geral, Com Alucinações (C34, pág. 34). Indicar Condição Médica Geral:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Psicótico Induzido pelo Álcool, Com Delírios (C38, pág. 36)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Psicótico Induzido pelo Álcool, Com Alucinações (C38, pág. 36)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Psicótico Induzido por Outra Substância, Com Delírios (C38, pág. 36) Indicar a Substância: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Psicótico Induzido por Outra Substância, Com Alucinações (C38, pág. 36). Indicar a Substância: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação (C39, pág. 37)

TRANSTORNOS DO USO DE SUBSTÂNCIA

Atual	Durante a vida	Transtornos por Uso de Álcool
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependência de Álcool (E15, pág. 47)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de Álcool (E16, pág. 47)
		Transtornos por Uso de Outras Substâncias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependência de Anfetamina (E31, pág. 60)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependência de Cannabis (E31, pág. 60)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependência de Cocaína (E31, pág. 60)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependência de Alucinógeno (E31, pág. 60)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependência de Inalante (E31, pág. 60)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependência de Opióide (E31, pág. 60)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependência de Fenciclidina (E31, pág. 60)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependência de Sedativo, Hipnótico ou Ansiolítico (E31, pág. 60)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependência de Outra Substância ou de Substância Desconhecida (E31, pág. 60)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de Anfetamina (E32, pág. 60)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de Cannabis (E32, pág. 60)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de Cocaína (E32, pág. 60)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de Alucinógeno (E32, pág. 60)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de Inalante (E32, pág. 60)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de Opióide (E32, pág. 60)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de Fenciclidina (E32, pág. 60)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de Sedativo, Hipnótico ou Ansiolítico (E32, pág. 60)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de Outra Substância ou de Substância Desconhecida (E32, pág. 60)

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Atual	Durante a vida	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Pânico Com Agorafobia (F23, pág. 58)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Pânico Sem Agorafobia (F24, pág. 58)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Obsessivo-Compulsivo (F38, pág. 61)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Estresse Pós-Traumático (F64, pág. 65)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação (F71, pág. 67)

Atual	Durante a vida	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Ansiedade Devido a Condição Médica Geral (F86, pág. 73) Indicar Condição Médica Geral: _____ <i>Especificar:</i> <input type="checkbox"/> Com Ansiedade Generalizada <input type="checkbox"/> Com Ataques de Pânico <input type="checkbox"/> Com Sintomas Obsessivo-Compulsivos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Ansiedade Induzido pelo Álcool (F91, pág. 76) <i>Especificar:</i> <input type="checkbox"/> Com Ansiedade Generalizada <input type="checkbox"/> Com Ataques de Pânico <input type="checkbox"/> Com Sintomas Obsessivo-Compulsivos <input type="checkbox"/> Com Sintomas Fóbicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Ansiedade Induzido por Outra Substância (F91, pág. 76) Indicar a Substância: _____ <i>Especificar:</i> <input type="checkbox"/> Com Ansiedade Generalizada <input type="checkbox"/> Com Ataques de Pânico <input type="checkbox"/> Com Sintomas Obsessivo-Compulsivos <input type="checkbox"/> Com Sintomas Fóbicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros Transtornos de Ansiedade Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico (F65, pág. 66)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fobia Social (F66, pág. 66)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fobia Específica (F67, pág. 66)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Ansiedade Generalizada (F68, pág. 66)

TRANSTORNOS SOMATOFORMES

Atual	Durante a vida	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Somatização (F72, pág. 68)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Somatoforme Indiferenciado (F72, pág. 68)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipocondria (F73, pág. 68)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Dismórfico Corporal (F74, pág. 68)

TRANSTORNOS ALIMENTARES

Atual	Durante a vida	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anorexia Nervosa (F75, pág. 69)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bulimia Nervosa (F76, pág. 69)

TRANSTORNOS DE AJUSTAMENTO

Atual	Durante a vida	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Ajustamento com Humor Deprimido (F82, pág. 71)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Ajustamento com Ansiedade (F82, pág. 71)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Ajustamento com Misto de Ansiedade e Depressão (F82, pág. 71)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Ajustamento com Perturbação da Conduta (F82, pág. 71)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Ajustamento com Perturbação Mista das Emoções e Conduta (F82, pág. 71)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Ajustamento Inespecificado (F82, pág. 71)

OUTROS TRANSTORNOS DO EIXO I DO DSM-IV

Atual	Durante a vida	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico: _____

EIXO IV DO DSM-IV: LISTA DE PROBLEMAS PSICOSSOCIAIS E AMBIENTAIS

Checar:

Problemas com o grupo de apoio primário — *Especificar:* _____

Problemas relacionados ao ambiente social — *Especificar:* _____

Problemas educacionais — *Especificar:* _____

Problemas ocupacionais — *Especificar:* _____

Problemas de moradia — *Especificar:* _____

Problemas econômicos — *Especificar:* _____

Problemas com o acesso aos serviços de cuidados à saúde — *Especificar:* _____

Problemas relacionados à interação com o sistema legal/criminal — *Especificar:* _____

Outros problemas psicossociais e ambientais — *Especificar:* _____

EIXO V DO DSM-IV: ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO FUNCIONAMENTO

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional em um continuum hipotético de saúde-doença mental. Não incluir prejuízo no funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais).

Código (Obs.: Usar códigos intermediários quando apropriado, por ex., 45, 68, 72)

- 100** Funcionamento superior em uma ampla faixa de atividades, problemas de vida jamais vistos fora de seu controle, é procurado por outros em vista de suas muitas qualidades positivas.
91 Não apresenta sintomas.
- 90** Sintomas ausentes ou mínimos (por ex., leve ansiedade antes de um exame), bom funcionamento em todas as áreas, interessado e envolvido em uma ampla faixa de atividades, efetivo socialmente, em geral satisfeito com a vida, nada além de problemas ou preocupações cotidianas (por ex., uma discussão ocasional com membros da família).
81
- 80** Se sintomas estão presentes, eles são temporários e consistem de reações previsíveis a estressores psicossociais (por ex., dificuldade para concentrar-se após discussão em família); não mais do que leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex., apresenta declínio temporário na escola).
71
- 70** Alguns sintomas leves (por ex., humor depressivo e insônia leve) OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex., faltas injustificadas à escola ocasionalmente, ou furto dentro de casa), mas geralmente funcionando muito bem; possui alguns relacionamentos interpessoais significativos.
61
- 60** Sintomas moderados (por ex., afeto embotado e fala circunstancial, ataques de pânico ocasionais) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex., poucos amigos, conflitos com companheiros ou colegas de trabalho).
51
- 50** Sintomas sérios (por ex., ideação suicida, rituais obsessivos graves, freqüentes furtos em lojas) OU qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex., nenhum amigo, incapaz de manter um emprego).
41
- 40** Algum prejuízo no teste da realidade ou comunicação (por ex., fala às vezes ilógica, obscura ou irrelevante) OU prejuízo importante em diversas áreas, tais como emprego ou escola, relações familiares, julgamento, pensamento ou humor (por ex., homem deprimido evita amigos, negligencia a família e é incapaz de trabalhar; criança freqüentemente bate em crianças mais jovens, é desafiadora em casa e está indo mal na escola).
31
- 30** Comportamento é consideravelmente influenciado por delírios ou alucinações OU sério prejuízo na comunicação ou julgamento (por ex., ocasionalmente incoerente, age de forma grosseiramente inapropriada, preocupação suicida) OU incapacidade para funcionar na maioria das áreas (por ex., permanece na cama o dia inteiro; sem emprego, casa ou amigos).
21
- 20** Algum perigo de ferir a si mesmo ou a outros (por ex., tentativas de suicídio sem clara expectativa de morte; freqüentemente violento; excitação maníaca) OU ocasionalmente falha ao manter a higiene pessoal mínima (por ex., suja-se de fezes) OU prejuízo grosseiro na comunicação (por ex., amplamente incoerente ou mudo).
11
- 10** Perigo persistente de ferir gravemente a si mesmo ou a outros (por ex., violência recorrente) OU incapacidade persistente para manter uma higiene pessoal mínima OU sério ato suicida com clara expectativa de morte.
1
- 0** Informações inadequadas.

Pontuação na Escala de Avaliação Global do Funcionamento:

Atual: _____

Mais alta no último ano: _____

REVISÃO GERAL

Dados Demográficos

Qual a data do seu nascimento?	<i>Data de Nascimento:</i> ____/____/____	P1
Você é casado? SE NÃO: Já foi casado alguma vez?	<i>Estado Civil:</i> 1 - Casado ou amasiado 2 - Viúvo 3 - Divorciado ou separado 4 - Nunca casou	P2
Você tem filhos? SE SIM: Quantos?		P3
Onde você mora? Com quem você mora?		P4

HISTÓRIA ESCOLAR

Até que ano você estudou? SE NÃO CONSEGUIU TERMINAR UM CURSO QUE ESTAVA MATRICULADO: Porque você parou de estudar?	<i>Educação (último ano cursado)</i>	P5
--	--------------------------------------	-----------

HISTÓRIA OCUPACIONAL

Que tipo de trabalho você faz? Atualmente você está trabalhando? SE SIM: Há quanto tempo você está neste emprego? SE MENOS QUE 6 MESES: Por que você saiu do seu último emprego? Você sempre trabalhou com isso? SE NÃO: Por que não? Em que tipos de serviço você já trabalhou? Como você está se sustentando agora?		P6
SE NÃO SOUBER: Já houve um período durante o qual você não conseguia trabalhar ou ir para a escola? SE SIM: Quando? Por que isso aconteceu?		P7

ESTADO DO TRATAMENTO ATUAL

SE DESCONHECIDO: Você estava fazendo algum tipo de tratamento no último mês?	<i>Categoria de Tratamento:</i> (marque apenas um): 1 - Paciente internado 3 - Outro 2 - Paciente ambulatorial 4 - Atualmente sem tratamento	P8
SE PACIENTE INTERNADO: Quando você veio para o hospital? SE PACIENTE AMBULATORIAL: Quando você começou a vir aqui? (ambulatório / consultório / programa)	<i>Data:</i>	P9

QUEIXA PRINCIPAL E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA ATUAL

<p>O que você estava sentindo que o levou a vir aqui (desta vez)? (Qual o principal problema que está lhe causando dificuldades?)</p> <p>SE NÃO DER DETALHES SOBRE O PROBLEMA ATUAL: Fale mais a esse respeito. (O que você quer dizer com...?)</p>		P10
---	--	------------

INÍCIO OU EXACERBAÇÃO DA DOENÇA ATUAL

<p>Quando isso começou? (Quando você observou pela primeira vez que havia algo errado?)</p> <p>Quando foi a última vez que você se sentiu bem (no seu normal)?</p>		P11
--	--	------------

NOVOS SINTOMAS OU RECORRÊNCIA

<p>Isso é uma coisa nova ou uma repetição de algo que você já teve antes? (O que fez você procurar ajuda agora?)</p>		P12
--	--	------------

**CONTEXTO AMBIENTAL E POSSÍVEIS FATORES PRECIPITANTES
(USE ESSAS INFORMAÇÕES PARA CODIFICAR O EIXO IV)**

<p>Alguma coisa aconteceu ou mudou, um pouco antes disso ter começado? (Você acha que isso teve alguma relação com a sua [DOENÇA ATUAL]?)</p> <p>Que outros tipos de problemas você estava tendo quando isto começou?</p>		P13
---	--	------------

CURSO OU EXACERBAÇÃO DA DOENÇA ATUAL

<p>Depois disso ter começado, o que aconteceu em seguida? (Outras coisas começaram a incomodar você?)</p>		P14
<p>Desde que começou, quando você se sentiu pior? SE MAIS DE UM ANO ATRÁS: No último ano, quando você se sentiu pior?</p>		P15

HISTÓRIA DE TRATAMENTO

<p>Quando foi a primeira vez que você procurou tratamento por problemas emocionais ou psiquiátricos? (Para que foi isso? Que tratamento(s) você fez? Que medicações usou?)</p> <p>E quanto a tratamento para uso de drogas ou alcoolismo?</p> <p>(O GRÁFICO DE VIDA NA PÁGINA 13 DA REVISÃO GERAL PODE SER USADO PARA RESUMIR UMA HISTÓRIA COMPLICADA DE PSICOPATOLOGIA E TRATAMENTO)</p>		P16
<p>Você já foi internado em hospital psiquiátrico?</p> <p>SE SIM: Por que foi? (Quantas vezes?)</p> <p>SE DER UMA RESPOSTA INADEQUADA, QUESTIONE GENTILMENTE: Não havia mais alguma coisa? Em geral, as pessoas não vão para hospitais psiquiátricos apenas por que estão [CANSADOS / NERVOSOS / PALAVRAS DO PACIENTE]</p>		P17
<p>Você já foi internado para outro tipo de tratamento médico?</p> <p>SE SIM: Por que foi?</p>		P18

OUTROS PROBLEMAS ATUAIS

<p>Você teve qualquer outro problema no último mês?</p>		P19
<p>Como é o seu humor?</p>		P20

<p>Como tem andado a sua saúde física? (Você tem tido algum problema médico?) (USE ESTA INFORMAÇÃO PARA CODIFICAR O EIXO III)</p>		P21
<p>Você toma alguma medicação ou vitaminas (outras além daquelas que você já me falou?) SE SIM: Quanto e quantas vezes você toma [MEDICAÇÕES]? (Houve alguma mudança na quantidade de medicação que você tem tomado?)</p>		P22
<p>Qual a quantidade de bebida alcoólica você costuma tomar [no último mês]?</p> <p>Você tem usado drogas [no último mês]? (Usou maconha, cocaína ou outras drogas deste tipo?)</p>		P23

FUNCIONAMENTO SOCIAL ATUAL (USE PARA CODIFICAR O EIXO V)

<p>Como você usa o seu tempo livre? Com quem você passa esse tempo livre?</p>		P24
---	--	------------

DIAGNÓSTICOS DA REVISÃO GERAL		P25
DIAGNÓSTICOS PRESENTES MAIS PROVÁVEIS:		
DIAGNÓSTICOS QUE PRECISAM SER EXCLUÍDOS:		P26

A. EPISÓDIOS DE HUMOR

Episódio Depressivo Maior		Episódio Maníaco		Episódio Hipomaníaco		Transtorno Distímico	
Início do Episódio: _____		Início do Episódio: _____		Início do Episódio: _____			
Checar se: Atual <input type="checkbox"/> Passado <input type="checkbox"/>		Checar se: Atual <input type="checkbox"/> Passado <input type="checkbox"/>		Checar se: Atual <input type="checkbox"/> Passado <input type="checkbox"/>			
Se passado, Término: _____		Se passado, Término: _____		Se passado, Término: _____			
A1	? - +	A16	? - +	A30	? - +	A45	? - +
A2	? - +	A17	? - +	A31	? - +	A46	? - +
A3	? - +	A18	? - +	A32	? - +	A47	? - +
A4	? - +	A19	? - +	A33	? - +	A48	? - +
A5	? - +	A20	? - +	A34	? - +	A49	? - +
A6	? - +	A21	? - +	A35	? - +	A50	? - +
A7	? - +	A22	? - +	A36	? - +	A51	? - +
A8	? - +	A23	? - +	A37	? - +	A52	? - +
A9	? - +	A24	? - +	A38	? - +	A53	? - +
A10	? - +	A25	? - +	A39	? - +	A54	_____
A11	? - +	A26	? - +	A40	? - +	A55	? - +
A12	? - +	A27	? - +	A41	? - +	A56	? - +
A13	? - +	A28	_____ +	A42	? - +	A57	? - +
A14	_____ +	A29	_____	A43	_____ +	A58	? - +
A15	_____			A44	_____	A59	? - +
						A60	_____ +

Transtorno de Humor devido a uma Condição Médica Geral		Transtorno de Humor Induzido por Substância	
A61	? - +	A65	? - +
A62	? - +	A66	? - +
A63	? - +	A67	? - +
A64	_____ - +	A68	? - +
		A69	_____ - +

“Screening
for Bipolar Disorder in the Primary Care: a Brazilian Survey”

ANEXO H

ARTIGO 1

Screening for Bipolar Disorder in the Primary Care: a Brazilian Survey

Elsevier Editorial System (tm) for Journal of Affective Disorders
Manuscript Draft

Manuscript Number: JAD-D-12-00353

Title: Screening for Bipolar Disorder in the Primary Care: a Brazilian Survey

Article Type: Research Paper

Keywords: Bipolar disorder; prevalence; primary care; quality of life; functioning; recognition.

Corresponding Author: Dr Andre Ferrer Carvalho, M.D., Ph.D.

Corresponding Author's Institution: Federal University of Ceara

First Author: Thomas Hyphantis

Order of Authors: Thomas Hyphantis; Danielle S Macêdo; Gabriela O Lemos; Yuri O Machado; Flávio Kapczinski; Roger S McIntyre; Andre Ferrer Carvalho, M.D., Ph.D.

Abstract: Background: Two recent studies conducted in the US and in France found an unexpectedly high prevalence of a positive screen for bipolar disorder (BD) in primary care (PC). There are few studies of the prevalence of BD in PC and no information exists on the epidemiology of BD in Brazilian PC services. This study investigated the prevalence and correlates of a positive screen for BD among patients attending three Brazilian PC centers.

Methods: This cross-sectional survey recruited a systematic sample of 720 patients between 18 and 70 years of age who were seeking primary care treatment. Study measures included the Mood Disorder Questionnaire, the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, the World Health Organization Quality of Life instrument-Abbreviated version, the Functional Comorbidity Index, the Functioning Assessment Short Test, data on past mental health care, service utilization and a review of medical records for coded diagnosis.

Results: The prevalence of receiving positive screen for BD was 7.6% (n=55; 95% CI: 5.6-9.5%), but only 2 (3.6%) were recognized by general practitioners. A positive screen for BD was associated with significant depressive symptoms (CES-D score ≥ 16 ; 70.9%) and more general medical conditions, along with higher primary care utilization. Patients who screened positive for BD reported worse health-related quality of life as well as impaired functioning, compared to those who screened negative.

Limitations: Co-morbid mental disorders were not assessed. The cross-sectional design prevents firm cause-effect inferences.

Conclusions: The prevalence of a positive screening for BD is high, clinically significant and under-recognized in Brazilian PC settings.

Suggested Reviewers: Eduard Vieta
Clinical Institute of Neuroscience, Hospital Clinic, University of Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM,
Barcelona, Spain
EVIETA@clinic.ub.es
This author is an expert in the field.

Lakshmi Yatham
University of British Columbia

yatham@interchange.ubc.ca
This author is a well known expert in the field.

Michael Berk
Deakin University
mikebe@barwonhealth.org.au
This author is an expert on the epidemiology of mood disorders.



FEDERAL UNIVERSITY OF CEARÁ
FACULTY OF MEDICINE
DEPARTMENT OF CLINICAL MEDICINE
PSYCHIATRY DIVISION

Hagop S. Akiskal, MD
Editor-in-Chief, *Journal of Affective Disorders*
University of California at San Diego, V.A. Medical Center - Psychiatry (116A)
3350 La Jolla Village Drive, San Diego, CA 92161, USA

Fortaleza, April 4th, 2012

Dear Editor,

On behalf of my co-authors, I would like to submit our manuscript, titled: “**Screening for Bipolar Disorder in the Primary Care: a Brazilian Survey**” for appreciation and publication as a full length research report to *Journal of Affective Disorders*.

The article has not been published and has not been simultaneously submitted elsewhere, and no portion of the data has been or will be published in proceedings or transactions of meetings or symposium volumes.

The final manuscript has been seen and approved by all the authors and they have given necessary attention to ensure the integrity of the work. All authors listed concur with the submitted version of the manuscript and with the listing of the authors.

There was not any financial interest which could create a potential conflict of interest or the appearance of a conflict of interest with regard to the present submitted work.

We are at your disposal for any clarifications regarding our work.

Sincerely,

André F. Carvalho MD, PhD

Associate Professor of Psychiatry

Faculty of Medicine

Federal University of Ceará.

Screening for Bipolar Disorder in the Primary Care: a Brazilian Survey

Milena S. Castelo^a, Thomas N. Hyphantis^b, Danielle S. Macêdo^{a,c}, Gabriela O. Lemos^a, Yuri O. Machado^a, Flávio Kapczinski^{d,e}, Roger S. McIntyre^{f,g}, André F. Carvalho^{a,h,*}

^aPsychiatry Research Group, Faculty of Medicine, Federal University of Ceará, Fortaleza, Ceará, Brazil.

^bDepartment of Psychiatry, Medical School, University of Ioannina, Ioannina, Greece.

^cDepartment of Physiology and Pharmacology, Federal University of Ceará, Fortaleza, CE, Brazil.

^dBipolar Disorder Program and Laboratory of Molecular Psychiatry, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil.

^eNational Institute for Translational Medicine, INCT-TM, Porto Alegre, Brazil.

^fDepartment of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, ON, Canada.

^gMood Disorders Psychopharmacology Unit, University Health Network, Toronto, ON, Canada.

^hDepartment of Clinical Medicine, Federal University of Ceará, Fortaleza, CE, Brazil.

*Corresponding Author.

Department of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, Federal University of Ceará, Rua Prof Costa Mendes, 1608, 4o andar, 60430-040, Fortaleza, CE, Brazil.

E-mail address: andrefc7@terra.com.br (A.F. Carvalho).

ABSTRACT

Background: Two recent studies conducted in the US and in France found an unexpectedly high prevalence of a positive screen for bipolar disorder (BD) in primary care (PC). There are few studies of the prevalence of BD in PC and no information exists on the epidemiology of BD in Brazilian PC services. This study investigated the prevalence and correlates of a positive screen for BD among patients attending three Brazilian PC centers.

Methods: This cross-sectional survey recruited a systematic sample of 720 patients between 18 and 70 years of age who were seeking primary care treatment. Study measures included the Mood Disorder Questionnaire, the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, the World Health Organization Quality of Life instrument-Abbreviated version, the Functional Comorbidity Index, the Functioning Assessment Short Test, data on past mental health care, service utilization and a review of medical records for coded diagnosis.

Results: The prevalence of receiving positive screen for BD was 7.6% (n=55; 95% CI: 5.6-9.5%), but only 2 (3.6%) were recognized by general practitioners. A positive screen for BD was associated with significant depressive symptoms (CES-D score ≥ 16 ; 70.9%) and more general medical conditions, along with higher primary care utilization. Patients who screened positive for BD reported worse health-related quality of life as well as impaired functioning, compared to those who screened negative.

Limitations: Co-morbid mental disorders were not assessed. The cross-sectional design prevents firm cause-effect inferences.

Conclusions: The prevalence of a positive screening for BD is high, clinically significant and under-recognized in Brazilian PC settings.

Key Words: Bipolar disorder; prevalence; primary care; quality of life; functioning; recognition.

1. Introduction

There have been relatively few studies investigating the prevalence of bipolar disorder among primary care patients (Das et al., 2005; Rouillon et al., 2010; Chiu & Chokka, 2012). There is a marked disagreement on the prevalence of bipolar disorder across studies (Schulberg et al., 1985; Blacker & Clare, 1988; Olfson et al., 1997; Das et al., 2005; Rouillon et al., 2010). The prevalence of bipolar disorder in primary care was originally estimated to be approximately 0.7% to 1.2% (Schulberg et al., 1985; Blacker & Clare, 1988; Olfson et al., 1997). However, recent surveys indicate that the prevalence of bipolar spectrum disorders is higher in general practices (Das et al., 2005; Rouillon et al., 2010). For example, Das et al. (2005) reported a high positive screen rate for bipolar disorder (9.8%) among 1157 American patients who were seeking care at an urban general practice serving a low-income population. A similarly high prevalence (8.3%) was observed in a large sample of 9240 patients attending 95 general practices in France (Rouillon et al., 2010).

These divergent findings might be due to the fact that previous investigations used diagnostic and/or screening instruments that may have poor sensitivity for detecting lifetime hypomanic episodes and thus may underestimate the prevalence of bipolar II disorder (Schulberg et al., 1985; Blacker & Clare, 1988; Olfson et al., 1997). More recently, screening instruments for the detection of the whole spectrum of bipolar disorders have been developed, such as the Mood Disorder Questionnaire (Hirschfeld et al., 2000) and the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (Ghaemi et al., 2005), thereby enhancing the sensitivity for the detection of possible cases of bipolar disorder in primary care (Das et al., 2005; Rouillon et al., 2010). Importantly, general

practitioners (GPs) may play a pivotal role in the early diagnosis and management of bipolar disorder (Berk et al., 2005).

Patients with bipolar disorders more typically present during an episode of depression than during an episode of mania or hypomania (Judd et al., 2002; Judd et al., 2003). Several lines of evidence indicate that timely recognition of bipolar disorder in GP settings does not occur for most affected individuals (Manning et al., 1997; Smith et al., 2011; Chiu & Chokka, 2012). Treatment of bipolar disorder (notably type I BD) patients in primary care solely with antidepressants risks precipitating mania, hypomania, mixed episodes and rapid cycling (Ghaemi et al., 2004; Post et al., 2006). Furthermore, preliminary evidences indicate that primary care patients who screen positive for bipolar disorder may have impaired functioning and health-related quality of life (HRQoL) (Das et al., 2005) as well as a high prevalence of suicidal ideation (Das et al., 2005).

Importantly, most studies on the prevalence of bipolar disorder in primary care have been performed in North American and European countries. To our knowledge no study has investigated the prevalence as well as the burden of bipolar disorder in Brazilian primary care settings. Brazil's Unified Health System (BUHS) is characterized by its open access and is meant to provide free primary care to all citizens. According to Brazil's Ministry of Health (Ministério da Saúde 2011a; Ministério da Saúde, 2011b), BUHS seeks to achieve this goal through its Family Health Program (FHP), a nationwide strategy funded by federal, state and local governments. By 2009, Brazil's FHP was one of the largest community-based primary care strategies in the world, serving 61% of the Brazilian population, approximately 115 million people (Pinto et al., 2012).

Therefore, the specific aims of this study were to (1) estimate the percentage of individuals who screened positive for bipolar spectrum disorder in one of three urban Brazilian primary care practices ; (2) determine socio-demographic, clinical and treatment characteristics (i.e., history of past mental health care, prescription of psychotropic drugs and utilization of primary care services) of patients who screened positive for bipolar disorder compared to those who did not; (3) assess the levels of functioning and HRQoL of screen-positive participants for bipolar disorder as compared to those who screened negative and (4) determine whether GPs were able to properly recognize bipolar disorder.

2. Methods

This cross-sectional survey was carried out in three primary care practices of Fortaleza, Northeastern Brazil (Region III), which is the country's fifth largest city with approximately 3,600,000 inhabitants. These general medical practices provide care for a catchment community of approximately 378,000 citizens. The study was conducted between September, 2010 and July, 2011.

All the procedures were in accordance to the ethical standards on human experimentation (World Medical Association Helsinki Declaration) and were approved by the ethical committee of the teaching hospital of Federal University of Ceará. All participants provided written informed consent.

2.1. Participant Recruitment

A consecutive sample of adult patients seeking primary care at each site was invited to participate. Patients were systematically approached to determine their eligibility to participate based on their order of arrival (a number was assigned by a social worker) for scheduled appointments in a given day (morning and afternoon periods). Eligible patients were between 18 and 70 years of age, had made at least one prior primary care visit (this criteria was applied to study the recognition of bipolar disorder by GPs) and were able to comprehend Portuguese. Participants were excluded if their general medical status prevented them from answering the survey form. Patients were recruited simultaneously from each practice until our final goal of about 700 participants was achieved. This sample size was *a priori* calculated to allow an

estimate of the prevalence of bipolar disorder with a 2.5% precision (95% confidence interval) considering a prevalence of 10% (Das et al., 2005) with adjustments for multiple comparisons.

A total of 1237 patients were approached of whom 83 (6.7%) refused to participate. Of the 1154 patients who were screened for eligibility, 434 (37.6%) were ineligible to participate. Common reasons for ineligibility were: (1) not being between 18 and 70 years of age (n=134; 30.8%), (2) not having visited the practice before (n=198; 45.6%) and (3) having a medical condition severe enough to prevent participation (n=33; 7.60%).

2.2. Measures

Socio-demographic data were collected for each participant, including age, gender, marital status, race/ethnicity, educational level (i.e., years of formal education), gross monthly income and employment status.

All participants completed the validated Brazilian-Portuguese version of the *Mood Disorder Questionnaire* (MDQ) (Castelo et al., 2010), a 15-item self-report assessment of lifetime bipolar disorder according to *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-IV) criteria (Hirschfeld et al., 2000). Standard scoring for a positive screen for bipolar disorder requires endorsement of at least 8 out of 13 possible lifetime manic symptoms of which many of these endorsed items occurred at approximately the same time and resulted in moderate or severe associated functional impairment (Castelo et al., 2010).

The study also included the Brazilian version of the *Center for Epidemiology Depression Scale* (CES-D) (Radloff, 1977; Batistoni et al., 2007). The CES-D is a self-reported depression scale that encompasses 20 depressive symptoms. Participants were asked how frequently they

experienced each symptom during the past week (0: rarely or none of the time; 1: some or little of the time; 2: occasionally or a moderate amount of time; and 3: most or all of the time). Total scores range from 0 to 60. In this study, a cutoff point of 16 was established to indicate individuals with clinically significant depression (Radloff, 1977). Suicidal ideation was assessed asking participants whether they experienced thoughts of being better off dead or of hurting themselves in some way during the last 2 weeks.

Medical comorbidity was evaluated with the *Functional Comorbidity Index* (FCI) (Groll et al., 2005). This instrument is a simple count of 18 medical diagnoses (yes/no) and was found to have a significant association with physical function (Groll et al., 2005). Thus, in this study the FCI scores range from 0 to 18. Established medical diagnoses were recorded by careful inspection of each medical record by a researcher psychiatrist (MSC).

Self-reported past mental health care (i.e., visits to specialized mental health professionals) was annotated for each participant. History of any mental health prescription in the past month was obtained from either self-report and/or medical records. The number of visits to GPs in the past twelve months was determined from patients' records.

Functioning was assessed by means of the validated Brazilian Portuguese version of the *Functional Assessment Short Test* (FAST) (Rosa et al., 2007; Cacilhas et al., 2009). The FAST is simple 24-item interview designed to assess areas impaired functioning, namely: *autonomy*, *occupational* functioning, *financial* issues, *interpersonal* functioning, *cognitive* functioning and *leisure* time. Scores are determined by the sum of items, which range from 0 (indicating no problems) to 3 (indicating a severe limitation) within 15 days before the assessment. Scores of the six domains are summed to give an *overall* score.

Health-related quality of life was evaluated using the validated Brazilian-Portuguese version (Fleck et al., 2000) of the World Health Organization Quality of Life instrument-Abbreviated version (WHOQOL-Bref) (WHOQOL Group, 1998), which is a 26-item generic instrument measuring overall, physical, mental, social relations and environment HRQoL. Specifically, the physical dimension includes the experience of physical pain, incapacity to work and get around, and problems with energy and sleep; the psychological domain includes items relative to negative emotions like despair, believing that life is meaningless, and feeling psychologically incapacitated; the social relations domain includes items on dissatisfaction with personal relationships, social support, and sexual life, and the environment domain includes feelings that one's environment is unsafe or unhealthy, lack of financial resources and lack of leisure opportunities. Finally, the overall HRQoL domain asks participants to rate their general HRQoL and to estimate their satisfaction with their health. Each item is rated on a 5-point Likert interval scale and the scores are transformed on a scale from 0 to 100. A higher score indicates better HRQoL.

2.3. Statistical Analysis

Continuous variables are presented as means \pm Standard Deviation (*SD*) and categorical data are presented as percent summary variables (%). A positive screen for lifetime bipolar disorder was determined to estimate the prevalence of bipolar disorder by scoring positive responses to MDQ items, and the 95% confidence interval was determined. Because the Brazilian-Portuguese version has been validated in a psychiatric convenience sample (Castelo et al., 2010), we sought to determine psychometric properties of this instrument in our primary care sample as well. For instance, the factor structure of the instrument was tested using exploratory

principal component analysis with *varimax* rotation and the internal consistency was calculated by determination of the standardized Cronbach's alpha coefficients.

The prevalence of a positive screen for bipolar disorder was stratified by gender, marital status, age, education, employment status, gross monthly income and race/ethnicity. Statistical comparisons between those participants who did and did not screen positive for bipolar disorder were performed using χ^2 test for categorical variables or Student's t-test for continuous variables.

Comparisons between participants who did and did not screen positive for bipolar disorder on categorical variables (medical comorbidity, visits to GPs, past mental health care and mental health prescription) were made using χ^2 test. Student's t-test was used for comparisons involving continuous variables (FAST and WHOQOL-Bref scores).

Multivariable logistic regression analysis was performed to estimate the relative risk (RR) of various clinical and treatment characteristics as a function of a positive screen for bipolar disorder. The 95% confidence interval of each RR was determined. Because several variables were relatively common (> 10%), and odds ratios (ORs) are known to overestimate RRs in such circumstances, ORs from the logistic regression output were converted to RRs (Davies et al., 1998; Zhang & Yu, 1998). Separate one-way analysis of covariance (ANCOVA) models were built to determine the estimated changes in FAST and WHOQOL-Bref scores as a function of a positive screen for lifetime bipolar disorder, following adjustment for major socio-demographic variables and medical comorbidity (entered in each model as covariates).

Statistical significance was set at $P \leq .05$. Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc, Chicago, IL), version 15.0 for Windows, was used for statistical analysis.

3. Results

3.1. Background Characteristics

Of the 720 participants who filled in the survey, 518 (71.9%) were female and the mean age (*SD*) was 44.4 (14.7) years. Three hundred and twenty (44.4%) participants were white and 389 (54.0%) were married or cohabiting. The mean number of years of education was 6.4 (*SD*=3.2). Five hundred sixty-four (78.3%) participants had a gross monthly income of less than US\$ 500 and 180 (25.0%) were unemployed.

3.2. Psychometric Properties of the B-MDQ

Principal component analysis of the B-MDQ showed a Kaiser-Meyer-Olkin statistic of 0.87 and a significant Bartlett's test for sphericity ($\chi^2=1316.4$, *df*=66, *P* <.001) supporting the factorability of the correlation matrix. A visual inspection of the scree plot revealed two main components. A two-component extraction with *varimax* rotation revealed that the first factor explained 29.6% of the variance and the second factor explained 9.2% of the variance. All B-MDQ items significantly loaded in one of the two factors. Factor loadings ≥ 0.5 and the respective eigen values are presented in Table 1. The internal consistency of the 13 items (Standardized Cronbach's alpha coefficient) was 0.78.

3.3. Prevalence, frequency and onset of possible bipolar disorder

Fifty-five participants (7.6% of the total sample; 95% CI, 5.6-9.5) showed a positive screen for a lifetime history of bipolar disorder. Among the 55 patients who screened positive for bipolar, disorder the MDQ items with the highest frequency of endorsement were: being very irritable (49; 89.0%), being more talkative (49; 89.0%) and having racing thoughts (48; 87.2%).

Other frequently endorsed symptoms included being easily distractible (46; 83.6%) and having more energy (43; 78.1%). Among those having a positive screen for bipolar disorder the least endorsed item was being more social or outgoing (31; 56.3%).

Participants with a positive screen for bipolar disorder recognized their symptoms as problematic at a mean age of 33.3 ($SD=11.5$) years. Eight (14.5%) participants reported an age at onset of 18 years or younger. Importantly, thirty one (56.3%) participants who screened positive for bipolar disorder were seeking medical help specifically for these symptoms.

3.4. Socio-demographic correlates

The prevalence of screening positive for bipolar disorder did not vary as a function of gender, age, educational level and race/ethnicity (Table 2). A positive screen for bipolar disorder was significantly associated with lower income ($p<0.0001$) and with being currently unemployed ($p<0.01$). Furthermore, participants with possible bipolar disorder had a lower likelihood of being married or cohabiting ($p<0.01$) (Table 2).

3.5. Mental Health Care

As shown in Table 3, participants who screened positive for bipolar disorder were significantly more likely to have received past mental health care (Relative risk adjusted for age, gender, marital status, race/ethnicity and unemployment = 3.79 [95% CI, 2.21-5.33]). A positive screen for bipolar disorder was also associated with use of a prescribed psychotropic medication in the last month (Relative risk adjusted for demographic covariates= 2.85 [95% CI, 1.66-4.75]). However, only three patients (5.4%) of those with a positive screen for bipolar disorder were currently taking a prescribed mood stabilizing medication.

3.6. Clinical Features, Recognition by Primary Care physician and Health Care Utilization

Thirty-nine participants (70.9%) who screened positive for bipolar disorder presented with clinically significant depression scores (i.e., CES-D score ≥ 16). Twenty-three patients (41.3%) who screened positive for bipolar disorder reported suicidal ideation in the past two weeks, as compared to 137 (20.6%) of those who screened negative ($\chi^2=11.7$, $df=1$, $P<.01$). A mental disorder was noted in 30 of the patients who screened positive for bipolar disorder (54.5%). A depressive disorder was noted in 10 (18.1%) of these records and a diagnosis of bipolar disorder was registered in only two (3.6%) records of those patients who screened positive for bipolar disorder. Interestingly, this high under-recognition rate occurred despite the fact that participants who screened positive for bipolar disorder were more frequent users of the primary care system. The relative risk for a participant to have four or more visits to GP was 1.92 times higher for those who screened positive for bipolar disorder than for those who did not screen negative (95% CI, 1.11-3.41) (Table 3). Finally, participants with a positive screen for bipolar disorder had significantly more co-morbid medical conditions than those who screened negative (Relative risk adjusted for age, gender, marital status, race/ethnicity and unemployment = 2.82 [95% CI, 1.33-4.11]) (Table 3).

3.7. Impaired Functioning and Health-Related Quality of Life

Participants who screened positive for bipolar disorder had poorer overall functioning (Table 4). Furthermore, these patients had worse functioning in all domains of the *Functioning Assessment Short Test* (FAST), except leisure time. Importantly, these differences persisted following multivariate correction for socio-demographic covariates.

In univariate analysis, participants who screened positive for bipolar disorder had worse overall, physical, mental health and social relations HRQoL (Table 4). Following adjustment for covariates, positively screened patients persisted with worse overall, physical and mental health HRQoL (Table 4).

4. Discussion

Our study indicates that a high percentage of individuals (i.e. 7.6%) utilizing primary care treatment across multiple centres in Brazil screened positive for bipolar spectrum disorder. The percentage of individuals screening positive in our study is similar to the positive screen rates with the MDQ in primary care samples in North America and Europe. (Das et al., 2005; Rouillon et al., 2010) Also, in our study, a positive screen for bipolar spectrum disorder was associated with lower income and greater likelihood of being currently unemployed. Previous community surveys indicate that economically disadvantaged individuals have higher rates of bipolarity than their more affluent counterparts (Angst et al., 2003; Hirschfeld et al., 2003).

Most participants who screened positive for bipolar disorder presented with clinically significant depressive symptoms and a substantial proportion had suicidal ideation in the past two weeks. Importantly, only two patients with MDQ scores suggestive of bipolar disorders (3.6%) were recognized by the GP as presenting bipolar disorder. This discrepancy between the screen positive and diagnosis rate has been reported by other groups; moreover, a protracted time period (i.e. 7-10 years) from the onset of symptoms to the establishment of a bipolar diagnosis is a replicated observation (Lish et al., 1994; Ghaemi et al., 1999; Gazalle et al., 2005). In addition, several lines of evidence indicate that most individuals with bipolar disorder seek care in primary services (ten Have et al., 2002; Bhugra & Flick et al., 2005). This was also the case in our study in which most participants who screened positive for bipolar disorder sought medical help specifically for symptoms related to their affective condition. Furthermore, a significant number of patients received a diagnosis of major depression. This may lead to unintended consequences associated with antidepressant monotherapy in bipolar disorder (i.e., manic switch and induction of rapid cycling) (Ghaemi et al., 2004; Post et al., 2006). These findings affirm that GPs play a

critical role in the early detection, diagnosis, treatment, and management of this complex disorder (Bhugra & Flick, 2005; Berk et al., 2005; Piterman et al., 2010). In keeping with this view, educational programs intended to increase awareness and comfort in the diagnosis and treatment of bipolar disorder in primary care is warranted (Strejilevich et al., 2010; Rouillon et al., 2011).

We also found that participants with a positive screen for bipolar disorder had higher utilization of primary care services confirming other community surveys which indicate that bipolar patients overutilize health services (ten Have et al., 2002; Bhugra & Flick et al., 2005). Importantly, the higher number of visits to GPs by participants with a positive screen for bipolar disorder could not be explained solely by socio-demographic variables, further indicating the unique contribution of bipolar disorder to health care utilization. Several lines of evidences support our finding that bipolar disorder was associated with substantial medical comorbidity (for a review, see McIntyre et al., 2007). Although a positive screen for bipolar disorder was associated with past mental health care utilization, less than half of those who screened positive for bipolar disorder had received specialized treatment. In the North American study of Das et al. (2005), a larger proportion of participants with possible bipolarity had received past mental health care (67%). A putative explanation for this difference rests on the fact that the Brazilian mental health system is still under development and differences in the availability of community mental health centers and mental health professionals exist across the country (Mateus et al., 2008).

Bipolar disorders have considerable negative effects in patients' psychosocial functioning and quality of life (Gutierrez-Rojas et al., 2008; Judd et al., 2008). Many patients do not

experience complete recovery of their symptoms and continue to experience considerable impairment in social and work activities, even in periods of euthymia (Malhi et al., 2007; Mur et al., 2008). In the present investigation, participants who screened positive for bipolarity presented with impaired psychosocial functioning and HRQoL when compared to their counterparts who screened negative for bipolar disorder. These findings persisted even following adjustment for socio-demographic variables and medical comorbidity. Thus, our study adds to the available evidence suggesting that a positive screen for bipolarity is associated with poorer functioning and HRQoL among users of primary care services (Das et al., 2005; Chiu & Chokka, 2012).

This study has several limitations that need to be addressed. First, a positive screen for bipolar disorder does not substantiate the presence of bipolar disorder. For instance, Zimmerman et al. (2011) observed that a significant percentage of patients who screen positive on the MDQ in a psychiatric population do not have bipolar disorder based on standard DSM-IV diagnostic criteria. However, it is possible that some of these 'false-positive' cases would have subthreshold bipolarity (Akiskal, 2007). Further research is needed to shed light on these controversies. The Brazilian-Portuguese version of the MDQ has been validated in a convenience sample of psychiatric outpatients with mood disorders (Castelo et al., 2010). The receiver operating properties (i.e., sensitivity and specificity) of the MDQ for screening for bipolar disorder in primary care samples are unknown. However, the MDQ had adequate internal consistency in our sample. Furthermore, our exploratory principal component analysis revealed a two-factor solution, similarly to the previous validation study (Castelo et al., 2010). Second, we did not assess psychiatric co-morbidity in the present study. Bipolar disorder is frequently co-morbid with several mental disorders (e.g., anxiety disorders and substance-related

disorders) (Weber et al., 2011). Thus, we could not control for co-morbid mental disorders in each multivariable models. Third, although a cross-sectional study is appropriate for prevalence estimates, this design prevents the establishment of firm causal inferences. Thus, the associations reported in this investigation deserve replication in future longitudinal studies.

In conclusion, 7.6% of 720 patients consulting three Brazilian primary care centers received a positive screen for bipolar disorder. Only two of these patients (3.6%) were recognized by GPs. Our data suggest that bipolar disorder presenting in primary care is associated with substantial medical comorbidity, suicidal ideation, and impaired HRQoL and psychosocial functioning. This survey indicates that bipolar disorder is a major public health issue in the Brazilian primary care system, similarly to previous findings obtained in developed nations (Das et al., 2005; Rouillon et al., 2010). These data open new avenues for research. For instance, further studies are needed to establish whether routine screening for bipolar disorder in primary care would be cost-effective. Furthermore, prospective studies are needed to investigate the impact of primary care screening strategies for bipolar disorder on ultimate outcome.

Role of funding source

Nothing declared.

Conflict of interest

All the authors declare they have no conflict of interest.

References

- Akiskal, H.S., 2007. The emergence of the bipolar spectrum: validation along clinical-epidemiologic and familial-genetic lines. *Psychopharmacol Bull* 40, 99-115.
- Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F., Ajdacic, V., Eich, D., Rossler, W., 2003. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord* 73, 133-146.
- Batistoni, S.S., Neri, A.L., Cupertino, A.P., 2007. [Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale among Brazilian elderly]. *Rev Saude Publica* 41, 598-605.
- Berk, M., Dodd, S., Berk, L., Opie, J., 2005. Diagnosis and management of patients with bipolar disorder in primary care. *Br J Gen Pract* 55, 662-664.
- Bhugra, D., Flick, G.R., 2005. Pathways to care for patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 7, 236-245.
- Blacker, C.V., Clare, A.W., 1988. The prevalence and treatment of depression in general practice. *Psychopharmacology (Berl)* 95 Suppl, S14-17.
- Cacilhas, A.A., Magalhães, P.V., Caréser, K.M., Walz, J.C., Weyne, F., Rosa, A.R., Vieta, E., Kapczinski, F., 2009. Validity of a short functioning test (FAST) in Brazilian outpatients with bipolar disorder. *Value Health* 12, 624-627.
- Castelo, M.S., Carvalho, E.R., Gerhard, E.S., Costa, C.M., Ferreira, E.D., Carvalho, A.F., 2010. Validity of the Mood Disorder Questionnaire in a Brazilian psychiatric population. *Rev Bras Psiquiatr* 32, 424-428.
- Chiu, J.F., Chokka, P.R., 2012. Prevalence of Bipolar Disorder symptoms in Primary Care (ProBiD-PC): A Canadian study. *Can Fam Physician* 57, e58-67.

- Das, A.K., Olfson, M., Gerneroff, M.J., Pilowsky, D.J., Blanco, C., Feder, A., Gross, R., Neria, Y., Lantigua, R., Shea, S., Weissman, M.M., 2005. Screening for bipolar disorder in a primary care practice. *JAMA* 293, 956-963.
- Davies, H.T., Crombie, I.K., Tavakoli, M., 1998. When can odds ratios mislead? *BMJ* 316, 989-991.
- Fleck, M.P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V., 2000. [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. *Rev Saude Publica* 34, 178-183.
- Gazalle, F.K., Andreatza, A.C., Kauer-Sant'Anna, M., Santin, A., Kapczinski, F., 2005. [Early diagnosis of bipolar disorder]. *Rev Bras Psiquiatr* 27, 83-84.
- Ghaemi, S.N., Rosenquist, K.J., Ko, J.Y., Baldassano, C.F., Kontos, N.J., Baldessarini, R.J., 2004. Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression. *Am J Psychiatry* 161, 163-165.
- Ghaemi, S.N., Sachs, G.S., Chiou, A.M., Pandurangi, A.K., Goodwin, K., 1999. Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? *J Affect Disord* 52, 135-144.
- Groll, D.L., To, T., Bombardier, C., Wright, J.G., 2005. The development of a comorbidity index with physical function as the outcome. *J Clin Epidemiol* 58, 595-602.
- Gutierrez-Rojas, L., Gurpegui, M., Ayuso-Mateos, J.L., Gutierrez-Ariza, J.A., Ruiz-Veguilla, M., Jurado, D., 2008. Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample. *Bipolar Disord* 10, 625-634.
- Hirschfeld, R.M., Holzer, C., Calabrese, J.R., Weissman, M., Reed, M., Davies, M., Frye, M.A., Keck, P., McElroy, S., Lewis, L., Tierce, J., Wagner, K.D., Hazard, E., 2003. Validity of the mood disorder questionnaire: a general population study. *Am J Psychiatry* 160, 178-180.

- Hirschfeld, R.M., Williams, J.B., Spitzer, R.L., Calabrese, J.R., Flynn, L., Keck, P.E., Jr., Lewis, L., McElroy, S.L., Post, R.M., Rappaport, D.J., Russell, J.M., Sachs, G.S., Zajecka, J., 2000. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry* 157, 1873-1875.
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Schettler, P.J., Coryell, W., Endicott, J., Maser, J.D., Solomon, D.A., Leon, A.C., Keller, M.B., 2003. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry* 60, 261-269.
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Schettler, P.J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D.A., Leon, A.C., Rice, J.A., Keller, M.B., 2002. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 59, 530-537.
- Judd, L.L., Schettler, P.J., Solomon, D.A., Maser, J.D., Coryell, W., Endicott, J., Akiskal, H.S., 2008. Psychosocial disability and work role function compared across the long-term course of bipolar I, bipolar II and unipolar major depressive disorders. *J Affect Disord* 108, 49-58.
- Lish, J.D., Dime-Meenan, S., Whybrow, P.C., Price, R.A., Hirschfeld, R.M., 1994. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord* 31, 281-294.
- Malhi, G.S., Ivanovski, B., Hadzi-Pavlovic, D., Mitchell, P.B., Vieta, E., Sachdev, P., 2007. Neuropsychological deficits and functional impairment in bipolar depression, hypomania and euthymia. *Bipolar Disord* 9, 114-125.
- Manning, J.S., Haykal, R.F., Connor, P.D., Akiskal, H.S., 1997. On the nature of depressive and anxious states in a family practice setting: the high prevalence of bipolar II and related disorders in a cohort followed longitudinally. *Compr Psychiatry* 38, 102-108.

- Mateus, M.D., Mari, J.J., Delgado, P.G., Almeida-Filho, N., Barrett, T., Gerolin, J., Goihman, S., Razzouk, D., Rodriguez, J., Weber, R., Andreoli, S.B., Saxena, S., 2008. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *Int J Ment Health Syst* 2, 12.
- McIntyre, R.S., Soczynska, J.K., Beyer, J.L., Woldeyohannes, H.O., Law, C.W., Miranda, A., Konarski, J.Z., Kennedy, S.H., 2007. Medical comorbidity in bipolar disorder: re-prioritizing unmet needs. *Curr Opin Psychiatry* 20, 406-416.
- Ministério da Saúde, 2011a. Atenção básica: saúde da família. Retrieved June 20, 2011, from: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>.
- Ministério da Saúde, 2011b. Saúde da família. Retrieved June 15, 2011, from: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>.
- Mur, M., Portella, M.J., Martinez-Aran, A., Pifarre, J., Vieta, E., 2008. Long-term stability of cognitive impairment in bipolar disorder: a 2-year follow-up study of lithium-treated euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry* 69, 712-719.
- Nassir Ghaemi, S., Miller, C.J., Berv, D.A., Klugman, J., Rosenquist, K.J., Pies, R.W., 2005. Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *J Affect Disord* 84, 273-277.
- Olfson, M., Fireman, B., Weissman, M.M., Leon, A.C., Sheehan, D.V., Kathol, R.G., Hoven, C., Farber, L., 1997. Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *Am J Psychiatry* 154, 1734-1740.
- Pinto, R.M., da Silva, S.B., Soriano, R., 2012. Community Health Workers in Brazil's Unified Health System: A framework of their praxis and contributions to patient health behaviors. *Soc Sci Med* 74, 940-947.

- Piterman, L., Jones, K.M., Castle, D.J., 2010. Bipolar disorder in general practice: challenges and opportunities. *Med J Aust* 193, S14-17.
- Post, R.M., Altshuler, L.L., Levenich, G.S., Frye, M.A., Nolen, W.A., Kupka, R.W., Suppes, T., McElroy, S., Keck, P.E., Denicoff, K.D., Grunze, H., Walden, J., Kitchen, C.M., Mintz, J., 2006. Mood switch in bipolar depression: comparison of adjunctive venlafaxine, bupropion and sertraline. *Br J Psychiatry* 189, 124-131.
- Rosa, A.R., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., Comes, M., Colom, F., Van Riel, W., Ayuso-Mateos, J.L., Kapczinski, F., Vieta, E., 2007. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 3, 5.
- Rouillon, F., Gasquet, I., Garay, R.P., Lancrenon, S., 2011. Impact of an educational program on the management of bipolar disorder in primary care. *Bipolar Disord* 13, 318-322.
- Rouillon, F., Gasquet, I., Garay, R.P., Lancrenon, S., 2011. Screening for bipolar disorder in patients consulting general practitioners in France. *J Affect Disord* 130, 492-495.
- Schulberg, H.C., Saul, M., McClelland, M., Ganguli, M., Christy, W., Frank, R., 1985. Assessing depression in primary medical and psychiatric practices. *Arch Gen Psychiatry* 42, 1164-1170.
- Smith, D.J., Griffiths, E., Kelly, M., Hood, K., Craddock, N., Simpson, S.A., 2011. Unrecognised bipolar disorder in primary care patients with depression. *Br J Psychiatry* 199, 49-56.
- Strejilevich, S.A., Baamonde, M.U., Martino, D.J., Perinot, L., Moran, M.S., Colom, F.V., 2010. [Training in the detection of bipolar disorders for psychologists and primary health agents: a pilot study]. *Vertex* 21, 250-259.

ten Have, M., Vollebergh, W., Bijl, R., Nolen, W.A., 2002. Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affect Disord* 68, 203-213.

Weber, N.S., Fisher, J.A., Cowan, D.N., Niebuhr, D.W., 2011. Psychiatric and general medical conditions comorbid with bipolar disorder in the National Hospital Discharge Survey. *Psychiatr Serv* 62, 1152-1158.

WHOQOL Group., 1998. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* 28, 551-558.

Zhang, J., Yu, K.F., 1998. What's the relative risk? A method of correcting the odds ratio in cohort studies of common outcomes. *JAMA* 280, 1690-1691.

Zimmerman, M., Galione, J.N., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., 2011. Psychiatric diagnoses in patients who screen positive on the Mood Disorder Questionnaire: Implications for using a scale as a case-finding instrument for bipolar disorder. *Psychiatry Res* 185, 444-449.

Table 1 Factor loadings with Varimax rotation of the Brazilian Mood Disorder Questionnaire (MDQ) items.

Instrument item	Factor 1	Factor 2
Felt so good or so Hyper	0.55	–
Irritable	0.53	–
More self-confident	0.52	–
Less sleep	–	0.57
More talkative	–	0.52
Racing thoughts	–	0.61
Easily distracted	–	0.65
Much more energy	0.53	–
Much more active	0.54	–
Much more social	0.67	–
Hypersexual	0.62	–
Excessive, foolish or risky things	0.62	–
Spending money got into trouble	0.50	–
<i>Variance, %</i>	<i>29.6</i>	<i>9.2</i>
<i>Eigenvalues</i>	<i>3.5</i>	<i>1.1</i>

Table 2 Socio-demographic characteristics of patients who screened positive for lifetime bipolar disorder according to the Mood Disorder Questionnaire (MDQ).

	MDQ + patients (n=55)	MDQ - patients (n=665)	P Value
Gender			
Male (<i>N</i> , %)	18 (32.7%)	183 (27.5%)	0.43 (ns) ^b §
Female (<i>N</i> , %)	37 (67.2%)	482 (72.4%)	
Age (years, mean±SD)	42.7 ± 14.2	44.5 ± 14.7	0.36 (ns) ^c
Education (years, mean±SD)	6.1 ± 3.9	6.3 ± 4.1	0.72 (ns) ^c
Gross Monthly Income (US\$, mean±SD)	234.4 ± 92.4	298.3 ± 87.9	<.0001 ^{a,c}
Marital Status			
Married/cohabiting (<i>N</i> , %)	30 (54.5%)	563 (84.6%)	<0.01 ^{a,b} §
Other|| (<i>N</i> , %)	25 (45.4%)	102 (15.3%)	
Race/ethnicity			
White (<i>N</i> , %)	20 (36.3%)	300 (45.1%)	0.51 (ns) ^b
Mulatto (<i>N</i> , %)	15 (27.2%)	176 (26.4%)	
Black (<i>N</i> , %)	10 (18.2%)	189 (28.4%)	
Unemployed (<i>N</i>, %)	25 (45.4%)	165 (24.8%)	<0.01 ^{a,b}

Note: ^b Chi-square test; ns: non-significant; ^c Student's *t*-test; § Yates' correction, and ^{||} Other marital status includes patients who never married or who were currently separated, divorced, or widowed.

Table 4 Functioning and health-related quality of life (HRQoL) among participants who did and did not screen positive for Bipolar Disorder.

Characteristic	Positive (vs. Negative) Screen for Bipolar Disorder				
	Screen for Bipolar Disorder		Unadjusted		Adjusted data (95% CI) Adjusted Change Score*
	Positive (n=55)	Negative (n=665)	Test	P	
Functioning||					
Overall, mean (SD)	12.1 (8.6)	8.4 (7.1)	$t_{18} = 3.6$	< .001	3.21 (1.55 to 4.87)
Autonomy, mean (SD)	2.5 (1.7)	1.1 (1.3)	$t_{18} = 7.4$	< .0001	1.01 (0.37 to 1.65)
Occupational, mean (SD)	2.1 (1.6)	0.9 (1.9)	$t_{18} = 4.5$	< .0001	1.11 (0.26 to 1.96)
Cognitive, mean (SD)	2.4 (1.3)	1.1 (1.5)	$t_{18} = 6.2$	< .0001	1.16 (0.33 to 1.99)
Financial, mean (SD)	1.9 (2.0)	0.9 (1.7)	$t_{18} = 4.1$	< .0001	0.93 (0.31 to 1.55)
Interpersonal Relationship, mean (SD)	2.2 (2.4)	1.5 (2.8)	$t_{18} = 2.6$	< .001	1.68 (0.39 to 2.97)
Leisure Time	1.9 (2.0)	1.7 (1.9)	$t_{18} = 0.7$	.45	0.11 (-0.04 to 0.26)
HRQoL[§]					
Overall, mean (SD)	53.4 (20.7)	60.7 (20.9)	$t_{18} = 2.5$	.01	-6.36 (-10.12 to -2.60)
Physical, mean (SD)	51.5 (18.9)	61.1 (21.9)	$t_{18} = 3.2$	.001	-6.13 (-8.08 to -2.13)
Mental Health, mean (SD)	43.6 (22.4)	53.5 (20.1)	$t_{18} = 3.4$	< .001	-7.71 (-12.12 to -3.30)
Social Relations, mean (SD)	62.8 (21.7)	68.3 (19.3)	$t_{18} = 2.0$	0.04	-3.49 (-5.34 to 0.13)
Environment, mean (SD)	51.9 (13.1)	54.2 (15.9)	$t_{18} = 1.0$	.29	-2.24 (-5.35 to 0.87)

Note: *Analysis of covariance as a function of positive screen for bipolar disorder adjusting for age, gender, marital status (1 = married/cohabiting; 0 = other), race/ethnicity (1 = White; 0 = Other), unemployment (1 = Yes; 0 = No), years of education and medical comorbidity (functional comorbidity index score ≥ 2 ; 1=Yes).

^{||} Functioning was evaluated with the Functioning Assessment Short test (FAST). Higher scores in each FAST domain are indicative of worse functioning. [§] HRQoL was assessed by means of the World Health Organization Quality of Life Instrument – Abbreviated version (WHOQOL-Bref). Higher scores in overall HRQoL, physical HRQoL, mental health HRQoL, Social Relationships HRQoL and Environment HRQoL are indicative of better HRQoL.

Acknowledgement**Acknowledgement**

None.

Role of the Funding Source*Role of Funding Source**

None.

Conflict of Interest*Conflict of Interest**

None.

Contributors*Contributors**

All authors contributed significantly in several steps of this research.

ANEXO I
ARTIGO II

**Validity of the Mood Disorder Questionnaire in a Brazilian
psychiatric population**

**Validação da versão em português do Questionário de
Transtornos do Humor em uma população brasileira de
pacientes psiquiátricos**

[Revista Brasileira de Psiquiatria](#)

***Print version* ISSN 1516-4446**

Rev. Bras. Psiquiatr. vol.32 no.4 São Paulo Dec. 2010 Epub Aug 13, 2010

<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010005000024>

**Validity of the Mood Disorder Questionnaire in a Brazilian
psychiatric population**

**Validação da versão em português do Questionário de Transtornos
do Humor em uma população brasileira de pacientes psiquiátricos**

**Milena S. Castelo^I; Eduardo R. Carvalho^{II}; Emília S. Gerhard^{II}; Carlos Maurício C.
Costa^{III}; Eduardo D. Ferreira^{IV}; André F. Carvalho^{II}**

^IMedical School, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brazil

^{II}Department of Clinical Medicine, Medical School, Universidade Federal do Ceará (UFC),
Fortaleza, CE, Brazil

^{III}Department of Physiology and Pharmacology, Medical School, Universidade Federal do
Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brazil

^{IV}Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre, RS, Brazil

[Correspondence](#)

ABSTRACT

OBJECTIVE: Bipolar spectrum disorders are prevalent and frequently underdiagnosed and undertreated. This report describes the development and validation of the Brazilian version of the Mood Disorder Questionnaire, a screening instrument for bipolar spectrum disorders, in an adult psychiatric population.

METHOD: A total of 114 consecutive patients attending an outpatient psychiatric clinic completed the Brazilian version of the Mood Disorder Questionnaire. A research psychiatrist, blind to the Mood Disorder Questionnaire results, interviewed patients by means of the mood module of the Structured Clinical Interview for DSM-IV ('gold standard').

RESULTS: The internal consistency of the Brazilian Mood Disorder Questionnaire, evaluated with Cronbach's alpha coefficient was 0.76 (95% CI; 0.69-0.92). Principal component analysis with varimax rotation indicated an 'irritability-racing thoughts' factor and 'energized-activity' factor, which explained 39.1% of variance. On the basis of the SCID, 69 (60.5%) individuals received a diagnosis of bipolar disorders. A Brazilian Mood Disorder Questionnaire screening score of 8 or more items yielded sensitivity of 0.91 (95% CI; 0.85-0.98), specificity of 0.70 (95% CI; 0.62-0.75), a positive predictive value of 0.82 (95% CI; 0.75-0.88) and a negative predictive value of 0.84 (95% CI; 0.77-0.90).

CONCLUSION: The present data demonstrate that the Brazilian Mood Disorder Questionnaire is a valid instrument for the screening of bipolar disorders. The instrument needs to be validated in other settings (e.g., in general practice).

Descriptors: Translating; Questionnaires; Bipolar disorder; Validation, studies; Population.

RESUMO

OBJETIVO: Transtornos do espectro bipolar são prevalentes e comumente subdiagnosticados e subtratados. O presente trabalho descreve o desenvolvimento e a validação da versão brasileira do questionário de transtornos do humor, um instrumento de rastreio para transtornos bipolares, em uma população psiquiátrica adulta.

MÉTODO: 114 pacientes consecutivos de um ambulatório psiquiátrico completaram a versão brasileira do questionário de transtornos do humor. Um psiquiatra pesquisador, cego para os escores da versão brasileira do questionário de transtornos do humor, entrevistou os participantes por meio do módulo de transtornos do humor da entrevista clínica estruturada para o DSM-IV ("padrão-ouro").

RESULTADOS: A consistência interna da versão brasileira do questionário de transtornos do humor, avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach, foi de 0,76 (IC 95%; 0,69-0,92). Uma análise de componentes principais com rotação ortogonal indicou fator de "irritabilidade-pensamentos acelerados" e outro de "energia-atividade", que explicaram 39,1% da variação dos escores. De acordo com o padrão-ouro, 69 (60,5%) dos participantes tiveram um diagnóstico de transtornos bipolares. Um escore do questionário de transtornos do humor de 8 ou mais itens apresentou uma sensibilidade de 0,91 (IC 95%; 0,85-0,98), especificidade de 0,70 (IC 95%; 0,62-0,75), valor preditivo positivo de 0,82 (IC 95%; 0,75-0,88) e valor preditivo negativo de 0,84 (IC 95%; 0,77-0,90).

CONCLUSÃO: Os resultados do presente estudo demonstram que a versão brasileira do questionário de transtornos do humor é um instrumento válido para o rastreio de transtornos bipolares. O instrumento necessita de validação em outros contextos (p.ex., serviços primários).

Descritores: Tradução (processo); Questionários; Transtorno bipolar; Estudos de validação; População.

Introduction

The USA National Comorbidity Survey Replication (n = 9,282), reported lifetime (and 12-month) prevalence estimates of 1.0% (0.6%) for type I bipolar disorder, 1.1% (0.8%) for type II bipolar disorder and 2.4% (1.4%) for subthreshold bipolar disorders.¹ Bipolar disorders (BDs) are associated with medical and psychiatric morbidity,² as well as functional impairment^{3,4} and elevated suicide rates.⁵

BDs are frequently unrecognized in various settings, often misdiagnosed as major depression, and inadequately treated.^{6,7} The results of a survey sponsored and conducted by the National Depressive and Manic-Depressive Association (DMDA), in the USA, showed that in patients with BD it was common to find a long delay between the onset of symptoms and appropriate diagnosis and treatment. Over one-third of patients took at least 10 years to receive a correct diagnosis after their first visit to the doctor. A large number of patients required intervention of more than one specialist (an average of 3.3 specialists) and only 53% of patients surveyed declared that they had been correctly diagnosed.⁸ Several lines of evidence suggest that early interventions in BD might improve clinical outcomes.⁹ Screening instruments have the potential to improve the recognition and ultimate treatment of BDs.

Recently, Hirschfeld et al. developed a self-report screening instrument for BDs that can be quickly scored by any mental health professional, namely the 'mood disorder questionnaire' (MDQ).¹⁰ Thus far, the MDQ has satisfactory psychometric properties for screening of BD in various different languages, such as French,¹¹ Italian,¹² Finnish,¹³ Spanish¹⁴ and Chinese.^{15,16}

There are more than 200 million Portuguese speakers all over the world, in locations including Portugal, Brazil, Cape Verde, Guinea-Bissau, Mozambique and the islands of Sao Tome and Principe. Portuguese ranks eighth among the most spoken languages in the world. The present research aims to develop and validate a Brazilian Portuguese version of the MDQ (B-MDQ) in a consecutive sample of psychiatric outpatients. This is part of a major effort to improve detection of bipolar disorders.

Method

This study was conducted at the outpatient clinics of the Hospital de Saúde Mental de Messejana. This mental health care facility receives a large number of patients for diagnostic evaluation and treatment of mood disorders, mostly referred by primary care services

The study protocol was approved by the Ethics Committee of the Hospital Universitário Walter Cantídio (Medical School/Universidade Federal do Ceará, process number 031.05.08). A signed informed consent was obtained for each subject before inclusion in the present study.

1. Instruments and procedures

The MDQ was first translated into Portuguese by two bilingual authors of the present study (psychiatrists). To ensure that the connotative meaning of items was not altered in the translation, it was back translated into English by a third mental health professional of English mother tongue. The three approved a final version. For the evaluation of semantic equivalence, both the reference and general meanings of words and items were considered. The reference meaning underlies the ideas and objects of the world in which

one or more words refer to. The general meaning take into account the impact these words assume in the cultural context of the target population. In other to evaluate if the initial translation was properly performed, a pilot analysis was done with five patients.

A convenience sample of 114 consecutive patients took part in this investigation. This sample size was estimated to detect a sensitivity of 0.90 with a minimal acceptable lower confidence limit of 0.75 for the MDQ.¹⁷

The MDQ is a short, single-page, paper and pencil self-report screening instrument for BD. It is divided into three sessions. The first session includes 13 Yes/No questions derived from the DSM-IV criteria and clinical experience. The second asks whether several symptoms have been experienced in the same period of time. The third part examines psychosocial impairment, classified as absent, minor, moderate or serious. In the original validation study,¹⁰ MDQ positive screening for BDs requires that seven or more positive symptoms are reported, with clustering within the same time period and causing moderate to severe problems.

A trained sixth-year medical student initially met each patient and completed a questionnaire with socio-demographic data and the B-MDQ. The participants of the study were then referred to a study psychiatrist in charge of conducting the diagnostic interview. The psychiatrist was trained to administer the mood module of the Structure Clinical Interview for the DSM-IV (SCID)¹⁸ and was blind to the initial B-MDQ results.

2. Statistical analyses

Statistical analyses were carried out using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 14.0 for Windows and the STATA version 10.0 for Windows. We used principal component analysis with orthogonal (Varimax) rotation to determine the construct validity of the B-MDQ. The factors were selected according to eigenvalues > 1 and Scree plot inspection. Rotated items with absolute values > 0.5 are reported. The area under the receiver operating characteristic (ROC) curve (with 95% CI) was determined. Operating characteristics of the B-MDQ were calculated from 2x2 contingency tables and reported as estimates of sensitivity, specificity, positive predictive value and negative predictive value (criterion validity). For internal consistency reliability, the Cronbach's alpha coefficient value (with 95% CI) for the B-MDQ was determined.

Results

The initial back-translated version of the MDQ was considered equivalent to the original version of the instrument (Appendix). The B-MDQ was well accepted by the patients during the pilot analysis, and no one mentioned difficulties understanding any of the items.

1. Description of the sample

The study included 114 patients (34 males, 80 females). Mean age was 42.7 years (SD = 12.9). Sixty-nine individuals (60.5%) received a diagnosis of bipolar spectrum disorder (bipolar type I: n = 55; bipolar type II: n = 6 and bipolar disorder not otherwise specified (NOS): n = 8). The marital status was as follows: 43 (37%) were married, 47 (41.2%) were single, 7 (6.1%) were widowed and 9 (7.9%) were divorced. Regarding education, 46 (40%) were illiterate and 68 (60%) had finished or were in high school.

2. Principal component analysis

Principal component analysis with Varimax rotation (with inspection of the scree plot) found two factors with eigenvalues > 1.0 . The two factors explained 39.1% of rotated variance. The first factor explained 27.3% of variance and had high loadings on items of 'irritability' (0.76) and 'racing thoughts' (0.71). The second factor had high loadings on 'more energy' (0.75) and 'more active' (0.70) and accounted for 11.8% of variance.

3. Internal consistency reliability

The frequency of endorsement of MDQ items ranged from 38.6 to 93.9% (the highest item endorsements were "feeling so good or hyper", "being more talkative or speaking faster than usual" and "being easily distracted"). Corrected item-total correlations were variable ranging from 0.18 to 0.68. Item-level analyses indicated that MDQ items assessing irritability (correlation coefficient - $r = 0.68$) and 'racing thoughts' ($r = 0.62$) were more highly correlated with total scores than were those evaluating elevated mood ($r = 0.18$) and 'feeling more self-confident' ($r = 0.29$). Cronbach's alpha coefficient value was 0.76 (95% CI; 0.69-0.92).

4. Sensitivity, specificity and predictive values

The area under the ROC curve was 0.87 (95% CI; 0.80-0.93; $p < 0.001$). A MDQ screening score of 8 or higher was chosen as the optimal cutoff (Figure 1), since it provided good sensitivity (0.91, 95% CI = 0.85-0.98) and specificity (0.70; 95% CI = 0.62-0.75). The PPV was 0.82 (95% CI = 0.75-0.88) and the NPV was 0.84 (95% CI = 0.77-0.90). The operating parameters for the MDQ were also adequate for the correct classification of bipolar type II and bipolar NOS patients. For the optimal cutoff of 8, the MDQ had good sensitivity (0.91; 95% CI = 0.8-0.99) and specificity (0.66; 95% CI = 0.54-0.77).

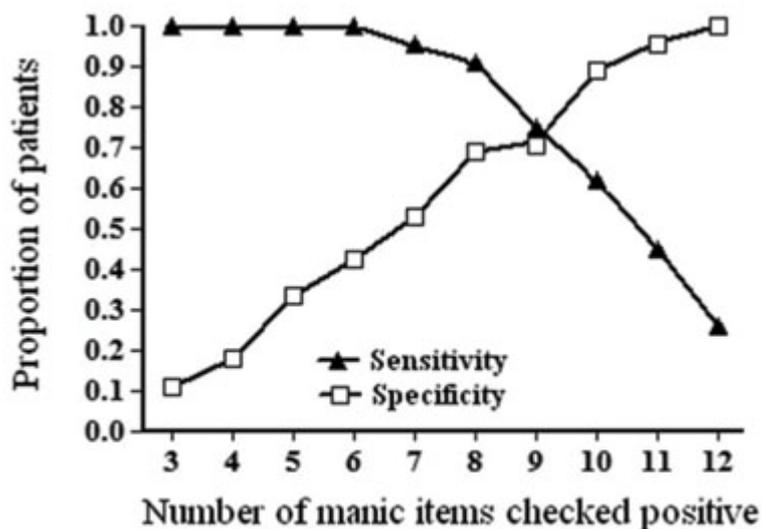


Figure 1 - Sensitivity and Specificity values for the mood disorder questionnaire at various test scores.

Discussion

The present paper assessed the validity of the Portuguese version of the MDQ as a screen for bipolar spectrum disorders in a psychiatric outpatient setting in Brazil. The two-factor structure of the B-MDQ was comparable to an 'irritability-racing thoughts' factor and an 'energized-activity' factor. Similar factors were also obtained in factor analysis of mania.^{19,20} The rotated factor solution of the present study was similar to those obtained in other studies of the MDQ.^{15,21} The internal consistency of the B-MDQ was similar to those previously described for psychiatric samples in other cultures.^{10,13,15}

The present paper assessed the sensitivity and specificity of the B-MDQ by using a face-to-face structured clinical interview for the DSM-IV as the 'gold standard' for diagnosis of bipolar spectrum disorders. The operating characteristics of the B-MDQ are adequate and are in the range of those of other instruments that are valid for screening of other psychiatric disorders.²² By using this 8-or-more item threshold, 9 out of 10 outpatients with a BD would be correctly identified by the B-MDQ, whereas 7 out of 10 who did not have a BD would be adequately screened out. The psychometric properties of the B-MDQ reported in this study mirrors that of the original validation study.¹⁰ Several other studies support the use of the MDQ for screening of BD in clinical samples.^{11,12,14}

For Zimmerman et al., the inclusion of patients treated in specialized mood disorder clinics with particular expertise and offering psychoeducation allowing patients to be more aware of their diagnosis would artificially inflate the performance of the MDQ.²³ In other settings, such as in the community, its power for detection might be poorer. Indeed, a general population study performed by Hirschfeld et al. demonstrated that the MDQ had good specificity (0.97), albeit lacking good sensitivity for the detection of BD (0.28).²⁴ Similar data were obtained from a study performed by Dodd et al. involving Australian women recruited from the community.²⁵ Thus, the MDQ might adequately rule out BD in the community. However, the use of the MDQ for screening studies involving general population samples might be compromised by the fact that many true cases of BD would be missed. There are evidences that BDs are highly prevalent among primary care patients.⁶ The psychometric properties of the MDQ for screening of BDs in primary care are yet to be determined.

There are limitations to the present study. Insight into illness was not assessed in the present study. However, a study by Miller et al.²⁶ did not demonstrate an influence of insight level in screening properties of the MDQ. Furthermore we did not evaluate severity of current mood symptoms of participants through standard rating scales.

Conclusion

The Brazilian Portuguese version of the MDQ is a brief and feasible method for improving the recognition of bipolar spectrum disorders among psychiatric clinical samples. Additional studies are needed to determine the performance of this instrument in other populations (e.g., community and primary care).²⁷ It should be emphasized that screening instruments are not a substitute for a comprehensive psychiatric evaluation. However, these data suggest that the B-MDQ might identify among psychiatric patients, those that need more careful investigation to detect bipolar spectrum disorders.

Disclosures

Writing group member	Employment	Research grant ¹	Other research grant or medical continuous education ²	Speaker's honoraria	Ownership interest	Consultant/ Advisory board	Other ³
Milena S. Castelo	UNIFOR	-	-	-	-	-	-
Eduardo R. Carvalho	-	-	-	-	-	-	-
Emilia S. Gerhard	-	-	-	-	-	-	-
Carlos Mauricio C. Costa	UFC	FUNCAP* CNPq*	-	-	-	-	-
Eduardo D. Ferreira	Hospital Psiquiátrico São Pedro	-	-	-	-	-	-
André F. Carvalho	UFC	CAPES*	-	AstraZeneca* Abbott*	-	-	-

* Modest

** Significant

*** Significant: Amounts given to the author's institution or to a colleague for research in which the author has participation, not directly to the author.

Note: UNIFOR = Universidade de Fortaleza; UFC = Universidade Federal do Ceará; FUNCAP = Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico; CNPq = Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; CAPES = Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

For more information, see Instructions for Authors.

References

1. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, Kessler RC. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):543-52. [[Links](#)]
2. Krishnan KR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med*. 2005;67(1):1-8. [[Links](#)]
3. Calabrese JR, Hirschfeld RM, Reed M, Davies MA, Frye MA, Keck PE, Lewis L, McElroy SL, McNulty JP, Wagner KD. Impact of bipolar disorder on a U.S. community sample. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(4):425-32. [[Links](#)]
4. MacQueen GM, Young LT, Joffe RT. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;103(3):163-70. [[Links](#)]
5. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997;170:205-28. [[Links](#)]
6. Das AK, Olfson M, Gameraoff MJ, Pilowsky DJ, Blanco C, Feder A, Gross R, Neria Y, Lantigua R, Shea S, Weissman MM. Screening for bipolar disorder in a primary care practice. *JAMA*. 2005;293(8):956-63. [[Links](#)]
7. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord*. 1994;31(4):281-94. [[Links](#)]
8. 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. [[Links](#)]

- 9.** Berk M, Malhi GS, Hallam K, Gama CS, Dodd S, Andreatza AC, Frey BN, Kapczinski F. Early intervention in bipolar disorders: clinical, biochemical and neuroimaging imperatives. *J Affect Disord.* 2009;114(1-3):1-13. [[Links](#)]
- 10.** Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE Jr, Lewis L, McElroy SL, Post RM, Rappaport DJ, Russell JM, Sachs. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry.* 2000;157(11):1873-5. [[Links](#)]
- 11.** Weber Rouget B, Gervasoni N, Dubuis V, Gex-Fabry M, Bondolfi G, Aubry JM. Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *J Affect Disord.* 2005;88(1):103-8. [[Links](#)]
- 12.** Hardoy MC, Cadeddu M, Murru A, Dell'Osso B, Carpiniello B, Morosini PL, Calabrese JR, Carta MG. Validation of the Italian version of the "Mood Disorder Questionnaire" for the screening of bipolar disorders. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2005;1:8. [[Links](#)]
- 13.** Isometsa E, Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Leppamaki S, Pippingskold M, Arvilommi P. The mood disorder questionnaire improves recognition of bipolar disorder in psychiatric care. *BMC Psychiatry.* 2003;3:8. [[Links](#)]
- 14.** Gonzalez A, Arias A, Mata S, Lima L. Validation of the spanish version of the mood disorder questionnaire to detect bipolar disorder type II in patients with major depression disorder. *Invest Clin.* 2009;50(2):163-71. [[Links](#)]
- 15.** Chung KF, Tso KC, Cheung E, Wong M. Validation of the Chinese version of the Mood Disorder Questionnaire in a psychiatric population in Hong Kong. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2008;62(4):464-71. [[Links](#)]
- 16.** Chung KF, Tso KC, Chung RT. Validation of the Mood Disorder Questionnaire in the general population in Hong Kong. *Compr Psychiatry.* 2009;50(5):471-6. [[Links](#)]
- 17.** Flahault A, Cadilhac M, Thomas G. Sample size calculation should be performed for design accuracy in diagnostic test studies. *J Clin Epidemiol.* 2005;58(8):859-62. [[Links](#)]
- 18.** Del Ben CM, Vilela JA, Crippa JA, Hallak JE, Labate CM, Zuardi AW. Reliability of the structured interview for the DSM-IV- clinical scale translated to Portuguese. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(3):156-9. [[Links](#)]
- 19.** Cassidy F, Forest K, Murry E, Carroll BJ. A factor analysis of the signs and symptoms of mania. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55(1):27-32. [[Links](#)]
- 20.** Serretti A, Rietschel M, Lattuada E, Krauss H, Held T, Nothen MM, Smeraldi E. Factor analysis of mania. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(7):671-2. [[Links](#)]
- 21.** Benazzi F, Akiskal HS. The dual factor structure of self-rated MDQ hypomania: energized-activity versus irritable-thought racing. *J Affect Disord.* 2003;73(1-2):59-64. [[Links](#)]
- 22.** Mulrow CD, Williams JW Jr, Gerety MB, Ramirez G, Montiel OM, Kerber C. Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med.* 1995;122(12):913-21. [[Links](#)]

- 23.** Zimmerman M, Posternak MA, Chelminski I, Solomon DA. Using questionnaires to screen for psychiatric disorders: a comment on a study of screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(5):605-10; discussion 721. [[Links](#)]
- 24.** Hirschfeld RM, Holzer C, Calabrese JR, Weissman M, Reed M, Davies M, Frye MA, Keck P, McElroy S, Lewis L, Tierce J, Wagner KD, Hazard E. Validity of the mood disorder questionnaire: a general population study. *Am J Psychiatry*. 2003;160(1):178-80. [[Links](#)]
- 25.** Dodd S, Williams LJ, Jacka FN, Pasco JA, Bjerkeset O, Berk M. Reliability of the Mood Disorder Questionnaire: comparison with the Structured Clinical Interview for the DSM-IV-TR in a population sample. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009;43(6):526-30. [[Links](#)]
- 26.** Miller CJ, Klugman J, Berv DA, Rosenquist KJ, Ghaemi SN. Sensitivity and specificity of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2004;81(2):167-71. [[Links](#)]
- 27.** Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM, Reed M, Davies MA, Frye MA, Keck PE Jr, Lewis L, McElroy SL, McNulty JP, Wagner KD. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(1):53-9. [[Links](#)]

Correspondence

André F. Carvalho
Departamento de Medicina Clínica, Faculdade de Medicina,
Universidade Federal do Ceará
Rua Professor Costa Mendes, 1608, 4º andar
60430-040 Fortaleza, CE, Brazil
Phone/Fax: (+55 85) 3261-7227
Email: andrefc7@terra.com.br

Submitted: February 2, 2010

Accepted: March 5, 2010

Appendix - Brazilian Portuguese Version of the Mood Disorder Questionnaire (Questionário de Transtornos do Humor)

	SM	NÃO
1 Já ocorreu algum período na sua vida em que seu jeito de ser mudou? É que...		
2 ...você se sentia tão bem ou tão para cima a ponto das outras pessoas pensarem que você não estava no seu jeito normal, ou você estava tão para cima a ponto de se envolver em problemas?		
3 ...você ficava tão irritado a ponto de gritar com as pessoas ou começava brigas ou discussões?		
4 ...você se sentia muito mais confiante em você mesmo do que o normal?		
5 ...você dormia menos que de costume e nem sequer sentia falta do sono?		
6 ...você fazia muito mais ou fazia mais rápido que o seu normal?		
7 ...os pensamentos corriam rapidamente em sua cabeça ou você não conseguia acalmar sua mente?		
8 ...você se distraía com tanta facilidade com as coisas ao seu redor, a ponto de ter dificuldade em manter a concentração ou o foco em uma atividade?		
9 ...você se sentia com muito mais energia que o seu normal?		
10 ...você ficava mais dado com as pessoas e mais expansivo que o seu normal, por exemplo, telefonava para os amigos no meio da noite?		
11 ...você ficava mais interessado em sexo que o normal?		
12 ...você fazia coisas que não eram comuns para você ou que faziam outras pessoas pensarem que você era exagerado, bobo ou se arriscava mais?		
13 ...gastar dinheiro causava problemas para você ou para sua família?		

2. Se você marcou SM em mais de uma das perguntas acima, várias delas ocorreram durante o mesmo período de tempo? Por favor, circule apenas uma resposta.

SM

NÃO

3. Até que ponto o problema o afetou - como sentiu-se incapaz de trabalhar, ter dificuldades com a família, com dinheiro ou problemas com a justiça, envolver-se em discussões ou brigas? Por favor, circule apenas uma resposta.

Nenhum problema

Problema pouco grave

Problema mais ou menos grave

Problema muito grave

[Appendix - Click to enlarge](#)



All the contents of this journal, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution License](#)

Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)

ANEXO J

ARTIGO 3

Validity of the Brazilian Portuguese version of the bipolar spectrum diagnostic scale

Validade da versão brasileira em português da escala diagnóstica do espectro bipolar

ARTIGO ORIGINAL

Validity of the Brazilian Portuguese version of the bipolar spectrum diagnostic scale

Validade da versão brasileira em português da escala diagnóstica do espectro bipolar

Milena S. Castelo¹, Eduardo R. Carvalho², Emília S. Gerhard³, Danielle Silveira Macêdo³, Eduardo D. Ferreira⁴, André F. Carvalho²

ABSTRACT

Objective: Bipolar spectrum disorders (BSDs) are prevalent and frequently unrecognized and undertreated. This report describes the development and validation of the Brazilian version of the bipolar spectrum diagnostic scale (B-BSDS), a screening instrument for bipolar disorders, in an adult psychiatric population. **Method:** 114 consecutive patients attending an outpatient psychiatric clinic completed the B-BSDS. A research psychiatrist, blind to the B-BSDS scores, interviewed patients by means of a modified version of the mood module of the Structured Clinical Interview for DSM-IV ("gold standard"). Subthreshold bipolar disorders were defined as recurrent hypomania without a major depressive episode or with fewer symptoms than those required for threshold hypomania. **Results:** The internal consistency of the B-BSDS evaluated with Cronbach's alpha coefficient was 0.89 (95% CI: 0.86-0.91). On the basis of the modified SCID, 70 patients (61.49%) of the sample received a diagnosis of BSDs. A B-BSDS screening score of 16 or more items yielded: sensitivity of 0.79 (95% CI: 0.72-0.85), specificity of 0.77 (95% CI: 0.70-0.83), a positive predictive value of 0.85 (95% CI: 0.78-0.91) and a negative predictive value of 0.70 (95% CI: 0.63-0.75). **Conclusion:** The present data demonstrate that the B-BSDS is a valid instrument for the screening of BSDs.

Keywords

Portuguese translation, bipolar spectrum diagnostic scale, bipolar disorders, validation, screening.

RESUMO

Objetivo: Transtornos do espectro bipolar (TEB) são prevalentes e comumente subdiagnosticados e subtratados. O presente trabalho descreve o desenvolvimento e a validação da versão brasileira da escala diagnóstica do espectro bipolar (B-EDEB), um instrumento de rastreio para transtornos bipolares, em uma população psiquiátrica adulta. **Método:** 114 pacientes consecutivos de um ambulatório psiquiátrico completaram a versão brasileira da B-EDEB. Um psiquiatra pesquisador, cego para os escores da B-EDEB, entrevistou os participantes por meio de uma versão modificada do módulo de transtornos do humor da entrevista clínica estruturada para o DSM-IV ("padrão-ouro"). **Resultados:** A consistência interna da B-EDEB, avaliada mediante o coeficiente alfa de Cronbach, foi de 0,89 (IC 95%; 0,86-0,91). De acordo com o padrão-ouro, 70 (61,4%) participantes tiveram diagnóstico de TEB. Um escore da B-EDEB de 16 ou mais itens apresentou sensibilidade de 0,79 (IC 95%; 0,72-0,85), especificidade de 0,77 (IC 95%; 0,70-0,83), valor preditivo positivo de 0,85 (IC 95%; 0,78-0,91) e valor preditivo negativo de 0,70 (IC 95%; 0,63-0,75). **Conclusão:** Os resultados do presente estudo demonstram que a B-EDEB é um instrumento válido para o rastreio de TEB.

Palavras-chave

Tradução em português, escala diagnóstica do transtorno bipolar, transtornos bipolares, validação, rastreio.

Recebido em
16/07/2010
Aprovado em
16/09/2010

1 Universidade de Fortaleza (Unifor), Faculty of Medicine, Fortaleza, CE.
2 Universidade Federal do Ceará (UFC), Faculty of Medicine, Department of Clinical Medicine, Fortaleza, CE.
3 UFC, Faculty of Medicine, Department of Physiology and Pharmacology.
4 Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre, RS.

Endereço para correspondência: André F. Carvalho
Departamento de Medicina Clínica, Faculdade de Medicina, UFC
Rua Professor Costa Mendes, 1608, 4º andar – 60480-040 – Fortaleza, Ceará, Brasil.
Tel/fax: (+55 85) 3261-7227
E-mail: andrefc@terra.com.br

INTRODUCTION

The U.S. National Comorbidity Survey Replication (NCS-R – $n = 9,282$) reported lifetime (and 12-month) prevalence estimates of 1.0% (0.6%) for type I bipolar disorder (BD), 1.1% (0.8%) for type II BD and 2.4% (1.4%) for subthreshold BD¹. The disorder is of significant burden and economic impact in the general population. It is ranked as the eighth leading cause of medical disability worldwide². Bipolar disorders are associated with medical and psychiatric morbidity³, as well as functional impairment⁴ and elevated suicide rates⁵.

Despite its public health impact, bipolar disorders are frequently unrecognized in various settings, often misdiagnosed as major depression, and inadequately treated^{6,7}. The resultant delayed diagnosis might have long-term adverse effects on several aspects of bipolar disorder (e.g., cognition and functioning)⁸.

Recently, Ronald Pies developed a comprehensive screening questionnaire that aimed to screen the whole spectrum of bipolar disorders, including the so-called soft bipolarity cases. Hence, this instrument was named the bipolar spectrum diagnostic scale. The sensitivity and specificity of the instrument was assessed on 68 outpatients with bipolar spectrum disorder. The sensitivity was 0.76 and the specificity was 0.85⁹.

There are more than 200 million Portuguese speakers all over the world, in locations including Portugal, Brazil, Cape Verde, Guinea-Bissau, Mozambique and Sao Tome and Principal Islands. Portuguese ranks eighth among the most spoken languages in the world. The present research aimed to develop and validate a Brazilian Portuguese version of the BSDS (B-BSDS) in a consecutive sample of psychiatric outpatients. This work is part of a major effort to improve the detection of bipolar spectrum disorders.

METHOD

This study was conducted at the outpatient clinics of the Hospital de Saúde Mental de Messejana. This mental health care facility receives, mainly from primary care health services, a large number of patients for diagnostic evaluation and treatment of mood disorders.

The study protocol was approved by the Ethics Committee of the Hospital Universitário Walter Cantídio (Faculty of Medicine/Federal University of Ceará). Signed informed consent was obtained for each subject prior to inclusion in the present study.

Instruments and procedures

The BSDS was first translated into Portuguese by two bilingual authors of the present study (psychiatrists). To ensure that the connotative meaning of items was not altered in

the translation, it was back translated into English by a third mental health professional of English mother tongue. The three approved a final version. For the evaluation of semantic equivalence, both the reference and general meanings of words and items were considered. The reference meaning underlies the ideas and objects to which one or more words refer to. The general meaning take into account the impact these words assume in the cultural context of the target population. In order to evaluate if the initial translation was properly performed, a pilot analysis was done with five patients.

A convenience sample of 114 consecutive patients took part in this investigation. This sample size was estimated to detect a sensitivity of 0.80 with a minimal acceptable lower confidence limit of 0.70 for the BSDS¹⁰.

The BSDS is a self-report narrative-based scale developed by Ronald Pies, which was revised and validated by Ghaemi *et al.*⁹. It consists of a one-page story in the first part – containing 19 positively valenced sentences, as third person, included some typical mood swing experiences – and one simple multiple-choice question in the second part to rate how well the story describes oneself.

A senior medical student initially met each patient and completed a questionnaire with socio-demographic data and the B-BSDS. The participants were then referred to a study psychiatrist in charge of conducting the diagnostic interview. The psychiatrist was trained to administer the mood module of the Structured Clinical Interview for the DSM-IV (SCID)¹¹, as modified according to procedures of the U.S. National Comorbidity Survey Replication¹. Briefly, subthreshold bipolarity included any of the following: (1) recurrent subthreshold hypomania (≥ 2 criterion B symptoms and all other criteria for hypomania) in the presence of intercurrent major depressive episode (MDE), (2) recurrent (≥ 2 episodes) hypomania in the absence of recurrent MDE with or without subthreshold MDE, and (3) recurrent subthreshold hypomania in the absence of intercurrent MDE. The number of required symptoms for a determination of subthreshold hypomania was confined to 2 criterion B symptoms (from the DSM-IV requirement of 3, or 4 if the mood is only irritable) to retain the core features of soft hypomania.

Statistical analyses

Statistical analyses were carried out with the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 14.0 for Windows and the STATA version 10.0 for Windows. The area under the receiver operating characteristic (ROC) curve (with 95% CI) was determined. Operating characteristics of the B-BSDS were calculated from 2 x 2 contingency tables and reported as estimates of sensitivity, specificity, positive predictive value and negative predictive value (criterion validity). For internal consistency reliability, the Cronbach's alpha coefficient value (with 95% CI) for the B-BSDS was determined.

RESULTS

The initial back-translated version of the BSDS was considered equivalent to the original version of the instrument (Appendix). The B-BSDS was well understood by patients during pilot interviews.

Description of the sample

The study included 114 patients (34 males, 80 females). Mean age was 42.7 years (SD = 12.9). Among them, 70 (61.4%) received a diagnosis of bipolar spectrum disorder (bipolar I: n = 55; bipolar II: n = 6; and bipolar disorder not otherwise specified: n = 9). Among bipolar patients, a delay of 6.9 ± 3.5 years from symptom onset and treatment initiation was observed.

Internal consistency reliability

Corrected item-total score correlations varied from 0.30 (item 19) to 0.78 (item 2). All the correlations were significant (at $p < 0.01$; Spearman's test). A Cronbach's alpha coefficient for the B-BSDS of 0.89 (95% CI: 0.86-0.92) was obtained.

Sensitivity, specificity and predictive values

The area under the ROC curve was 0.81 (95% CI: 0.72-0.89) (Figure 1). A cutoff of 16 was selected for optimum balance between sensitivity and specificity. The operating parameters at this cutoff score were, as follows: sensitivity of 0.79 (95% CI: 0.72-0.85); specificity of 0.77 (95% CI: 0.70-0.83); positive predictive value of 0.85 (95% CI: 0.78-0.91); and a negative predictive value of 0.70 (95% CI: 0.63-0.75) (Table 1).

Appendix. Escala Diagnóstica do Espectro Bipolar (EDEB)

Instruções – Por favor, leia o texto inteiro antes de preencher os espaços em branco.

Algumas pessoas notam que seu humor e nível de energia mudam radicalmente de uma fase para outra. ____ Essas pessoas notam que, às vezes, seu humor e/ou nível de energia está muito baixo e às vezes está muito alto. ____ Durante essas fases "para baixo", essas pessoas sentem sem pre falta de energia, têm necessidade de ficar na cama ou de dormir mais e têm pequena ou nenhuma vontade de fazer as coisas que precisam ser feitas. ____ Basicamente aumentam de peso durante esses períodos. ____ Durante as fases "para baixo", essas pessoas se sentem desanimadas, tristes ou deprimidas o tempo todo. ____ Algumas vezes, durante essas fases "para baixo", se sentem sem esperança e pensam em morrer ou se matar. ____ O desempenho no trabalho ou nas atividades sociais é prejudicado. ____ Essas fases "para baixo" duram poucas semanas, mas algumas vezes duram somente poucos dias. ____ As pessoas com esse comportamento podem experimentar um período de humor "normal" entre os períodos de variação de humor; durante essas fases o humor e a energia estão normais e a capacidade de funcionar não sofre nenhuma alteração. ____ Podem, depois, mudar e repente ou terem uma reviravolta no jeito de sentir as coisas. ____ A energia aumenta acima do normal para elas e elas geralmente fazem muitas coisas que normalmente não fariam. ____ Geralmente, durante essas fases "para cima", essas pessoas sentem como se tivessem muita energia ou se sentem o máximo. ____ Essas pessoas durante as fases "para cima" se sentem irritadas, no limite ou agressivas. ____ Algumas pessoas durante essas fases "para cima" se envolvem em muitas atividades ao mesmo tempo. ____ Durante esses períodos "para cima", algumas pessoas podem gastar dinheiro de um jeito que cria problemas para elas. ____ Durante essas fases, elas podem ficar mais falantes, mais dadas ou terem mais vontade de ter relações sexuais. ____ Algumas vezes, durante essas fases "para cima", seus comportamentos parecem estranhos ou irritam os outros. ____ Algumas vezes, essas pessoas se envolvem em problemas com colegas do trabalho ou com a polícia durante esses períodos "para cima". ____ Algumas vezes, elas aumentam o uso do álcool ou de outras drogas ilícitas durante essas fases "para cima". ____

Agora que você leu o texto inteiro, por favor, marque uma das quatro opções:

- () Esta história tem tudo ou quase tudo a ver comigo.
 () Esta história tem mais ou menos a ver comigo.
 () Esta história tem pouca a ver comigo.
 () Esta história não tem nada a ver comigo.

Agora, por favor, volte e coloque um "X" depois de cada frase que definitivamente tenha a ver com você.

Pontuação – Cada sentença assinalada vale um ponto. Adicione 6 pontos para "tem tudo ou quase tudo a ver comigo", 4 pontos para "tem mais ou menos a ver comigo" e 2 pontos para "tem pouca a ver comigo".

Table 1. Sensitivity, specificity and predictive values of the B-BSDS for various cutoff scores

Cutoff score	Sensitivity(95%CI)	Specificity(95%CI)	Positive predictive value(95%CI)	Negative predictive value(95%CI)
14	85.7% (79.2-92.2)	61.4% (54.9-67.8)	77.9% (71.5-84.4)	72.9% (66.5-79.4)
15	82.8% (76.4-89.3)	68.2% (61.7-74.6)	85.3% (78.8-91.8)	85.2% (78.7-91.6)
16	78.5% (72.1-85)	77.3% (70.8-83.7)	84.6% (78.1-91.1)	70.0% (62.9-75.8)
17	70% (63.5-76.5)	77.3% (70.8-83.7)	83.1% (76.6-89.5)	61.8% (55.3-68.2)
18	58.5% (52.1-65)	79.5% (73.1-86)	82.0% (75.5-88.5)	54.0% (48.2-61.0)

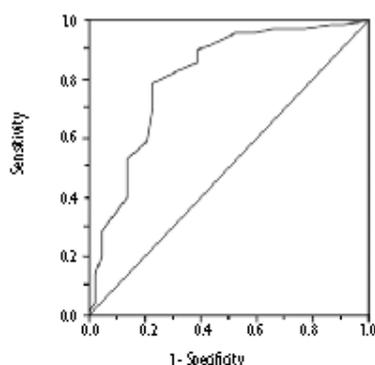


Figure 1. Receiver operating characteristics (ROC) curve for the B-BSDS in the whole sample.

DISCUSSION

As far as we know, this was the first study to assess the validity of the bipolar spectrum diagnostic scale in Brazilian samples. The psychometric properties of the B-BSDS were similar to those of the original English version of the instrument. The cutoff of 16 was optimum for the B-BSDS, whereas a cutoff of 13 was chosen for the original version. In the study by Ghahemi *et al.*⁹ the bipolar not otherwise specified (NOS) group was incremented according to the somewhat over-inclusive guidelines proposed by Akiskal and Pinto¹². In the present study, we applied for the diagnosis of bipolar NOS the extended criteria used in the NCS-R study. The bipolar NOS group of the NCS-R study was significantly impaired and the data were drawn from a representative US population sample (therefore, increasing external validity of the criteria)¹.

We are aware of a single study that tried to validate the BSDS in a different cultural milieu. The Persian version of the BSDS was not as sensitive and specific as the original one¹³. However, the discrepant data might have been due to differences in "gold-standard" criteria used (i.e., the authors used the strict DSM-IV definition)¹³. Thus, some bipolar NOS patients might have been classified as lacking a bipolar spectrum disorder.

There are limitations to the present study. Insight into illness was not assessed. However, a recent study did not demonstrate a negative impact of insight level on psychometric properties of another screening instrument (i.e., the mood disorder questionnaire)¹⁴. A significant relationship between BSDS and the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) scores was not observed⁹. Furthermore, current mood symptoms of the participants were not evaluated through standard rating scales (e.g., Montgomery-Åsberg depression rating scale, Young mania rating scale). The psychometric properties of the B-BSDS might vary as a function of symptom severity.

Bipolar disorder type I is clearly over-represented in this study. This might be explained by the fact that our sample derived from a tertiary psychiatric clinic, in which more severe cases are treated. Separate analyses of the B-BSDS screening properties for the detection of bipolar type II/NOS could not be performed due to inadequate statistical power.

The true prevalence of bipolar spectrum disorders in primary care is uncertain. Previous studies have estimated the prevalence of bipolar disorders between 0.7% and 1.2%¹⁵⁻¹⁷. Recently, Das *et al.*¹⁸ found a prevalence of 9.8% for this group of disorders in a primary care practice. The same authors demonstrated that only 6.5% ($n = 7$) reported taking a mood stabilizing agent in the month before interview. The differences in prevalence rates across studies might reflect differences in the accuracy of screening instruments for the detection of milder cases⁹. Primary care practices might prove to be the optimum environments for screening bipolar spectrum disorders.

The promising results of the present work encourage the design of future studies to assess the psychometric properties of the B-BSDS in primary care settings. These data represent part of a major effort to improve recognition and ultimate treatment of bipolar spectrum disorders.

CONCLUSION

The Brazilian Portuguese version of the BSDS is a brief and feasible method for improving the recognition of bipolar spectrum disorders among psychiatric clinical samples. The B-BSDS psychometric data are in the range of other valid instruments used to screen psychiatric disorders. Additional studies are needed to determine the performance of this instrument in other populations (e.g., community and primary care). It should be emphasized that screening instruments are not a substitute for a comprehensive psychiatric evaluation. However, the B-BSDS might aid in the correct detection and/or exclusion of the whole spectrum of bipolar disorders.

REFERENCES

1. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):543-52.
2. Murray CJ, Lopez AD. Evidence-based health policy - lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*. 1996;274(5288):1740-3.
3. Krishnan RR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med*. 2005;67(1):1-8.
4. Calabrese JR, Hirschfeld RM, Reed M, Davies M, Frye MA, Rock PE, et al. Impact of bipolar disorder on a U.S. community sample. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(4):425-32.
5. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997;170:205-28.

6. Hirschfeld RM, Lewis L, Wolk L. 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.
7. Lish JD, Dime-Meanan S, Whybrow PC, Price R, Hirschfeld RM. The National Depressive and Manic-depressive Association (NDMA) survey of bipolar members. *J Affect Disord*. 1994;31(4):281-94.
8. Berk M, Malhi GS, Hillam K, Gama CS, Dodd S, Andreazza AC, et al. Early intervention in bipolar disorders: clinical, biochemical and neuroimaging imperatives. *J Affect Disord*. 2009;114(1-3):1-13.
9. Ghaemi SN, Miller C, Bery DA, Klugman J, Rosenquist KJ, Pies RW. Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *J Affect Disord*. 2005;84(2):73-7.
10. Flahault A, Cadilhac M, Thomas G. Sample size calculation should be performed for design accuracy in diagnostic test studies. *J Clin Epidemiol*. 2005;58(8):859-62.
11. Del Ben CM, Vilela JA, Grippo JA, Hallak JE, Labate CM, Zuardi AM. Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica" traduzida para o português. [Reliability of the structured interview for the DSM-IV - clinical scale translated to Portuguese]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(3):156-9.
12. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr Clin North Am*. 1999;22(3):517-34. vii.
13. Shabani A, Kooli-Habibi L, Nojomi M, Chimeh N, Ghaemi SN, Soleimani N. The Persian Bipolar Spectrum Diagnostic Scale and mood disorder questionnaire in screening the patients with bipolar disorder. *Arch Iran Med*. 2009;12(1):41-7.
14. Miller C, Klugman J, Bery DA, Rosenquist KJ, Ghaemi SN. Sensitivity and specificity of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2004;81(2):167-71.
15. Blocker CV, Clark RM. The prevalence and treatment of depression in general practice. *Psychopharmacology (Berl)*. 1983;95(Suppl):S14-7.
16. Ofeson M, Fireman B, Weissman MM, Leon AC, Sheehan DV, Kathol BG, et al. Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *Am J Psychiatry*. 1997;154(1):34-40.
17. Schulberg HC, Saul M, McLelland M, Ganguli M, Christy W, Frank R. Assessing depression in primary medical and psychiatric practices. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42:1164-70.
18. Das JK, Ofeson M, Gorenoff MJ, Plowsky D, Blanco C, Feder A, et al. Screening for bipolar disorder in a primary care practice. *JAMA*. 2005;293(8):956-63.
19. Hantouche EG, Angst J, Akiskal HS. Factor structure of hypomanic interrelationships with cyclothymia and the soft bipolar spectrum. *J Affect Disord*. 2003;73:39-49.

ANEXO L

PROTOCOLO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Cód CEP- 031.05.08



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Rua Capitão Francisco Pedro, 1290 – Rodolfo Teófilo – 60.430-370 – Fortaleza-CE
FONE: (85) 3366-8589 / 4011-8213 - FAX: (85) 281-4961 - E-MAIL: cephuwc@huwc.ufc.br

Protocolo nº: 031.05.08

Pesquisadora Responsável: Milena Sampaio Castelo

Departamento / Serviço: Psiquiatria

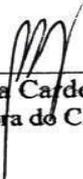
Título do Projeto: “Validação do “Questionário de Transtorno do Humor”, da “Escala Diagnóstica do Espectro Bipolar” em hospital universitário em Fortaleza-Ceará e utilização no estudo de pacientes em Unidades de Atenção Primária”

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio analisou na sessão do dia 26/05/08 o projeto de pesquisa: “Validação do “Questionário de Transtorno do Humor”, da “Escala Diagnóstica do Espectro Bipolar” em hospital universitário em Fortaleza-Ceará e utilização no estudo de pacientes em Unidades de Atenção Primária”, tendo como pesquisadora responsável Milena Sampaio Castelo.

Baseando-se nas normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções CNS 196/96, 251/97, 292/99, 303/00, 304/00, 347/05, 346/05), o Comitê de Ética resolve classificar o referido projeto como: **APROVADO.**

Salientamos a necessidade de apresentação de relatório ao CEP-HUWC da pesquisa dentro de 12 meses (data prevista: 26/05/09).

Fortaleza, 27 de maio de 2008.



 Dra. Mônica Cardoso Façanha
 Coordenadora do CEP - HUWC