

JOSÉ CAETANO DELL'AGLIO JÚNIOR

Prevalência do Transtorno Bipolar e do Espectro Bipolar em uma Amostra de  
Usuários de um Serviço de Saúde da Cidade de Porto Alegre/RS

Tese apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Psicologia da Pontifícia  
Universidade Católica do Rio Grande do  
Sul como requisito parcial para a  
obtenção do título de Doutor em  
Psicologia.

Orientadora: Prof. Dr. Adriane Xavier Arteche

Porto Alegre

2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

José Caetano Dell'Aglio Júnior

Prevalência do Transtorno Bipolar e do Espectro Bipolar em uma Amostra de  
Usuários de um Serviço de Saúde da Cidade de Porto Alegre/RS

**COMISSÃO EXAMINADORA**

Prof. Dr. Adriane Xavier Arteche  
Presidente

Prof. Dr. Renata Brasil Araújo  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Prof. Dr. Ricardo Silva  
Universidade Católica de Pelotas

Prof. Dr. Luciano Mattos de Souza  
Universidade Católica de Pelotas

Porto Alegre, julho de 2012

**D358p**

Dell'Aglio Júnior, José Caetano

Prevalência do transtorno bipolar e do espectro bipolar em uma amostra de usuários de um serviço de saúde da cidade de Porto Alegre/RS. / José Caetano Dell'Aglio Júnior. – Porto Alegre, 2012. 105 f.

Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Faculdade de Psicologia, PUCRS.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Adriane Xavier Arteche

1. Psicologia. 2. Transtorno Bipolar. 3. Espectro Bipolar. 4. Epidemiologia. I. Arteche, Adriane Xavier. II. Título.

**CDD 157.7**

**Ficha elaborada pela bibliotecária Anamaria Ferreira CRB 10/1494**

## AGRADECIMENTOS

Esta tese representa um momento ímpar na minha vida. Ela tem capítulos e personagens muito importantes. No início, houve a idealização megalomaniaca de um estudo epidemiológico abrangente. Com o tempo, fui “caindo na real” e vi que deveria ser mais modesto nos objetivos. Passou-se à coleta dos dados , aí, entram os primeiros personagens: os alunos de iniciação científica e os colegas psicólogos que realizaram as entrevistas. Aqui, destaco duas personagens fundamentais: a Paula Guths e a Sabrina Gomes de Souza Rusch. Muito obrigado gurias!

Após, começaram os capítulos ruins, onde se iniciava meu desânimo e descrédito na Academia. Neste momento, no entanto, foram muito importantes duas pessoas a quem credito todo o meu respeito e admiração: o sempre ponderado Aneron Canals e o “pequeno gênio” Luciano Souza.

A seguir, quando eu estava desistindo de ir adiante, surgiram os grandes heróis desta saga. A primeira foi a Nara Lima, que representou a linha divisória entre a desesperança e a esperança. Ali, vi que uma pessoa pode, sim, mudar positivamente o caminho de outra. E foi isto que aconteceu!

Entram em cena os “generais”, os quais eu sei que me defenderam corajosamente, quando não precisavam se incomodar por minha causa e o fizeram por consideração e pura amizade. Estes colegas são o Rodrigo Grassi e o Adolfo Pizzinato. Sou-lhes muito grato!

Entra na minha história, então, uma pessoa maravilhosa, querida, amiga e que me acolheu num momento em que muito poucas pessoas o fariam: a Adriane Arteche! Eu era, naquele momento, um suposto problema para qualquer professor. No entanto, ela abraçou a minha causa sem me conhecer e passou a ser a minha orientadora no sentido mais literal e acadêmico que esta palavra pode representar. Eu tive muita sorte, pois, além de ser totalmente disponível nos sete dias da semana, ela sabe muito, muito mesmo, do que faz em termos científicos. Uma característica que mais me deixava admirado: em relação aos dados e números de uma pesquisa, ela faz “de um limão, uma enorme limonada”. Adriane, eu te agradeço imensamente por tudo o que fizeste por mim nestes poucos meses que trabalhamos juntos e por teres me estimulado a ir até o fim! Jamais esquecerei disto!

Foram fundamentais na consecução da tese dois escudeiros, os quais juntaram-se a nós no final: a Líssia Basso e o querido Thiago Loreto. Muito obrigado pessoal!

Por fim, o elenco de apoio fundamental e sempre presente ao longo deste processo: minha família. Agradeço meus filhos, Eduardo e Ana Laura, pois tiveram que tolerar minha

ausência e foram pacientes ao me ver num processo que eles ainda não tinham condições de entender. Estas palavras finais dedico à pessoa que mais amo e admiro, a Ângela Figueiredo. Eu quero te agradecer por me estimular, quando eu queria desistir; por ser tolerante, quando eu descarregava em ti toda a minha irritação; por sorrir, quando eu te oferecia minha cara fechada; por segurar “a onda” com as crianças e a casa, enquanto eu me fazia ausente. Mas queria te agradecer, do fundo do meu coração, por me querer e me amares em momentos em que eu não te merecia e não te dava quase nada em troca. Te amo muito!

Muito obrigado a todos!

## RESUMO

### Prevalência do Transtorno Bipolar e do Espectro Bipolar em uma Amostra de Usuários de um Serviço de Saúde da Cidade de Porto Alegre/RS

A formulação de políticas em saúde mental depende de informações a respeito da frequência e distribuição dos transtornos psiquiátricos na população. Nas últimas décadas, tem havido um crescente interesse na epidemiologia dos Transtornos do Humor, principalmente do Transtorno Bipolar (TB), devido ao conhecimento, cada vez maior, por parte dos pesquisadores, de que formas sintomáticas mais atenuadas deste não são captadas pelos critérios e sistemas diagnósticos atuais e formam uma dimensão maior de síndromes chamada de Espectro Bipolar (EB). No entanto, no Brasil ainda são poucos os estudos acerca do TB e do EB, em especial há uma lacuna no que diz respeito aos indicadores de prevalência e fatores associados. Neste sentido, a presente tese teve como objetivo investigar a prevalência do TB e EB em uma amostra de usuários de um serviço de saúde da cidade de Porto Alegre/RS. Para tanto, foram desenvolvidos três estudos, sendo um teórico e dois empíricos – apresentados no formato de artigos. No primeiro artigo é apresentado o resultado de uma revisão sistemática de publicações nos últimos 14 anos que objetivou investigar achados sobre as prevalências do TB e do EB em estudos populacionais. Um total de 18 estudos foram selecionados e os resultados indicaram dados heterogêneos na prevalência do TB e EB com taxas variando entre 7,5% e 15,1%, respectivamente. O segundo artigo apresenta as prevalências dos subtipos do TB segundo o diagnóstico categórico baseado na SCID, o efeito sobre o transtorno de variáveis demográficas e a relação entre a prevalência deste transtorno e indicadores de saúde e intervenção psicoterápica. Os resultados indicaram prevalência para a vida para Qualquer TB de 17,0%, sendo 4,8% para TB I, 8,8% para TB II e 3,4% para o TB SOE. Ser do sexo feminino, jovem e nível de religiosidade emergiram como moderadores importantes para a prevalência de TB. Dentre as variáveis de saúde e intervenção, uso de tabaco, tratamento psicológico ou psiquiátrico passado ou presente, uso de medicação e internação psiquiátrica estão associados ao TBO. O terceiro artigo apresenta as prevalências do EB, na mesma amostra populacional, obtidas através do instrumento Hypomania Checklist (HCL-32) e a relação do diagnóstico espectral com o diagnóstico categórico de TB, estabelecido através da SCID, além de apresentar evidências de validade de construto e propriedades psicométricas do HCL-32. Os resultados indicaram que o HCL-32 demonstrou uma boa consistência interna. No ponto de corte  $\geq 14$  observou-se uma prevalência muito alta do espectro bipolar (70,0%), enquanto no ponto de corte  $\geq 26$  a prevalência foi de 10,7%. Observa-se através dos três estudos uma prevalência elevada do TB e sugere-se que o uso de instrumentos adequados de detecção de hipomania em suas formas atenuadas possa ampliar este diagnóstico para o já reconhecido EB. Os achados desta tese, em uma amostra reduzida da população local, estimulam que estudos maiores sejam feitos no Brasil, objetivando a obtenção de prevalências do TB e do EB e suas variáveis sociodemográficas.

Palavras-Chave: Transtorno Bipolar; Espectro Bipolar; HCL-32; epidemiologia

## ABSTRACT

### Prevalence of Bipolar Disorder and Bipolar Spectrum in a sample of health care users of Porto Alegre city/ Brazil

The development of mental health policies relies on information concerning prevalence and distribution of mental health disorders in the general population. In the past few decades there has been a growing interest in the epidemiology of Mood Disorders and, in special, in the prevalence of Bipolar Disorders (BD). This interest has followed the accumulated research-based evidence that sub threshold forms of the disorder comprise a wider syndrome named Bipolar Spectrum (BS) and are not detected via the most used standardized criteria. Nevertheless, there is little information in Brazil regarding both BD and BS and, in particular, there is a lack of research about its prevalence and associated factors. Therefore, this study aimed to investigate the prevalence of both BD and BS in a sample of health care users of Porto Alegre city/Brazil. Three studies (one theoretical and two empirical) were developed and presented in manuscript format. The first paper consists of a systematic review of 14 years of publications about the prevalence of BD and BS in population studies. A total of 18 studies met inclusion criteria and the results revealed variable findings with the greater prevalence being 7,5% and 15,1%, respectively. The second paper investigated the prevalence of BD and its subtypes via the diagnostic criteria established by the SCID, and the association between BD and demographic variables, health and intervention indicators. Results revealed a lifetime prevalence of 17,0% for any BD, 4,8% for BDI I, 8,8% for BD II and 3,4% for BD NOS. Being female, young and religious emerged as moderators for the prevalence of BD. Among health and intervention indicators, smoking, taking part in psychological or psychiatric treatment, use of medication and admission in mental health hospital were associated with any BD. The third paper presents the prevalence of BS accessed via the Hypomania Checklist (HCL-32) and the relationship between BS diagnosis and BD categorical diagnosis accessed via the SCID, as well as demonstrated the psychometric properties of the HCL-32. Results revealed good internal consistency for the HCL-32. Using the  $\geq 14$  threshold a high prevalence of BS was observed (70,0%), whereas using the  $\geq 26$  threshold the observed prevalence was 10,7%. The three studies suggest a high prevalence of both BD and indicate that the use of appropriated instruments for diagnosis of hypomania and its lighter forms may expand this diagnosis for the BS. Findings of this thesis relate to a somewhat small sample and therefore larger studies are needed in an attempt to confirm the prevalence of BD and BS and its associated factors in the Brazilian population.

Keywords: Bipolar Disorder; Bipolar Spectrum; HCL-32; epidemiology

## SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	9
Número da Área do CNPQ.....	11
Introdução.....	12
Capítulo 1 - Estudo Teórico - Revisão Sistemática da Prevalência do Transtorno Bipolar e do Espectro Bipolar em Estudos de Base Populacional.....	21
Capítulo II – Estudo Empírico - Prevalência do Transtorno Bipolar em uma Amostra de Usuários de Unidade Básica De Saúde a Partir da SCI-IV.....	37
Capítulo III – Estudo Empírico - Avaliação da Prevalência do Espectro Bipolar Através do Hypomania Checklist (HCL-32).....	62
Considerações Finais.....	88
ANEXO 1 – Parecer Comitê de Ética.....	90
ANEXO 2 – Carta de Autorização.....	91
ANEXO 3 – Termo de Consentimento e Livre Esclarecido.....	92
ANEXO 4 – Manual de Trabalho de Campo.....	93
ANEXO 5 – Ficha Sociodemográfica.....	98
ANEXO 6 – HCL-32.....	102
ANEXO 7 – BDI-II.....	105
ANEXO 8 - Carta aos participantes.....	107



## LISTA DE TABELAS

Capítulo I - Revisão Sistemática da Prevalência do Transtorno Bipolar e do Espectro Bipolar em Estudos de Base Populacional.....	21
Tabela 1 - Taxas de prevalência de transtornos bipolares.....	23
Tabela 2 - Espectro bipolar concebido por Angst et al., 2003.....	24
Tabela 3 - Prevalências de Transtorno Bipolar (TB) e Espectro Bipolar (EB).....	26
Capítulo II - Prevalência do Transtorno Bipolar em uma Amostra de Usuários de Unidade Básica De Saúde a Partir da SCID-IV.....	37
Tabela 1 - Caracterização da amostra em relação a variáveis demográficas, indicadores de saúde e intervenção.....	47
Tabela 2 - Prevalência de Transtornos e Episódios de Humor, segundo SCID.....	48
Tabela 3 - Efeito das variáveis demográficas na prevalência do Transtorno Bipolar.....	50
Tabela 4 - Efeito dos indicadores de saúde e intervenção na prevalência do Transtorno Bipolar.....	51
Tabela 5 - Regressão logística das variáveis demográficas e indicadores de saúde na prevalência de Qualquer Transtorno Bipolar.....	52
Capítulo III – Avaliação da Prevalência do Espectro Bipolar Através do Hypomania Checklist (HCL-32).....	62
Tabela 1 - Caracterização da amostra em relação a variáveis demográficas, indicadores de saúde e intervenção.....	70
Tabela 2 - Matriz Fatorial do Hypomania Checklist (HCL-32) – Versão 32 Itens.....	74
Tabela 3 - Média, desvio-padrão e prevalência no espectro bipolar para o HCL total e subfatores para homens e mulheres.....	77

Tabela 4 - Percentual de participantes com e sem diagnóstico categórico de TB e TDM determinado pela SCID que incluem-se no espectro bipolar determinado pelo HCL-32.....	77
---	----

**NÚMERO DA ÁREA DO CNPQ**

7.07.00.00-1 Psicologia

4.06.01.00-5 Epidemiologia

4.01.04.00-1Psiquiatria

## Introdução

Os termos mania e melancolia e as descrições clínicas do que, atualmente, conhecemos como Transtornos de Humor podem ser vistos já na Grécia antiga. Contudo, a visão moderna dos Transtornos de Humor só se concretizou a partir do século XIX, com o trabalho de psiquiatras franceses e alemães como Falret, Baillarger, Kahlbaum e, principalmente, de Kraepelin (Stone, 1997) e culminou com a elaboração de sistemas de classificação de transtornos mentais. Os dois maiores sistemas de classificação em uso, nos dias atuais, são o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision-DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) e o Código Internacional de Doenças-CID-10 (World Health Organization, 1992).

Dentre estes sistemas, apesar de cada um ter sua própria história particular, ambos foram significativamente influenciados, em 1970, pelo desenvolvimento de critérios diagnósticos explícitos com critérios claramente especificados de inclusão, exclusão e duração pelo grupo da Washington University (Feighner et al., 1972) e pelo Research Diagnostic Criteria- RDC (Spitzer et al., 1978). Esta abordagem foi, primeiramente, introduzida num sistema de classificação oficial no DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) e sua influência rapidamente se espalhou para fora dos Estados Unidos e foi, também, adotado na CID-10.

Com base nesses sistemas classificatórios os Transtornos de Humor se definem fundamentalmente por perturbações do humor ou afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade) ou de uma elevação, e se destacam pela sua elevada prevalência. Os estudos sugerem que os transtornos do humor, principalmente os relacionados com a depressão, são uns dos mais comuns transtornos mentais, com prevalência para a vida, em muitos estudos, entre 17 e 24% (Bijl, Ravelli & van Zerssen, 1998; Jacobi et al., 2004; Kessler et al., 2003; Szadoczky, Papp, Vitrai, Rihmer, & Furedi, 1998). Além da alta frequência na população em geral, destaca-se também a alta recorrência dos transtornos de humor.

Dentre os Transtornos de Humor, o Transtorno Depressivo Maior destaca-se pela alta recorrência. Keller e Bolland (1998) apontam que mais de 75% dos pacientes experimentam mais de um episódio depressivo. No que diz respeito à recorrência de episódios depressivos, uma questão que emerge é se isto reflete um caráter verdadeiramente unipolar (UP) do transtorno ou se sinais de bipolaridade são subestimados. Nos últimos anos, paralelo ao interesse dos pesquisadores pelos transtornos de humor e, em especial, pelos aspectos de recorrência do TDM e o consequente questionamento acerca da especificidade do

diagnóstico, observa-se um aumento do interesse no estudo da prevalência e identificação tanto do Transtorno Bipolar, quanto do espectro bipolar.

O Transtorno Bipolar se define, com base nos critérios categóricos do DSM-IV, TR como um transtorno do humor caracterizado por um curso episódico e recorrente, com extremas flutuações do humor, resultando em significativo prejuízo no funcionamento social, interpessoal e ocupacional. Os transtornos bipolares são doenças psiquiátricas crônicas que demoram, em média, 10 anos, desde o início dos sintomas, para serem corretamente diagnosticados e tratados (Suppes et al., 2001; Hirschfeld, Lewis & Vornik, 2003). Mesmo suas formas subsindrômicas, ou subliminares, carregam elevado potencial de desfechos negativos sociais e funcionais em adolescentes (Lewinsohn, Klein & Seeley, 1995) e adultos (Angst et al., 2003). Provavelmente as taxas elevadas de comorbidades com alcoolismo e abuso/dependência de substâncias e com transtornos ansiosos potencializam as consequências negativas do TB (Goodwin & Jamison, 2007). Grandes levantamentos biológicos apontaram para uma prevalência do TB ao longo da vida em torno de 1% (Bebbington & Ramana, 1995), mas estudos clínicos e populacionais mais recentes evidenciaram taxas entre 3,0 e 8,3% (Angst, 1998). O Transtorno Bipolar é igualmente prevalente entre homens e mulheres (Goodwin & Jamison, 2007), sendo mais frequente entre solteiros e separados (Akiskal et al., 1995).

Já o espectro bipolar inclui formas clássicas do transtorno do humor bipolar e formas mais leves, inclusive temperamentais, e que não preenchem os atuais critérios diagnósticos da CID-10 (OMS, 1993) e do DSM-IV-TR (APA, 2002). As manifestações mais suaves dos sintomas maníacos são difíceis de determinar, porque os pacientes tendem a se queixar apenas dos sintomas depressivos, muito mais frequente ao longo da vida, identificando os sintomas maníacos como momentos, ou períodos, de bem-estar ou remissão (Ghaemi, Ko & Goodwin, 2002). Por outro lado, os clínicos e pesquisadores tendem a não pesquisar os sintomas do espectro maníaco, corroborando para a ideia de que o TB é raro (Bowden, 2001). Os estudos que se preocuparam em identificar a prevalência do espectro encontraram prevalências substancialmente mais altas do que as prevalências de TB com base em critérios categóricos, com achados entre 2,4 e 15,1% (Merikangas et al., 2011; Lee et al., 2009).

A identificação de pacientes pertencentes ao espectro bipolar possui grande importância clínica, social e econômica (Hirschfeld et al., 2003a; Simon, 2003), o que justifica a pertinência científica de estudos sobre esse transtorno. Apesar da terapêutica disponível, o espectro bipolar continua sendo pouco diagnosticado e inadequadamente tratado (Akiskal et al., 2000; Ghaemi et al., 2000). Entre as consequências oriundas da falta de

diagnóstico está o agravamento do curso pelo tratamento iatrogênico com antidepressivos, maior risco de suicídio, alcoolismo, drogadição, risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, principalmente AIDS, e problemas legais (Calabrese et al., 2003; Dunner, 2003). Indivíduos acometidos têm maiores taxas de desemprego e estão mais sujeitos a utilizarem serviços médicos e serem hospitalizados. Uma preocupação de grande magnitude, portanto, é identificar indivíduos que são bipolares.

Vários instrumentos específicos foram desenvolvidos para detectar condições bipolares. Alguns deles objetivam o acesso a traços e não indagam por sintomas dentro de episódios específicos (p.ex., *General Behavior Inventory* (Dupue et al., 1981) ou *Hypomania Personality Scale* (Eckblad & Chapman, 1985). Apesar de esses instrumentos serem freqüentemente usados para identificar indivíduos com transtornos (sub) afetivos (Lovejoy & Steuerwald, 1995; Klein, Dickstein, Taylor & Harding, 1989; Meyer & Hautzinger, 2002), eles são melhor entendidos como acessando fatores de risco para TB futuro (Kwapil et al., 2000; Blechert & Meyer, 2005). Outras escalas como a *Internal State Scale* (Bauer et al., 1991) e *Self-Rating Mania Inventory* (Shugar, Schertzer, Toner & Di Gasbarro, 1992), por outro lado, focam em sintomas atuais e não são aplicáveis para propostas de detecção. Recentemente, Hirschfeld e colaboradores (2000) publicaram o MDQ (*Mood Disorder Questionnaire*) como um instrumento de detecção. Apesar dos dados iniciais serem promissores com suficiente sensibilidade e especificidade (Hirschfeld et al., 2000), o conteúdo dos itens e outros relatos sugere que sua validade na população geral, ou seu poder de detectar TB II, ou outras condições bipolares subsindrômicas, poderiam ser restritos (Miller et al., 2004; Zimmerman, Posternak, Chelminsky & Solomon, 2004).

Recentemente, Angst e colaboradores (2005) desenvolveram um instrumento de detecção de autorrelato que (a) é focado primeiramente na identificação de bipolaridade em pacientes com depressão unipolar, (b) indaga sobre uma diversidade de sintomas (incluindo sintomas subliminares tal como “fazendo piadas” e “Eu estou menos tímido e inibido”), (c) inclui questões adicionais especificando duração e possíveis consequências subjetivas e negativas em áreas diferentes e (d) é testado simultaneamente em diferentes idiomas. O Hypomania Checklist (HCL-32) [ANEXO 6] adotou uma perspectiva dimensional de um espectro bipolar de “altos” normais a hipomania e mania (Angst et al., 2003; Meyer & Keller, 2003). Originalmente, o HCL foi usado repetidamente como um *checklist* de entrevista no estudo de coorte epidemiológico de Zurique (Angst, 1998; Wicki & Angst, 1991). O HCL com 20 itens (HCL-20) foi primeiramente usada na França para autorrelato de hipomania em um estudo e mostrou duplicar a detecção de condições bipolares (Hantouche, Angst &

Akiskal, 2003). Para implementar uma versão padrão internacional do HCL, Angst e colaboradores (2005) desenvolveram uma versão com 32 itens que inclui a versão original (20 itens), adicionando itens que provaram serem importantes no reconhecimento da hipomania. Evidências preliminares dão suporte à validade do HCL. Duas amostras clínicas de pacientes com unipolares e bipolares da Itália (n=186) e Suécia (n=240) mostraram similares perfis sintomatológicos e estruturas fatoriais. Ambas as amostras revelaram 02 fatores que foram denominados como “hipomania ativa/elevada” e “hipomania tomadora de riscos/irritável”. Fundamentalmente, apesar do HCL não ter sido capaz de discriminar entre TB-I e TB-II, distinguiu entre condições unipolares e bipolares com uma sensibilidade de 80,1% e uma especificidade de 51,4%. De modo interessante, a subescala “tomadora de riscos/irritável” foi mais relevante para distinguir transtornos unipolar e bipolar.

A utilidade do HCL-32 foi, também, recentemente mostrada em estudos clínicos na Sardenha e Barcelona (Sánchez-Moreno et al., 2005). No entanto, no Brasil apenas 01 estudo foi realizado, objetivando a sua validação (Soares et al., 2010). Observa-se, assim, que além da lacuna no que diz respeito a epidemiologia do TB identificado a partir de uma classificação categórica, há uma carência no cenário nacional em relação à prevalência do espectro bipolar.

Levando-se em conta os dados expostos acima, a tese aqui apresentada teve como objetivo investigar a prevalência de TB e de espectro bipolar em uma amostra de usuários de um serviço de saúde da cidade de Porto Alegre/RS e será dividida em três artigos, sendo um teórico e dois empíricos.

No primeiro artigo é apresentado o resultado de uma revisão sistemática de publicações, nos últimos 14 anos, que relataram achados sobre as prevalências do Transtorno Bipolar (TB) e do espectro bipolar em estudos populacionais. Foram pesquisados 434 manuscritos e 18 artigos preencheram os critérios de inclusão do estudo. O segundo artigo apresenta as prevalências dos subtipos do Transtorno Bipolar segundo o diagnóstico categórico baseado na SCID, o efeito sobre o transtorno de variáveis demográficas (sexo, idade, nível socioeconômico, escolaridade, estado civil, número de filhos, presença de trabalho remunerado e prática religiosa) e a relação entre a prevalência deste transtorno e indicadores de saúde (uso de tabaco, uso de álcool e problemas de saúde geral). A amostra utilizada foi de indivíduos entre 18 e 65 anos, dos sexos masculino e feminino, residentes na comunidade Vila Nossa Senhora de Fátima, na cidade de Porto Alegre, usuários do serviço de saúde do Campus Aproximado da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e a coleta de dados se deu nas dependências deste serviço, com os instrumentos sendo aplicados

por entrevistadores treinados. O terceiro artigo apresenta as prevalências do espectro bipolar, na mesma amostra populacional, obtidas através do instrumento Hypomania Checklist (HCL-32) e a relação do diagnóstico espectral com o diagnóstico categórico de TB, estabelecido através da SCID, além de apresentar evidências de validade de construto e propriedades psicométricas do HCL-32. Por fim, um capítulo de conclusões finais objetiva integrar os estudos realizados e propor sugestões para novas pesquisas.

### Referências

Akiskal, H.S., Maser, J.D., Zeller, P.J., Edincott, J., Coryell, W., Keller, M., et al. (1995). Switching from 'unipolar' to bipolar II. An 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Archives of General Psychiatry*, 52(2),114-123.

Akiskal, H.S., Bourgeois, M.L., Angst, J., Post, R. Möller, H., Hirschfeld, R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 59(suppl 1), S5–30.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition. Washington DC.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, Text Revision. Washington DC.

Angst, J. (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 10(1-3), 43-55.

Angst, J., Adolfsson, R., Benazzi, F., Gamma, A., Hantouche, E., Meyer, T.D., et al. (2005). The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 88, 217-233.

Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F., Ajdacic, V., Eich, D., Rössler, W., et al. (2003). Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *Journal of Affective Disorders*, 73, 133-146.

Bauer, M.S., Crits-Christoph, P., Ball, W. A., Dewees, E., McAllister, T, Alahi, P., et al. (1991). Independent assessment of manic and depressive symptoms by self-rating. *Archives of General Psychiatry*, 48, 807-812.

Bebbington, P., & Ramana, R. (1995). The epidemiology of bipolar affective disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 279-292.

Bijl, R.V., Ravelli, A., & van Zerssen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder



in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.

Blechert, J., & Meyer, T.D. (2005). Are the scales hypomanic personality, impulsive nonconformity and rigidity predictors of bipolar symptoms? *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 15-27.

Bowden, C.L. (2001). Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatric Services*, 52, 51-55.

Calabrese, J.R., Hirschfeld, R.M., Reed, M., Davies, M.A., Frye, M.A., Keck, P. E. et al., (2003). Impact of bipolar disorder on a U.S. community sample. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 425-432.

Dunner, D.L. (2003). Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. *Bipolar Disorders*, 5, 456-463.

Dupue, R.A., Slater, J. F., Wolfstetter-Kausch, H., Klein, D., Goplerud, E. & Farr, D. (1981). A behavioral paradigm for identifying persons at risk for bipolar depressive disorder: a conceptual framework and five validation studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 381-437.

Eckblad, M., & Chapman, L.J. (1986). Development and validation of a scale for hypomanic personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3), 214-222.

Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A. Jr; Winokur, G.; Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.

Ghaemi, S.N., Boiman, E.E., & Goodwin, F.K. (2000). Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 804-808.

Ghaemi, S.N., Ko, J.Y., & Goodwin, F.K. (2002). "Cade's Disease" and beyond: Misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 125-134.

Goodwin, F.K., & Jamison, K.R. (2007). *Manic-Depressive Illness*. New York. Oxford University Press.

Hantouche, E.G., Angst, J. & Akiskal, H.S. (2003). Factor structure of hypomania: interrelationships with cyclothymia and the soft bipolar spectrum. *Journal of Affective Disorders*, 73, 39-47.

Hirschfeld, R.M.A., Williams, J.B.M., Spitzer, R.L., Calabrese, J.R., Flynn, L., Keck, Jr., et al. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum

disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1873-1875.

Hirschfeld, R.M.A., Calabrese, J.R., Weissman, M.M., Reed, M., Davies, M.A., Frye, M.A., et al. (2003). Screening for bipolar disorder in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, *64*, 53-59.

Hirschfeld, R.M.A., Lewis, L., & Vornik, L.A. (2003). 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. *Journal of Clinical Psychiatry*, *64*, 161-174.

Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höfing, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, *34*, 597-611.

Keller, M.B. & Bolland, R.J. (1998). Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biological Psychiatry*, *44*, 348-360.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Keretz, D., Merikangas, K.R., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the national Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, *289*, 3095-3105.

Klein, D.N., Dickstein, S., Taylor, E.B., & Harding, K. (1989). Identifying chronic affective disorders in outpatients: validation of the General Behavior Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 106-111.

Kwapil, T.R., Miller, M.B., Zinser, C., Chapman, L.J., Chapan, J.P. & Eckblad, M. (2000). A longitudinal study of high scorers on the Hypomanic Personality Scale. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*, 222-226.

Lee, S., Ng, K.L., & Tsang, A. (2009). A community survey of the twelve month prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in Hong Kong. *Journal of Affective Disorders*, *117*, 79-86.

Lewinsohn, P.M., Klein, D.N., & Seeley, J.R. (1995). Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, *34*, 454-463.

Lovejoy, M.C., & Steuerwald, B.L. (1995). Subsyndromal unipolar and bipolar disorders: comparisons on positive and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*, 381-384.

Merikangas, K.R., Jin, R., He, J-P., Kessler, R.C., Lee, S.; Sampson, N., et al. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241-251.

Meyer, T.D., & Hautzinger, M. (2002). Screening for bipolar disorders using the Hypomanic Personality Scale. *Journal of Affective Disorders*, 75, 149-154.

Meyer, T.D., & Keller, F. (2003). Is there evidence for a latent class called “hypomanic temperament”? *Journal of Affective Disorders*, 75, 259-267.

Miller, C.J., Klugman, J., Berv, D.A., Rosenquist, K.J., & Ghaemi, S.N. (2004). Sensitivity and sensibility of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 81, 167-171.

Sanchez-Moreno, J., Vieta, E., Lahuerta, J., Zaragoza, S., Sánchez, G., De Grazia, M. et al. (2005). Desarrollo y validación de un instrumento para la detección hipomanía: El “Hypomania Checklist” (HCL-32). *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 134.

Sedler, M. (1983). Falret’s discovery: the origin of the concept of bipolar affective illness. *American Journal Psychiatry*, 140, 1127-1133.

Shugar, G., Schertzer, S., Toner, B.B., & Di Gasbarro, I. (1992). Development, use, and factor analysis of a self report inventory for mania. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 325-331.□

Simon, G.E. (2003). Social and economic burden of mood disorders. *Biological Psychiatry*, 54, 208-215.□

Soares, O.T., Moreno, D.H., Moura, E.C., Angst, J., & Moreno, R.A. (2010). Reliability and validity of a Brazilian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) compared to the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(4), 416-23

Spitzer, R.L., Endicott J., & Robins E. (1978). Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35, 773-782.

Suppes, T., Leverich, G.S., Keck, P.E., Nolen, W.A., Denicoff, K.D., Altshuler, L.L., et al. (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of Affective Disorders*, 67, 45-69.

Szadoczky, E., Papp, Z., Vitrai, J., Rihmer, Z. & Furedi, J. (1998). The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary: results from a national epidemiologic survey. *Journal of Affective Disorders*, 50, 153–162.

Wicki, W. & Angst, J. (1991). The Zurich Study X: hypomania 28- to 30-year-old cohort. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 240, 339-348.

World Health Organization (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th Revision. Geneva.

Zimmerman, M., Posternak, M.A., Chelminsky, I., & Solomon, D.A. (2004). Using questionnaires to screen for bipolar disorders in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 605-610.

## CAPÍTULO 1

### Estudo Teórico

# REVISÃO SISTEMÁTICA DA PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO BIPOLAR E DO ESPECTRO BIPOLAR EM ESTUDOS DE BASE POPULACIONAL

## Resumo

**Objetivo:** Apresentar os resultados de uma revisão sistemática de publicações, entre janeiro de 1999 e maio de 2012, que relatem achados sobre a prevalência do transtorno bipolar e do espectro bipolar em estudos populacionais.

**Método:** Foi realizada uma busca na literatura de estudos epidemiológicos populacionais de transtorno bipolar e espectro bipolar, usando as bases de dados Medline, ProQuest, Psychnet e Web of Science, selecionando-se publicações em idioma inglês. As publicações consideradas elegíveis foram restritas àquelas com sujeitos com 18 anos ou acima. Foram usados critérios predeterminados de inclusão e exclusão para identificar estudos relevantes. Extraiu-se e analisou-se dados de prevalência heterogêneos.

**Resultados:** Dos estudos de base populacional, selecionou-se 18 estudos de prevalência que preencheram os critérios de eleição. Encontrou-se dados heterogêneos na prevalência do transtorno bipolar e do espectro bipolar. As taxas de prevalência de transtorno bipolar e do espectro bipolar encontradas nos estudos foram de 7,5% e 15,1%, respectivamente.

**Conclusões:** A diferença entre as taxas encontradas se deve, principalmente, à inclusão de formas subliminares no espectro bipolar, as quais podem representar formas atenuadas e iniciais. A detecção destas formas pode facilitar o diagnóstico e o tratamento precoces do transtorno.

Palavras-chave: bipolar disorders, bipolar spectrum disorders, prevalence, cross-sectional, epidemiology, population-based, non-clinical, community based.

## Abstract

**Objective:** To describe results of a systematic review of publications on lifetime prevalence of bipolar disorder and bipolar spectrum disorder in general populations.

**Methods:** We conducted a Medline, ProQuest, Psychnet and Web of Science search of all English-language articles published between January 1999 and May 2012. The search terms were bipolar disorders, bipolar spectrum disorders, prevalence, cross-sectional, epidemiology, population-based, non-clinical, community based. Eligible articles were those restricted to ages of 18 or more. A priori determined criteria were used for inclusion and exclusion to identify relevant articles. Those articles considered eligible were extracted and analyzed.

**Results:** Eighteen articles based in general population prevalence were elected. Heterogeneous prevalence data were found. Bipolar disorder and bipolar spectrum disorder lifetime prevalence were 7,5% and 15,1%, respectively.

**Conclusions:** Differences between indexes are related to inclusion of subthreshold bipolar disorder, which may represent softer expressions of bipolar disorder. The recognition of these subsyndromal groups may facilitate diagnosis and treatment.

**Key-words:** bipolar disorders, bipolar spectrum disorders, prevalence, cross-sectional, epidemiology, population-based, non-clinical, community based.

## Introdução

Os transtornos bipolares são doenças mentais frequentes, severas e crônicas. Eles estão associados com considerável morbidade e mortalidade (Bauer & Pfennig, 2005; Kupfer, 2005; Angst, 1998; Angst et al., 2003, Osby, U., Brandt, L., Correia, N., Ekblom, A., & Sparen P., 2001). Para muitos pacientes, um episódio inicial de mania ou depressão evoluirá para uma doença que durará toda a vida (Merikangas et al., 2007). A fim de prevenir recorrência, comportamento suicida e cronicidade, o tratamento farmacológico, que será de longo prazo, é indicado precocemente no curso do transtorno. Os transtornos bipolares são classificados dentro da estrutura do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais [DSM-IV, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria] (APA, 1994), que diferencia entre Bipolar Tipo I ou TB I (episódios maníacos ou mistos no curso da doença independente de episódios depressivos), Bipolar Tipo II ou TB II (hipomania por 04 ou mais

dias, mas sem estados maníacos no curso da doença, independente de episódios depressivos) e Bipolar Sem Outra Especificação ou Bipolar SOE (pacientes com sintomas bipolares que não preenchem critérios para transtorno bipolar – i.e., hipomania sem episódios depressivos ou transtorno bipolar devido a uma condição médica geral). A Ciclotimia forma um diagnóstico diferente, requerendo 02 anos ou mais de flutuações de humor entre estados hipomaníacos e depressivos com severidade insuficiente para preencher os critérios para Bipolar Tipo I ou II.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 10<sup>a</sup> Revisão [CID 10] (WHO, 1992), um diagnóstico de transtorno afetivo bipolar requer episódios maníacos, hipomaníacos ou mistos. O termo “outros transtornos afetivos bipolares” inclui Bipolar Tipo II e episódios recorrentes de mania, e Bipolar SOE, novamente, compreende pacientes com sintomas bipolares que não preenchem critérios para transtorno bipolar. Existe uma classificação disponível separada para episódios maníacos independente do transtorno bipolar no caso em que somente um episódio maníaco tenha sido observado. A Ciclotimia é definida como uma instabilidade do humor envolvendo depressão leve e elações de humor. O transtorno bipolar de ciclagem rápida é uma forma agressiva de doença bipolar caracterizada por 04 ou mais episódios durante os últimos 12 meses (Dunner & Fieve, 1974). A ciclagem rápida afeta aproximadamente 15% dos pacientes bipolares e pode se estabelecer no início da doença ou ao longo do seu curso. Este subtipo está associado com aumento de sintomas depressivos e risco aumentado para comportamento suicida (Coryell et al., 2003).

A prevalência do Transtorno Bipolar (TB) para a vida, em estudos populacionais realizados entre 1978 e 1998, aparece na faixa entre 0,3 e 3,5% [ver Tabela 1 para as taxas de prevalência] (Weissman & Myers, 1978; Kessler, Rubinow, Holmes, Abelson, & Zhao, 1994; Stefánsson, Línal, Björnsson, & Guomundsdottir, 1991; Szádóczy, Papp, Vitrai, Ríhmer, & Füredi, 1998). As taxas de prevalência do TB I, em 03 destes estudos, são estimadas na faixa entre 0,2 e 1,5% (Weissman et al., 1996; Stefánsson et al., 1991; Szádóczy et al., 1998); enquanto as taxas de prevalência do TB II ficam entre 0,5 e 3,0% (Oliver & Simmons, 1985; Weissman et al., 1978; Stefánsson et al., 1991; Szádóczy et al., 1998).

**Tabela 1.** Taxas de prevalência de transtornos bipolares

<i>Diagnóstico (DSM-IV)</i>	<i>Estudo/autor</i>	<i>Ano</i>	<i>País</i>	<i>Prevalência Vida (%)</i>
<b>TB</b>	ECA/Weissman et al.	1978	EUA	1,3
	NCS/Kessler et al.	1994	EUA	1,6
	Stefanson et al.	1991	Islândia	0,7
	Chen et al.	1993	China	0,3
	Szadoczky et al.	1998	Hungria	3,5

<b>TB I</b>	ECA/Weissman et al.	1978	EUA	0,8
	Stefanson et al.	1991	Islândia	0,2
	Szadoczky et al.	1998	Hungria	1,5
<b>TB II</b>	ECA/Weissman et al.	1978	EUA	0,5
	Oliver and Simmons	1985	EUA	3,0
	Stefanson et al.	1991	Islândia	0,5
<b>Espectro Bipolar (EB)</b>	Szadoczky et al.	1998	Hungria	2,0
	Weissman e Myers	1978	EUA	3,0
	Oliver & Simmons	1985	EUA	3,3
	Heun e Maier	1993	Alemanha	6,5
	Szadoczky et al.	1998	Hungria	5,1
	Angst	1998	Suíça	8,3

*Nota: NCS, National Comorbidity Study; ECA, Epidemiologic Catchment Area study*

Pesquisas epidemiológicas sugerem uma composição dimensional para a doença bipolar ao nível populacional. O conceito de transtorno do Espectro Bipolar (EB) compreende uma ampla faixa de condições bipolares que englobam, além das formas estritamente categóricas, manifestações mais atenuadas e breves (Klerman, 1981; Akiskal, 1996). Estimativas de taxas de prevalência dos transtornos do espectro bipolar vão de 3,0 a 8,3% (Weissman & Myers, 1978; Oliver & Simmons, 1985; Heun & Maier, 1993; Szádóczy et al., 1998; Angst, 1998). Angst, conforme a Tabela 2, sugere uma classificação espectral (Angst et al., 2003).

**Tabela 2.** *Espectro bipolar concebido por Angst et al., 2003*

Classificação	Descrição
Bipolar I	Mania c/ hospitalização mais depressão maior
Bipolar II	DSM-III-R Episódio Depressivo Maior associado com (a) uma síndrome hipomaníaca como definida acima ou (b) sintomas hipomaníacos somente
Transtorno Bipolar Menor	Distímia, depressão menor ou depressão breve recorrente associada com (a) a síndrome hipomaníaca ou (b) sintomas hipomaníacos somente
Hipomania Pura	(a) uma síndrome hipomaníaca sem qualquer diagnóstico de depressão e (b) sintomas hipomaníacos somente

*Nota: DSM-III-R, Manual Diagnóstico e Estatístico dos transtornos Mentais, 3ª Edição Revisada*

Tem sido dado bastante suporte à expansão da definição dos transtornos bipolares tipo II (Akiskal et al., 2000; Cassano et al., 1999; Piver, Yatham & Lam, 2002). Numa tentativa de validar os dados do estudo de Zurique, Angst e colaboradores (2003) desafiaram os critérios diagnósticos do DSM-IV para hipomania, sugerindo que a duração do estado hipomaníaco de 04 dias ou mais é demasiadamente restritiva. Utilizando critérios mais restritivos, tanto para o TB II, quanto para o Transtorno Depressivo Maior (TDM), o estudo encontrou, inicialmente, 10,9% de diagnósticos de TB II e 11,4% de diagnósticos pertencentes ao TDM. Quando apresentações de hipomania pura (sem depressão), formas com apenas sintomas de hipomania e outras com tempo de sintomatologia menor abaixo de 04 dias (do diagnóstico categórico) são acrescentadas, aparece o Espectro Bipolar (EB) com uma



prevalência final de 23,7%. E, quando formas menores de síndromes depressivas (Transtorno Depressivo Menor, Transtorno Depressivo Breve e Transtorno Distímico) são acrescentadas aparece um espectro depressivo com uma prevalência de 24,6%. Os achados sugerem, então, que formas subliminares, atenuadas e breves de sintomas ou síndromes de hipomania pertencem a um espectro diagnóstico de TB e, não, a uma dimensão diagnóstica ligada a um espectro depressivo ou unipolar (Angst et al., 2003).

Muitos estudos investigam a prevalência do TB em populações clínicas. Outros não utilizam critérios diagnósticos bem estabelecidos. Na medida em que seguem tal metodologia, oferecem resultados parciais e inconsistentes acerca da prevalência do TB. Sabe-se que, ao estudar a prevalência de um transtorno através de uma população clínica, o resultado do estudo fica enviesado e os dados superestimados, já que é uma população predisposta a apresentar transtornos psicológicos. O fato de não utilizar critérios diagnósticos bem definidos compromete a comparação entre os estudos e a extrapolação de dados, pois não há similaridade entre os conceitos dos estudos. Pensa-se que um estudo relevante, com dados mais fidedignos e com mais possibilidade de serem extrapolados, é aquele que envolve uma população não clínica e que apresenta coerência diagnóstica e teórica através de manuais classificatórios e da literatura já estabelecida.

Assim, esta revisão propõe-se a verificar a literatura existente entre 1999 e 2012 a respeito das taxas de prevalência em estudos de base populacional que apresentem tanto propostas diagnósticas conservadoras, categóricas, quanto propostas diagnósticas espectrais, dimensionais.

## Método

Após a definição das palavras-chave de acordo com a seguinte estratégia *bipolar disorders OR bipolar spectrum disorders OR prevalence OR systematic review OR cross-sectional OR epidemiology OR population-based OR non-clinical OR community based*, foi realizada uma busca nas bases de dado Medline, ProQuest, Psynet e Web of Science. As buscas foram limitadas a estudos em idioma inglês publicados entre janeiro de 1999 e maio de 2012. Dos 434 estudos listados nas buscas nas bases de dados, apenas 18 foram selecionados, conforme os critérios de eleição. Estudos de prevalência populacional foram eleitos para inclusão, caso representassem pesquisas em comunidade usando técnicas de amostragem probabilísticas. Também, foram considerados elegíveis para inclusão aqueles estudos que examinavam faixas de idade para a população adulta. No entanto, foram

incluídos 04 estudos em que os participantes tinham  $\geq 15$  anos (Jonas, Brody, Roper & Narrow, 2003; Negash et al., 2005; Kozloff et al., 2010; Zutshi, Eckert, Hawthorne, Taylor & Goldney, 2011), em virtude da amostra não ser exclusivamente adolescente. Foram incluídos somente aqueles estudos que utilizaram critérios diagnósticos operacionalizados e identificação de casos baseadas tanto em instrumentos padronizados, como em diagnóstico clínico. Os dados de prevalência, incluindo percentagens, taxas por sexo e idade, foram extraídos dos estudos eleitos. Todos os estudos que não respeitaram os critérios de eleição foram excluídos.

## Resultados

De um total de 18 artigos selecionados, 11 utilizaram a Composite International Diagnostic Interview – CIDI; 01 deles utilizou somente o MDQ (Mood Disorder Questionnaire); 01 estudo utilizou o MDQ associado à Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), uma entrevista que utiliza o módulo de sintomas de humor da CIDI; outro estudo também utilizou o MDQ, porém associado ao Advanced Neuropsychiatric Tools and Assessment Schedule (ANTAS), entrevista semiestruturada para indivíduos não pacientes baseada na SCID, chamada SCID-IV-NP; 01 utilizou a DIS (Diagnostic Interview Schedule); 02 utilizaram entrevistas semiestruturadas baseadas no DSM-IV, e 01 estudo utilizou a MINI.

Observa-se, assim, uma predominância do emprego da CIDI. O fato da maioria dos estudos utilizarem o mesmo instrumento revela a similaridade de metodologia e conseqüente facilidade de comparação dos resultados. Pensa-se que, ao utilizar a CIDI em trabalhos epidemiológicos, tem-se uma maior acurácia diagnóstica, já que se trata de um questionário totalmente estruturado. Ele foi desenvolvido tanto para trabalhos epidemiológicos e transculturais, como para uso clínico. É importante salientar o cuidado nas comparações entre os estudos, onde somente a similaridade entre os instrumentos não é suficiente. Precisa-se considerar, também, o conceito avaliado.

A Tabela 3 apresenta os resultados dos 18 estudos populacionais relatando prevalência do Transtorno Bipolar (TB) e do Espectro Bipolar (EB).

**Tabela 3.** Prevalências de Transtorno Bipolar (TB) e Espectro Bipolar (EB)

<i>Autores</i>	<i>País</i>	<i>Tamanho amostral</i>	<i>Metodologia</i>	<i>TB (%)</i>	<i>EB (%)</i>
Kringlen et al., 2001	Noruega	2066	CIDI	1,6	-
ten Have et al., 2002	Holanda	7076	CIDI	1,9	-
Jonas et al., 2003*	EUA	7667	DIS	1,6	-

Jacobi et al., 2004	Alemanha	4773	CIDI	1,0	-
Kawakami, et al. 2004	Japão	1029	CIDI	0,1	-
Moreno & Andrade, 2005	Brasil	1464	CIDI	1,7	8,3
Negash et al., 2005*	Etiópia	2152	CIDI	0,5	-
Schaffër et al., 2006	Canadá	36984	CIDI	2,2	-
Vicente et al., 2006	Chile	2978	CIDI	1,9	-
Fisher et al., 2007	Austrália	3015	MDQ	2,5	-
Merikangas et al., 2007	EUA	9282	CIDI	2,1	4,4
Bogren et al., 2009	Suécia	3563	DSM-IV	0,4	-
Lee et al., 2009	China	3016	DSM-IV	2,2	15,1
Kozloff et al., 2010*	Canadá	5673	CIDI	3,8	-
Jansen et al., 2011	Brasil	1560	MINI	7,5	12,8
Merikangas et al., 2011	11 países	61392	CIDI	1,0	2,4
Zutshi et al., 2011*	Austrália	3034	PRIME-MD, MDQ	1,5	3,3
Carta et al., 2012	Itália	3398	MDQ, ANTAS	3,0	-

\* *Estudos com amostra  $\geq 15$ anos*

### (1) Prevalência do TB ao longo da vida

A prevalência do TB ficou entre 0,1 e 7,5%, de acordo com os artigos obtidos nesta revisão sistemática. O estudo de menor taxa, 0,1%, foi o realizado no Japão (Kawakami, Shimizu, Haratani, Iwata & Kitamura, 2004). Este número bastante baixo deveu-se, segundo os autores, a dois fatores fundamentais: taxa muito pequena de respondentes e o fato do instrumento (CIDI) não ter sido totalmente validado para o japonês.

A prevalência mais alta, 7,5%, deu-se no Brasil, no estudo de Jansen et al. (2011). Os autores ponderaram que estas taxas altas, obtidas pelos achados de mania (7,5%), deveram-se a população ser bastante jovem (15-24 anos) e ter uma taxa alta de outros transtornos mentais, particularmente transtornos de ansiedade e abuso de substâncias. Os autores referiram que altas taxas são esperadas em coortes mais jovens, tanto em estudos populacionais, como clínicos. Semelhantes prevalências foram encontradas no estudo canadense (Kozloff et al., 2010), o qual obteve 3,9% de episódios de mania. Ainda, uma explicação importante para tal taxa é que, neste estudo, os autores reduziram o critério de tempo, no diagnóstico de mania, para um período de “vários dias ou mais”.

Vê-se que, subtraindo dos 11 estudos que utilizaram a CIDI o estudo japonês e de Kozloff et al., a prevalência do TB fica entre 0,5 e 2,1% (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001; ten Have, Vollebergh, Bijl & Nolen, 2002; Jacobi et al., 2004; Moreno & Andrade et al., 2005; Negash et al., 2005; Vicente et al., 2006; Schaffer, Cairney, Cheung, Veldhuizen & Levitt, 2006; Merikangas et al., 2007, 2011). Vê-se que estes estudos obtiveram tais taxas a partir de metodologias consistentes com tamanhos amostrais robustos e um instrumento reconhecidamente completo e baseado nos critérios da DSM.

Observa-se que nos estudos que utilizaram o MDQ como instrumento obtiveram taxas entre 1,5 e 3,0% (Fischer, Goldney, Grande, Taylor, & Hawthorne, 2007; Zutshi et al., 2011;

Carta et al., 2012). Aqui, é importante observar que tais taxas são bastante semelhantes às aquelas obtidas através da CIDI, mesmo sendo o MDQ um instrumento de baixa sensibilidade (0,28) e alta especificidade (0,97) para estudos populacionais Hirschfeld et al.(2003). Ressalte-se também que no estudo australiano (Fisher et al., 2007), o qual obteve uma taxa de 2,5%, foi utilizada uma versão do MDQ que ainda não tinha sido validada para a população australiana.

Os 03 estudos que tiveram os maiores tamanhos amostrais, 61.392 (Merikangas et al., 2011), 36.984 (Schaffer et al., 2006) e 9.282 (Merikangas et al., 2011) tiveram prevalências entre 1,5 e 2,2%, revelando que o tamanho amostral não influenciou na sensibilidade do instrumento mais frequentemente utilizado (CIDI).

## *(2) Prevalência do Espectro Bipolar*

Nos 06 estudos populacionais que mostraram dados de EB, a prevalência encontrada do EB ficou entre de 2,4 a 15,1% (Moreno & Andrade, 2005; Merikangas et al., 2007; Lee, Ng, & Tsang, 2009; Jansen et al., 2011; Merikangas et al., 2011; Zutshi et al., 2011). A prevalência mais alta, 15,1% (Lee et al., 2009), foi obtida com os diagnósticos de episódio maníaco (2,2%), episódio de hipomania (2,2%) e episódio de hipomania “soft” (10,7%). O episódio de hipomania “soft” foi diagnosticado reduzindo-se o critério tempo para 2 a 3 dias (diferente dos 4 dias exigidos no DSM-IV).

Um segundo estudo de mais alta prevalência (Jansen et al., 2011) obteve os escores finais pelo somatório de episódios de mania (7,5%) e episódios de hipomania (5,3%) em indivíduos diferentes em uma população de jovens (15-24 anos). A ponderação aqui remete-se àquela relatada acima para o diagnóstico categórico do TB, ou seja, população bastante jovem e uma taxa alta de outros transtornos mentais. Assim como a pesquisa de Jansen et al. (2011), o terceiro estudo com maior prevalência (8,3%) para o EB foi em realizado em uma população brasileira (Moreno & Andrade, 2005). Pode-se explicar taxas igualmente elevadas por serem amostras de um mesmo país com uma população com características semelhantes, ou seja, bem mais jovem do que outras nacionalidades apresentadas desta revisão e com baixo poder aquisitivo. É importante relatar que no estudo de Moreno e Andrade (2006) o número de entrevistados entre 18 e 24 anos foi maior do que o percentual de participantes nas outras faixas etárias.

Quando excluídos estes 03 estudos com prevalências significativamente mais altas, a prevalência do EB cai para uma faixa entre 2,4 e 4,4% (4,4%, Merikangas et al., 2007; 2,4%,

Merikangas et al., 2011; 3,3%, Zutshi et al., 2011). Uma explicação para isto é que estes estudos foram realizados em países desenvolvidos (EUA e Austrália) com melhores condições para a realização de tais pesquisas. Além disso, diferentemente das amostras de taxas elevadas, nestes estudos a distribuição de idade dos pesquisados foi uniforme.

Os resultados não uniformes do EB devem-se, também, aos diferentes conceitos utilizados para as formas subliminares. No estudo de Moreno e Andrade (2005), foram utilizadas 02 denominações: Subsyndromal Hypomania Group, definida pela presença de uma síndrome maníaca conforme a CIDI (2 ou mais de 9 sintomas de mania com humor irritável ou eufórico simultaneamente) com significância clínica e Manic Symptoms Group, definido pela presença de síndrome maníaca conforme a CIDI sem alcançar critérios de significância clínica. Já Merikangas et al. (2007) utilizaram 03 formas: hipomania recorrente subliminar (2 ou menos sintomas do critério B e todos os outros critérios para hipomania) na presença de TDM intermitente, hipomania recorrente (02 ou menos episódios) na ausência de TDM recorrente com ou sem sintomas subliminares de TDM, e hipomania subliminar recorrente na ausência de TDM recorrente com ou sem TDM subliminar. Em Jansen et al. (2011), foram utilizados os critérios para mania e hipomania do DSM e da CID, através do MINI. No estudo de Merikangas et al. (2011) foi utilizado o critério de hipomania subliminar (01 sintoma de mania e falha em preencher os critérios completos para hipomania). Em Zutshi et al. (2011), o resultado limiar ou superior no MDQ (07 ou mais respostas “sim”, ocorrendo simultaneamente e gerando problemas moderados ou severos) foi considerado positivo para o EB.

### *(3) Fatores Associados ao TB e ao EB*

Sexo- Dos 18 estudos, a grande maioria (13) não apresentou diferenças significativas entre os sexos (ten Have et al., 2002; Jonas et al., 2003; Kawakami et al., 2004; Negash et al., 2005; Moreno & Andrade, 2005; Schaffer et al., 2006; Merikangas et al., 2007; Bogren, Mattisson, Isberg & Nettelbladt, 2009; Kozloff et al., 2010; Jansen et al., 2011; Merikangas et al., 2011; Zutshi et al., 2011; Carta et al., 2012); somente 01 estudo mostrou uma prevalência significativamente maior do sexo masculino (Fisher et al., 2007); 04 estudos apresentaram uma prevalência maior em mulheres (Kringlen et al., 2001; Jacobi et al., 2004; Vicente et al., 2006; Lee et al., 2009), sendo que um deles mostrou uma tendência feminina maior nos diagnósticos de TB I e espectral (Lee et al., 2009).

Idade- Os estudos revelaram uma prevalência maior tanto no TB, quanto no EB, nos indivíduos jovens. Dos 18 estudos, 10 mostraram este dado importante. Dentre aqueles estudos que mostraram as faixas etárias, houve divisão bimodal na distribuição das idades dos participantes. Em quatro estudos, a média de idade ficou entre 20 e 29,5 anos (Jacobi et al., 2004; Negash et al., 2005; Moreno & Andrade, 2005; Schaffer et al., 2006). Em outros 03 estudos, a média de idade foi maior, entre 35 e 49 anos (Kawakami, et al. 2004; Fisher et al., 2007; Lee et al., 2009). Os estudos do Canadá (Schaffer et al., 2006) e da Etiópia (Negash et al., 2005) revelaram um média de aparecimento do transtorno ao redor dos 22 anos.

Nível educacional- Na maioria dos estudos, não houve influência significativa do nível educacional sobre a prevalência de TB e EB. Em 03 estudos, no entanto, a baixa escolaridade influenciou significativamente na prevalência de TB (Kringlen et al., 2001; Negash et al., 2005) e de EB (Merikangas et al., 2007). Em 02 estudos, o nível educacional superior e o estudo em tempo integral estavam presentes (Kozloff et al., 2010; Zutshi et al., 2011). No estudo de Moreno e Andrade (2005), o nível educacional superior apareceu mais nos grupos subsindrômicos (EB).

Estado marital- Seis estudos demonstraram claramente uma taxa significativamente maior de bipolaridade e de severidade dos sintomas quando os indivíduos são solteiros, separados, divorciados ou viúvos (Jonas et al., 2003; Jacobi et al., 2004; Moreno & Andrade, 2005; Vicente et al., 2006; Fisher et al., 2007; Merikangas et al., 2007; Lee et al., 2009). Em um estudo, os casados tiveram uma taxa maior do transtorno do que os solteiros (Negash et al., 2005).

Renda- Em 07 estudos, a prevalência do TB foi significativamente maior em populações de baixa renda (ten Have et al., 2002; Jonas et al., 2003; Jacobi et al., 2004; Negash et al., 2005; Schaffer et al., 2006; Lee et al., 2009; Jansen et al., 2011). Um estudo deixou clara a ausência de interferência da renda sobre a prevalência do TB (Merikangas et al., 2007).

## Discussão

Os resultados desta Revisão Sistemática refletem as publicações de estudos epidemiológicos, ocorridos nos últimos 13 anos, que avaliaram as prevalências do TB e do EB em amostras bastante representativas de diferentes países e níveis socioeconômicos, distribuídos em vários continentes. Ao relatar as prevalências do transtorno bipolar, é preciso ter cautela na análise de dados entre os estudos, pois diferenças e oscilações entre os dados de prevalência apresentados podem refletir não apenas os diferentes critérios e limiares

utilizados para definição diagnóstica (categoriais versus dimensionais), mas, também, diferentes instrumentos de avaliação (SCID-IV, MINI, CIDI, MDQ, ANTA, DIS, PRIME-MD). Apesar disso, a maioria destes instrumentos apresenta excelentes sensibilidade e especificidade para o transtorno rastreado.

A partir dos resultados, vê-se pouca diferença entre os sexos, havendo em poucos estudos uma prevalência, ou tendência, maior para o sexo feminino. Já em relação à faixa etária, tanto no TB, quanto no EB, os jovens claramente apresentam uma prevalência maior. Tal resultado está em consonância com achados em coortes mais jovens, tanto em amostras populacionais, quanto clínicas (Kessler, Rubinow, Holmes, Abelson & Zhao, 1997; Chengappa et al., 2003). Este é um importante fator, quando se pensa em diagnóstico e intervenção. As prevalências de bipolaridade foram maiores em populações de baixa renda e naqueles indivíduos que vivem solitariamente (solteiros, separados, divorciados ou viúvos). Estes resultados espelham achados prévios em outras grandes pesquisas, onde esta variável independente influenciou nos números de prevalência do TB (Kessler et al., 1997; Bland, 2007). No entanto, o nível educacional não parece interferir sobre a prevalência do transtorno.

O conceito de *Espectro Bipolar* considera os sintomas do transtorno bipolar de maneira mais ampla, incluindo formas mais breves e subliminares, o que propicia achados de prevalência mais elevados. Dessa forma, ao levar em consideração a psicopatologia dimensional, os resultados mostraram uma prevalência de até 15,1% ao longo da vida. Este achado guarda relação com o estudo pioneiro de Angst, numa coorte de 20 anos, o qual mostrou uma taxa de 8,3% (Angst, 1998). Ao utilizar-se o conceito de *Transtorno Bipolar*, o qual segue critérios diagnósticos mais restritivos e categoriais do DSM-IV, tem-se uma prevalência reduzida, ficando na faixa de 0,1% a 7,5%.

A diferença de prevalências se deve à presença de formas sintomatológicas mais brandas de bipolaridade no espectro bipolar. Estas apresentações tendem a se manifestar bem no início do transtorno. Este conhecimento é bastante importante, já que, através destas apresentações atenuadas e breves, pode-se fazer um diagnóstico mais precocemente, o qual permite um tratamento medicamentoso adequado e medidas preventivas em relação a internações e prejuízo cognitivo relacionado à doença. Outro aspecto importante a ser ressaltado é que as taxas mais baixas encontradas no espectro bipolar (2,4%) representam o dobro das taxas encontradas nas medidas restritivas, categóricas, o que nos alerta que, considerando uma abordagem espectral, uma grande proporção de pacientes com bipolaridade deixa de ser diagnosticada e, conseqüentemente, adequadamente tratada.

Assim, cabe-se ressaltar que o uso de parâmetros dimensionais poderiam ser usados em serviços de saúde pública de atenção primária, já que apresentam uma possibilidade de detecção maior de todas as formas do transtorno, permitindo, assim, tratamentos mais precoces e adequados, principalmente em populações de baixa renda. Além disso, salienta-se a importância de uniformização dos instrumentos e da necessidade de validação para amostras nacionais e fim de permitir a comparação adequada das estimativas de prevalência no Brasil com dados da literatura internacional. Por fim, salienta-se que 11 dos 18 artigos que preencheram critérios de inclusão para esta revisão sistemática foram publicados nos últimos seis anos revelando o crescente interesse dos pesquisadores no tema.

### Referências

- Akiskal, H.S. (1996). The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *16*, 4S–14S.
- Akiskal, H.S., Bourgeois, M.L., Angst, J., Post, R., Möller, H., & Hirschfeld, R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, *59*(suppl 1), S5–30.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington.
- Angst, J. (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, *50*, 143–151.
- Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F., Ajdacic, V., Eich, D., & Rössler, W. (2003). Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *Journal of Affective Disorders*, *73*, 133–146.
- Bauer, M., & Pfennig, A. (2005). Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia*, *46*(Suppl 4), 8-13.
- Bland, R.C. (1997). Epidemiology of affective disorders: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, *42*, 367-377.
- Bogren, M., Mattisson, C., Isberg, P.E., & Nettelbladt, P. (2009). How common are psychotic and bipolar disorders? A 50-year follow-up of the Lundby population. *Nordic Journal of Psychiatry*, *63*(4), 336-346.
- Carta, M.G., Aguglia, E., Balestrieri, M., Calabrese, J.R.; Caraci, F., Dell'Osso, L., et al. (2012). The lifetime prevalence of bipolar disorders and the use of antidepressant drugs in bipolar depression in Italy. *Journal of Affective Disorders*, *136*(3), 775-780.



- Cassano, G.B., Dell'Osso, L., Frank, E., Miniati, M., Fagiolini, A., Shear, K., et al. (1999). The bipolar spectrum: a clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methodology. *Journal of Affective Disorders*, *54*, 319–328.
- Chen, C.N., Wong, J., Lee, N., Chan-Ho, M.W., Lau, T.F. & Fung, M. (1993). The Shantin community mental health survey in Hong Kong. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 123-133.
- Chengappa, K.N., Kupfer, D.I., Frank, E., Houck, P.R., Grochocinski, V.I., Cluss, P. et al. (2003). Relationship of birth cohort and early age at onset of illness in a bipolar disorder case registry. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1636-1642.
- Coryell, W., Solomon, D., Turvey, C., Keller, M., Leon, A. C., Endicott, J., et al. (2003). The long-term course of rapid-cycling bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 914-920.
- Dunner, D.L., & Fieve, R.R. (1974). Clinical factors in lithium carbonate prophylaxis failure. *Archives of General Psychiatry*, *30*, 229-233.
- Fischer, L.J., Goldney, R.D., Grande, E.D., Taylor, A.W., & Hawthorne, G. (2007). Bipolar disorders in Australia: a population-based study of excess costs. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*, 105-109.
- Heun, R., & Maier, W. (1993). The distinction of bipolar II disorder from bipolar I and recurrent unipolar depression: results of a controlled family study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *87*, 279–284.
- Hirschfeld, R.M., Holzer, C., Calabrese, J.R., Weissman, M, Davies, M., Frye, M.A. et al. (2003). Validity of the mood disorder questionnaire: a general population study. *American Journal of Psychiatry*, *160*(1), 178-180.
- Jacobi, F., Wittchen, H.U., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Müller, N., et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, *34*, 597-611.
- Jansen, K., Ores, L. C.; Cardoso, T.; Lima, R. C; Souza. L. D. M.; Magalhães, P. V. S., et al. (2011). Prevalence of episodes of mania and hypomania and associated comorbidities among young adults. *Journal of Affective Disorders*, *130*(1-2), 328-333.
- Jonas, B. S., Brody, D., Roper, M., & Narrow, W. E. (2003). Prevalence of mood disorders in a national sample of Young American adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *38*, 618-624.

- Kawakami, N., Shimizu, H., Haratani, T., Iwata, N., & Kitamura, T. (2004). Lifetime and 6-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan. *Psychiatry Research, 121*, 293-301.
- Kessler, R.C., MacGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8-19.
- Kessler, R.C., Rubinow, D.R., Holmes, C., Abelson, J.M., & Zhao, S. (1997). The epidemiology of DSM-II bipolar I disorder in a general population survey. *Psychological Medicine, 27*, 1079-1089.
- Klerman, G.L. (1981). The spectrum of mania. *Comprehensive Psychiatry, 22*, 11–20.
- Kozloff, N., Cheung, A.H., Schaffer, A., Cairney, J., Dewa, C.S., Veldhuizen, S., et al. (2010). Bipolar disorder among adolescents and young adults: Results from an epidemiological sample. *Journal of Affective Disorders, 125*(1-3), 350-354.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1091-1098.
- Kupfer, J.D. (2005). The increasing medical burden in bipolar disorder. *JAMA, 293*, 2528-2530.
- Lee, S., Ng, K.L., & Tsang, A. (2009). A community survey of the twelve month prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in Hong Kong. *Journal of Affective Disorders, 117*, 79–86.
- Merikangas, K.R., Akiskal, H.S., Angst, J., Greenberg, M.A., Hirschfeld, R.M.A., Petukhova, M., et al. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 64*, 543–552.
- Merikangas, K. R.; Jin, R.; He, J.P., Kessler, R.C., Lee, S.; Sampson, N., et al. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry, 68*(3), 241-251.
- Moreno, D.H., & Andrade, L.H. (2005). The lifetime prevalence, health services utilization and risk of suicide of bipolar spectrum subjects, including subthreshold categories in the São Paulo ECA study. *Journal of Affective Disorders, 87*, 231–241.
- Muller-Oerlinghausen, B., Berghofer, A., & Bauer, M. (2002). Bipolar disorder. *Lancet, 359*, 241-247.

- Negash, A., Alem, A., Kebede, D., Deyessa, N., Shibre, T., & Kullgren, G. (2005). Prevalence and clinical characteristics of bipolar I disorder in Butajira, Ethiopia: a community-based study. *Journal of Affective Disorders, 87*, 193–201.
- Oliver, J.M., & Simmons, M.E. (1985). Affective disorders and depression as measured by the Diagnostic Interview Schedule and the Beck Depression Inventory in an unselected adult population. *Journal of Clinical Psychology, 41*, 469–477.
- Osby, U., Brandt, L., Correia, N., Ekbom, A., & Sparen P. (2001). Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Archives of General Psychiatry, 58*, 844–850.
- Piver, A., Yatham, L.N., & Lam, R.W. (2002). Bipolar spectrum disorders: new perspectives. *Canadian Family Physician, 48*, 896–904.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA, 264*, 2511–2518.
- Schaffer, A., Cairney, J., Cheung, A., Veldhuizen, S., & Levitt, A. (2006). Community survey of bipolar disorder in Canada: lifetime prevalence and illness characteristics. *Canadian Journal of Psychiatry, 51*, 9-16.
- Stefánsson, J.G., Línal, E., Björnsson, J.K., & Guomundsdottir, A. (1991). Lifetime prevalence of specific mental disorders among people born in Iceland in 1931. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84*, 142–149.
- Szadoczky, E., Papp, Z., Vitrai, J., Rihmer, Z., & Furedi, J. (1998). The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary: results from a national epidemiologic survey. *Journal of Affective Disorders, 50*, 153–62.
- ten Have, M., Vollebergh, W., Bijl, R., & Nolen, W. A. (2002). Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilization): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders, 68*, 203–213.
- Vicente, B., Kohn, R., Tioseco, P., Saldivia, S., Levav, I., & Torres, S. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *American Journal of Psychiatry, 163*(8), 1362-1370.
- Weissman, M.M., & Myers, J.K. (1978). Affective disorders in a US urban community: the use of research diagnostic criteria in an epidemiological survey. *Archives of General Psychiatry, 35*, 1304–1311.

- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H., et al. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*, 276, 293-299.
- Weissmann, M.M., Bruce, L.M., Leaf, P.J., & Holzer, C.I. (1990). *Affective disorders*. In: Robins, L.N., Regier, D.A. (Eds.). *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study*. The Free Press, New York, 53-80.
- Wittchen, H.U. (2000). Epidemiology of affective disorders. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, et al. (Eds). *Schizophrene und affektive Stoerungen* (pp. 357–372). Berlin: Springer-Verlag.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
- Zutshi, A., Eckert, K.A., Hawthorne, G., Taylor, A.W., & Goldney, R.D. (2011). Changes in the prevalence of bipolar disorders between 1998 and 2008 in an Australian population. *Bipolar Disorders*, 13, 182-188.

## CAPÍTULO 2

### Estudo Empírico

#### PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO BIPOLAR EM UMA AMOSTRA DE USUÁRIOS DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE A PARTIR DA SCID-IV

##### Resumo

**Objetivo:** A proposta do presente estudo foi obter a prevalência de indivíduos que satisfazem os critérios da DSM-IV para o Transtorno Bipolar em uma amostra de usuários de um serviço de saúde na cidade de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, bem como identificar os fatores demográficos, indicadores de saúde e de tratamento psicoterápico associados à presença de Transtorno Bipolar.

**Método:** O estudo foi quantitativo e transversal em uma amostra constituída por 148 indivíduos entre 18 e 65 anos, dos sexos masculino e feminino. A coleta deu-se entre maio e outubro de 2010. Os instrumentos utilizados foram uma entrevista sociodemográfica e a SCID-IV. Depressão atual foi avaliada através do Inventário Beck de Depressão (BDI).

**Resultados:** A prevalência para a vida para Qualquer Transtorno Bipolar foi 17,0%, sendo 4,8% para TB I, 8,8% para TB II e 3,4% para o TB SOE. Os Transtornos Depressivos Unipolares apresentaram uma prevalência total de 15,6%, distribuídos em 12,2 % para o TDM e 3,4% para o TD. Ser do sexo feminino, jovem e nível de religiosidade emergiram como moderadores importantes para a prevalência de TB. Dentre as variáveis de saúde e intervenção, uso de tabaco, tratamento psicológico ou psiquiátrico passado ou presente, uso de medicação e internação psiquiátrica estão associados ao TB.

**Conclusões:** O presente estudo apresentou uma prevalência de Transtorno Bipolar acima do observado em estudos populacionais. A alta prevalência do Transtorno Bipolar, neste estudo, relacionou-se diretamente com condição econômica desfavorável desta população. Uma população de jovens, predominantemente do sexo feminino e fumante esteve diretamente relacionada com taxa de 17,0% do TB, levando os indivíduos a necessitarem tratamento psicológico ou psiquiátrico, uso de medicação continuada e internação psiquiátrica.

Palavras-Chave: Transtorno Bipolar; prevalência; epidemiologia, SCID

## Abstract

**Objective:** This study aimed to estimate the prevalence of individuals who satisfy DSM-IV criteria for bipolar disorder in a health primary care facility of the City of Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. Moreover, we aimed to identify demographic variables, health and therapeutic intervention indicators associated with the presence of bipolar disorder.

**Method:** A cross-sectional, population-based survey was conducted in a sample constituted of 148 adults aged 18 to 64 years. Data were assessed using a structured demographic and SCID-IV questionnaires. Present depression was assessed using the Beck Depression Inventory (BDI).

**Results:** Lifetime prevalence of Bipolar Disorder was greater than observed in previous community samples. Lifetime prevalence estimated was 17,0% for any bipolar disorder (BP), 4,8% for BP I, 8,8% for BP II, 3,4% for BP NOS. Unipolar Depression (UP) were 12,2% for MDD, and 3,4% for DD. Female, young age, religiosity, past or current psychological/psychiatric treatment, medication use and hospitalization were sociodemographic correlated with BP.

**Conclusions:** Bipolar disorder high rate of lifetime prevalence (17,0%) was related to a young age, predominantly female poor people sample.

Key-words: Bipolar Disorder; prevalence; epidemiology; SCID

## Introdução

Evidências de estudos empíricos sugerem que os transtornos mentais são as doenças humanas associadas aos maiores níveis de estresse (Angst, 2004). Como justificativa para tal, os pesquisadores indicam o fato destes transtornos serem bastante comuns, terem idade de aparecimento mais precoce que a maioria das doenças crônicas e apresentarem altas taxas de cronicidade e baixas taxas de tratamento, o que expõe os indivíduos afetados a elevado risco de prejuízo e incapacitação (Calabrese et al., 2003; Dean, Gerner, & Gerner, 2004).

O impacto social dos prejuízos dos transtornos mentais torna-se ainda mais marcante quando se investiga a prevalência de tais transtornos. O interesse contínuo nestes transtornos e sua prevalência encorajou à organização de numerosas pesquisas nacionais em saúde mental, as quais têm demonstrado, de forma bastante confiável, que os transtornos mentais afetam, no mínimo, um terço da população ao longo da vida e um quinto no mês anterior. Os exemplos incluem o Munich Follow-up Study (Wittchen, 1988), na antiga Alemanha

Ocidental, o National Comorbidity Survey- NCS (Kessler et al., 1994), nos EUA, o Australian National Mental Health Survey- ANMHS (Andrews et al., 2001), o National Psychiatric Morbidity Surveys- NPMS (Jenkins et al., 1997), na Inglaterra, Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study- NEMESIS, na Holanda (Bijl et al., 1998) e, mais recentemente, vários outros países ao redor do mundo que têm se envolvido em estudos nacionais comparativos da WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (Andrade et al., 2000).

Em relação a todos os transtornos mentais, a categoria diagnóstica dos Transtornos de Humor está entre as mais prevalentes (Waraich et al., 2004). Tal prevalência, em muitos estudos, está entre 17 e 24% para a população geral (Bijl, Ravelli & van Zerssen, 1998; Jacobi et al., 2004; Kessler et al., 2003; Szadoczky, Papp, Vitrai, Rihmer, & Furedi, 1998). No que diz respeito à prevalência dos diferentes transtornos de humor, destaca-se a alta prevalência do Transtorno Depressivo Maior, do Transtorno Distímico e do Transtorno Bipolar. Tendo como base estudos populacionais americanos, o Transtorno Depressivo Maior (TDM) apresentou uma prevalência estimada entre 11,1 e 14,6% (Bromer et al., 2011). O Transtorno Distímico mostrou uma prevalência estimada em torno de 3,6% (Waraich et al., 2004). O Transtorno Bipolar teve uma prevalência que ficou entre 1,9 e 4,5% (Merikangas et al., 2007). Por outro lado, Angst, em seu estudo de coorte de mais de 30 anos, em uma população europeia, apresentou uma taxa de 24,2% para todos os transtornos de humor, somando-se o Transtorno Depressivo Maior, o Transtorno Distímico (TD), o Transtorno Bipolar (TB) e suas formas subliminares (Angst et al., 2005).

Dentre os transtornos de humor, observa-se, nos últimos anos, um crescente interesse em relação ao estudo da prevalência e identificação do Transtorno Bipolar, o qual apresenta formas sintomatológicas clássicas de episódios de mania, ou hipomania, e episódios depressivos bastante recorrentes e graves, assim como apresentações subliminares ou atenuadas, tanto de uma, como de outra. Conforme o DSM-IV (1994), os Transtornos Bipolares estão subdivididos em: Tipo I- caracterizado por um ou mais Episódios Maníacos ou Mistos, geralmente acompanhados por Episódios Depressivos Maiores, Tipo II- distinguido por um ou mais Episódios Depressivos Maiores, acompanhados por pelo menos um Episódio Hipomaníaco, Transtorno Ciclotímico- evidenciado por pelo menos 02 anos com numerosos períodos de sintomas hipomaníacos que não satisfazem os critérios para um Episódio Maníaco e numerosos períodos de sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para um Episódio Depressivo Maior- e Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação- transtornos com aspectos bipolares que não satisfazem os critérios para

qualquer dos Transtornos Bipolares específicos descritos anteriormente. O transtorno está associado com alta morbidade clínica e elevada mortalidade (suicídio), mesmo quando os indivíduos estão sendo adequadamente tratados (Angst et al., 2005; Pini et al., 2005).

A prevalência estimada, para a vida, do Transtorno Bipolar, em estudos populacionais, utilizando entrevistas estruturadas e critérios diagnósticos padronizados, como a SCID- Structured Clinical Interview for DSM-IV (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997), é de, aproximadamente, 0,8% para o tipo I e 1,1% para o tipo II (Weissmann et al., 1996; Tohen & Angst, 2002; Wittchen, Mhlig & Pezawas, 2003; Angst, 2004; Wairach et al., 2004; Bauer & Pfennig, 2005; Grant et al., 2005;; Pini et al., 2005). Utilizando-se, além das apresentações clássicas categóricas (tipo I e II), formas atenuadas ou subliminares, a prevalência aumenta, sendo de 1,0% para tipo I, 1,1% para o tipo II e 2,4% para formas subliminares do transtorno (Merikangas et al., 2007).

Ainda, no que diz respeito aos estudos de prevalência dos transtornos de humor, incluindo aqueles relacionados aos transtornos específicos e, em especial, ao Transtorno Bipolar, destaca-se a relação entre os dados obtidos e os critérios utilizados para se determinar o diagnóstico. Historicamente, os estudos de prevalência dos transtornos mentais avançaram muito, a partir do início da década de 80, com a introdução de critérios diagnósticos explícitos para formas específicas na DSM-III (APA, 1980) e a apresentação do estudo Epidemiological Catchment Area- ECA (Regier et al., 1984; Robins & Regier, 1990). O ECA não somente demonstrou que os transtornos mentais podem ser estimados usando-se entrevistas diagnósticas padronizadas com um nível similar de confiabilidade, validade e precisão, mas, também, sugeriu que o risco de desenvolvimento de transtornos mentais na adolescência e ao longo da vida- assim como prevalência e comorbidade atual- tinham sido extremamente subestimadas.

A epidemiologia do Transtorno Bipolar tem sido melhor delimitada nas últimas décadas. Tecnologias de ensaios de campo cada vez mais sofisticadas têm ajudado a melhor dimensionar o transtorno, no entanto, inconsistências diagnósticas podem advir tanto da baixa confiabilidade de termos diagnósticos, quanto dos limiares utilizados para a definição de caso (Goodwin & Jamison, 2007). O DSM-IV distingue pacientes com Transtorno Bipolar em Tipo I, Tipo II, Ciclotimia e Sem Outra Especificação. A validade desses grupos tem sido criticada, principalmente no que se refere à identificação de morbidade subdiagnóstica (Angst et al., 2002).

Muito importante é atentar para o fato de que a prevalência do Transtorno Bipolar, tanto em estudos clínicos, como populacionais, depende de quão restritivos são os critérios



diagnósticos adotados. Critérios mais restritivos, como aqueles adotados nos sistemas atuais, tenderão a gerar uma proporção maior de casos de depressão, em detrimento de casos do Transtorno Bipolar. Como já foi citado acima, o primeiro estudo comunitário a utilizar critérios do DSM-III para proporcionar dados relativos a taxa e risco para os Transtornos do Humor foi o ECA (Weissman et al., 1991). Foi utilizada uma entrevista totalmente estruturada e desenhada para o estudo, a Diagnostic Interview Schedule (DIS). A prevalência encontrada, para a vida, do Transtorno Bipolar Tipo I foi de 0,8% e, para o Tipo II, 0,5%. Reavaliações da Composite International Diagnostic Criteria (CIDI), instrumento criado pela Organização Mundial da Saúde para gerar diagnósticos de transtornos mentais, por intermédio de entrevista estruturada aplicada por entrevistadores leigos (Kessler et al., 2006; Quintana et al., 2007), demonstraram que tanto a definição de caso, quanto as características psicométricas do instrumento utilizado para o diagnóstico são cruciais para a estimativa da prevalência. No National Comorbidity Survey (NCS) original, por exemplo, a alta taxa de falsos-positivos gerada pela CIDI, aplicada por entrevistadores não-clínicos, em comparação a diagnósticos clínicos utilizando a SCID, levou os autores, em relatos subsequentes (Kessler et al., 1997), a analisarem apenas aqueles casos em que o humor era eufórico (e não irritável), vendo-os como os únicos com validade considerável.

Dessa maneira, estudos que utilizaram versões anteriores da CIDI e a definição de síndrome eufórica acharam prevalências mais baixas do Transtorno Bipolar, mas com uma taxa menor de falso-positivos. Uma reavaliação do inquérito holandês (Regeer et al., 2004) também demonstrou esse efeito e apenas 40% dos diagnósticos feitos pela CIDI foram confirmados pela SCID. No entanto, nessa reavaliação, uma proporção significativa de pacientes diagnosticados como Transtorno Depressivo Maior, pela CIDI, também seria reclassificada como Transtorno Bipolar; essa versão da CIDI gera, também, excessivos falso-negativos. Além do NCS, o inquérito populacional australiano (Mitchell, Slade & Andrews, 2004) utilizou, também, essa definição. Os dois estudos chegaram a prevalências muito similares do Transtorno Bipolar Tipo I; 0,5%, no primeiro, e 0,45%, no segundo. O inquérito canadense (Schaffer et al., 2006) ignorou esta característica da CIDI e, com uma definição de mania que não requeria os 07 dias de duração, chegou a uma prevalência, para a vida, de 2,2%. Essa, também, pode ter sido uma questão no estudo populacional brasileiro (Moreno et al., 2005), o qual utilizou, também, uma versão anterior da CIDI, chegando a prevalências, para a vida, de 1% para o Transtorno Bipolar Tipo I, 1,1% para Tipo II e 6,6% para o espectro bipolar. Nesse estudo, no entanto, os diagnósticos gerados pela CIDI não foram comparados aos de entrevistas clínicas. Uma outra versão (v2.1) foi testada separadamente

(Quintana et al., 2004; Quintana et al., 2007); entretanto, a sensibilidade para o diagnóstico do Transtorno Bipolar foi bastante baixa (38,9%).

Essas dificuldades na validade da CIDI parecem ter sido superadas, pelo menos parcialmente, em versões subsequentes (Kessler et al., 2006; Kessler, Merikangas & Wang, 2007). Na nova versão, utilizada na replicação do National Comorbidity Survey (NCS-R), a concordância foi excelente para Qualquer Transtorno Bipolar e para o Transtorno Bipolar Tipo I, embora ainda haja dificuldade em distinguir o Transtorno Bipolar Tipo II de casos subliminares, definidos aqui como hipomania subliminar recorrente na presença, ou não, de Episódio Depressivo subliminar. Os valores preditivos, positivo e negativo, para a CIDI, em relação à SCID foram, respectivamente, de 88,4 e 100% para qualquer Transtorno Bipolar. Portanto o NCS-R fornece, provavelmente, a melhor estimativa de prevalência do Transtorno Bipolar como este é atualmente conceitualizado, além de fornecer dados quanto a uma parcela dos casos subliminares. Esse estudo chegou a uma prevalência, para a vida, de 1% para o Transtorno Bipolar Tipo I, 1,1% para o Tipo II e 2,4% para os casos subliminares.

No Brasil, dois grandes estudos foram realizados, avaliando os índices específicos dos transtornos psiquiátricos entre adultos da comunidade. O primeiro estudo brasileiro de morbidade psiquiátrica foi realizado em 1991 (Almeida-Filho et al., 1997). Incluiu 6.476 indivíduos com 15 anos ou mais. Foi conduzido em três grandes centros urbanos- Brasília, São Paulo e Porto Alegre- e tinha um desenho transversal em dois estágios. A estratificação foi baseada em unidades de censo. Contudo, em São Paulo, somente três dos 48 distritos foram utilizados. O primeiro estágio utilizou o Questionário para Morbidade Psiquiátrica para Adultos- QMPA (Adult Psychiatric Morbidity Questionnaire; Santana, 1982). O diagnóstico foi baseado no *checklist* sintomático do DSM-III (APA, 1980). O segundo estágio consistiu de uma entrevista diagnóstica conduzida em 30% dos selecionados positivos e em 10% dos selecionados negativos no primeiro estágio, de uma a quatro semanas após a entrevista seletiva inicial. Os achados deste estudo, em termos de diagnóstico de transtornos de humor, apresentaram as seguintes prevalências pra toda a vida, divididos em estados depressivos e mania/ciclotimia, respectivamente: Brasília, 2,8% e 0,4%; São Paulo, 1,9% e 0,3%; Porto Alegre, 10,2% e 1,1%. Apesar das consideráveis limitações do estudo, este permanece sendo o único estudo nacional conduzido no país, sendo que os índices gerais são consistentes com os estudos internacionais.

O segundo estudo conduzido no Brasil, fornecendo índices dos transtornos psiquiátricos populacionais, foi o de Andrade e colaboradores (1997), porém restrito a dois bairros da cidade de São Paulo. Um total de 1.462 indivíduos foi entrevistado. O instrumento

utilizado foi a CIDI (Robins et al., 1988), versão 1.1. A generalização dos resultados obtidos foi considerada questionável, pois a amostra não foi considerada representativa da população de São Paulo ou do Brasil. No que tange a Transtornos de Humor, os índices obtidos de prevalência, para a vida, foram distribuídos da seguinte forma: Depressão Maior, 16,6%; Distímia, 4,3%; e Mania, 1,0%.

Há poucos estudos investigando a prevalência do Transtorno Bipolar entre pacientes de unidades de atendimento primário (Rouillon et al., 2011; Chiu & Chokka, 2012). A prevalência do TB em atendimento primário foi, originalmente, estimado de 0,7% a 1,2% (Schulberg et al., 1985; Blaker & Clare, 1988; Olfson et al., 1997), embora estudos recentes tenham encontrado prevalências variáveis com estimativas de até 22% (Smith et al., 2011).

Considerando a grande importância social e científica de estudos epidemiológicos populacionais a respeito dos Transtornos Mentais na realidade brasileira, mesmo com as dificuldades acima descritas- financeiras e, conseqüentemente, metodológicas, este estudo teve o objetivo de pesquisar as taxas do Transtorno Bipolar em uma amostra de usuários de um serviço de atenção primária da cidade de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul.

## Objetivos

### *Objetivo geral*

A proposta do presente estudo foi obter a prevalência do Transtorno Bipolar em uma amostra da população da cidade de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul.

### *Objetivos Específicos*

- Verificar a prevalência dos subtipos do Transtorno Bipolar, tendo por base os critérios diagnósticos do DSM-IV;
- Verificar o efeito de variáveis demográficas (sexo, idade, nível socioeconômico, escolaridade, estado civil, número de filhos, presença de trabalho remunerado e prática religiosa) na prevalência do Transtorno Bipolar;
- Verificar a relação entre a prevalência de Transtorno Bipolar e indicadores de saúde (uso de tabaco, uso de álcool e problemas de saúde geral);

- Verificar a relação entre a presença de Transtorno Bipolar e indicadores de intervenção (uso de medicação e tratamento psicológico ou psiquiátrico e internação).

## Método

### *Delineamento*

O delineamento do estudo caracterizou-se por ser quantitativo e transversal.

### *Amostra*

A amostra foi constituída por 148 indivíduos entre 18 e 65 anos, dos sexos masculino e feminino, residentes na comunidade Vila Nossa Senhora de Fátima, na cidade de Porto Alegre, usuários do serviço de saúde do Campus Aproximado da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul entre maio e outubro de 2010.

### *Instrumentos*

Os instrumentos utilizados neste estudo foram: questionário sociodemográfico (ANEXO 5) e Entrevista Clínica Semiestruturada para Transtornos de Eixo I do DSM-IV-TR (SCID).

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 3), foram coletados dados sociodemográficos, tais como sexo, idade, escolaridade, ocupação, aspectos relacionados à saúde (hospitalizações, uso de medicamentos, percepção subjetiva da saúde, uso de substâncias psicoativas) entre outras questões. Os dados da ficha sociodemográfica foram pensados a partir dos fatores associados mais referidos na literatura atual sobre sintomas do humor em população geral.

A Entrevista Clínica Semiestruturada para Transtornos de Eixo I do DSM-IV-TR – SCID (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997) é uma entrevista semiestruturada, administrada por clínicos, para uso com pacientes psiquiátricos ou sujeitos não considerados pacientes pertencentes à comunidade, utilizada para avaliação de psicopatologia. A SCID foi desenvolvida para prover ampla cobertura dos diagnósticos psiquiátricos de acordo com o

DSM-IV. A avaliação da psicopatologia é baseada na evolução clínica, sendo que os clínicos podem fazer perguntas adicionais, de modo a esclarecer o significado exato da indagação.

Para o treinamento da equipe, foi elaborado um manual de aplicação (ANEXO 4). O mesmo foi visto, detalhadamente, em reuniões semanais organizadas pelo doutorando, visando aperfeiçoamento e renovação do conhecimento dos participantes em transtornos do humor, instrumentos de avaliação e pesquisa quantitativa e transversal.

### *Procedimentos de Coleta dos Dados*

A coleta de dados foi realizada em dias e turnos alternados. Todos os membros da comunidade que se encontravam no serviço de saúde, nos dias de coleta, foram convidados a participar do estudo, não importando se a pessoa estivesse ali para consultar ou para acompanhar um familiar que se destinava para um atendimento.

Os instrumentos foram aplicados por uma dupla de pesquisadores composta por um psicólogo graduado e por um ou mais alunos de iniciação científica previamente treinados, objetivando uma coleta de dados uniforme.

A estratégia de coleta deu-se da seguinte forma: antes de qualquer aplicação, o psicólogo fazia uma introdução geral sobre a pesquisa, na sala de espera do Campus Aproximado, orientando e situando quanto aos objetivos específicos da pesquisa e seu livre arbítrio na participação desta. Os sujeitos que manifestaram interesse foram conduzidos a um ambiente mais reservado (ou no salão de grupos do CAMPUS, ou em alguma outra sala disponível no dia), onde responderam, primeiramente, os instrumentos de autorrelato e, posteriormente, a entrevista SCID.

O tempo médio de aplicação foi de 40 minutos, inicialmente; após a primeira semana, o tempo médio reduziu-se para cerca de 30 minutos.

### *Aspectos éticos*

Assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e aos participantes das pesquisas, o presente projeto foi submetido e aceito pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS e, posteriormente, pelo Comitê de Ética da PUCRS (ANEXO 1 e 2).

Foi fornecido, durante a apresentação da pesquisa e antes da coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o

participante. O termo assegurou o anonimato do nome e qualquer informação que possa identificar os participantes e seus familiares. Para isso, essas informações foram alteradas na apresentação do estudo. Informou-se que os sujeitos não receberiam nenhum benefício direto, mas que, fazendo parte da pesquisa, contribuiriam para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Tal participação foi voluntária e, caso o participante desejasse desistir a qualquer momento, teria absoluta liberdade de fazê-lo. A entrevista foi realizada na sala de espera do serviço de saúde do Campus Aproximado, de forma individual e privada.

Deste modo, foi possível o encaminhamento psicológico e/ou psiquiátrico (ANEXO 8) tanto para o Campus Aproximado Vila Fátima, como também para clínicas-escola na cidade de Porto Alegre (SAPP- Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia da PUCRS; SEDA- Serviço de Doenças Afetivas da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; Ambulatório de Transtornos do Humor do Hospital de Clínicas de Porto Alegre) dos casos que apresentaram alterações clinicamente significativas, tanto do ponto de vista do humor, como também de conflitos conjugais.

#### *Procedimentos para análise dos dados*

O levantamento das prevalências ao longo da vida levou em conta os critérios operacionais do DSM-IV-TR (APA, 2002) para transtorno bipolar para mania e hipomania. O programa SPSS 17.0 foi utilizado no tratamento estatístico dos dados. A fim de atingir o objetivo geral do estudo, foram realizadas análises de frequência simples do Transtorno Bipolar e suas subdivisões. No intuito de caracterizar a amostra foram, também, realizadas análises de prevalência do Transtorno Depressivo e dos episódios de humor. Análises de chi-quadrado foram realizadas com o objetivo de verificar o efeito de variáveis demográficas no Transtorno Bipolar, bem como a relação entre este e indicadores de saúde e tratamento. Por fim, foi realizada uma regressão logística a fim de verificar a contribuição conjunta de variáveis demográficas e de saúde para a presença de Transtorno Bipolar. Tendo em vista as taxas de prevalência dos subtipos de Transtorno Bipolar na amostra examinada, para esta última análise foi considerada como variável dependente apenas a presença de qualquer Transtorno Bipolar. Considerando o  $n$  total e as prevalências associadas optou-se por destacar nos resultados dados com nível de significância  $p < .10$ .

## Resultados

A **Tabela 1** descreve as principais características da população pesquisada. Em relação às características demográficas, pode-se observar que a maioria dos sujeitos é do sexo feminino. A população foi dividida em três faixas etárias com o objetivo de realizar uma avaliação por intervalos uniformes. Quatro níveis socioeconômicos foram observados na amostra pesquisada, sendo que a maior parte dos sujeitos faz parte da Classe C, segundo a classificação da Associação Brasileira de Estatística e Pesquisa (ABEP).

A maioria dos indivíduos tem entre cinco e oito anos de estudo formal, é casada e tem um ou mais filhos. Destes, 39,9% participam de algum tipo de ritual religioso duas ou mais vezes por semana, e 40,5% não realizou trabalho remunerado no último ano. Em relação aos indicadores de saúde e tratamento, 12% pontuaram positivamente na escala CAGE, a qual verifica indicativos de dependência ao álcool, e 34,9% faz uso regular de tabaco. Além disso, apesar da população ter sido avaliada em um serviço de saúde, 44,6% referem não apresentar nenhum problema de saúde. Desta população, 8,8% já foi internada por motivos psiquiátricos, 49% utilizou algum tipo de medicação de uso continuado nos últimos 6 meses e 26,5% já fez, ou faz, tratamento psicológico ou psiquiátrico.

**Tabela 1.** Caracterização da amostra em relação a variáveis demográficas, indicadores de saúde e intervenção

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><i>Sexo</i></b>		
Feminino	119	80,4
Masculino	29	19,6
<b><i>Categorias etárias</i></b>		
18- 29 anos	47	31,8
30-44 anos	53	35,8
45 ou mais	48	32,4
<b><i>Escala ABEP (nível socioeconômico)</i></b>		
E	1	0,9
D	26	22,8
C	69	60,5
B	18	15,8
Informações perdidas	34	
<b><i>Tempo total de escolaridade</i></b>		
Até 4 anos	40	27,0
5-8 anos	62	41,9
9 ou mais anos	46	31,1
<b><i>Estado civil</i></b>		
Solteiro	70	47,6
Casado ou união estável	77	52,4

Informações perdidas	1	
<b><i>Número de filhos</i></b>		
Nenhum filho	67	45,3
1-2	34	23,0
3 ou mais	47	31,8
<b><i>Trabalho remunerado (no último ano)</i></b>		
Não	60	40,5
Sim	88	59,5
<b><i>Prática religiosa (última semana)</i></b>		
Nunca ou 1 vez	82	58,2
2 ou mais vezes	59	39,9
Informações perdidas	7	4,70
<b><i>Escala CAGE</i></b>		
Não	129	87,2
Sim	19	12,8
<b><i>Uso de tabaco</i></b>		
Não	95	66,1
Sim	51	34,9
Informações perdidas	2	
<b><i>Problema de saúde</i></b>		
Não	66	44,6
Sim	82	55,4
<b><i>Utiliza medicação de uso continuado</i></b>		
Não	75	51,0
Sim	72	49,0
Informações perdidas	1	
<b><i>Tratamento psicológico ou psiquiátrico</i></b>		
Não	108	73,5
Já fiz	20	13,6
Faço atualmente	19	12,9
Informações perdidas	1	

No que diz respeito à presença de Transtornos de Humor, conforme observado na **Tabela 2**, a população avaliada apresentou uma prevalência, para a vida, de qualquer diagnóstico de Transtorno de Humor de 32,6%. Os Transtornos de Humor Unipolares apresentaram uma prevalência total de 15,6%, distribuídos em 12,2 % para o Transtorno Depressivo Maior, 3,4% para o Transtorno Distímico e 2,0% para o Transtorno Depressivo SOE. Em relação ao objetivo geral do presente estudo, as análises de frequência do Transtorno Bipolar e seus subtipos, realizadas a partir da SCID, revelaram que os Transtornos Bipolares apresentaram um taxa total de 17%, sendo que 4,8% da amostra pesquisada recebeu o diagnóstico de Transtorno Bipolar Tipo I, 8,8% para o Tipo II e 3,4% para o Transtorno Bipolar SOE.



**Tabela 2.** Prevalência de Transtornos e Episódios de Humor, segundo SCID

Diagnóstico	n=148 (%)
<b><i>Qualquer Transtorno de Humor</i></b>	<b>48 (32,6%)</b>
<b><i>Qualquer Transtorno Bipolar</i></b>	<b>25 (17%)</b>
Transtorno Bipolar I	7 (4,8%)
Transtorno Bipolar II	13 (8,8%)
Transtorno Bipolar SOE	5 (3,4%)
<b><i>Qualquer Transtorno Depressivo Unipolar</i></b>	<b>23 (15,6%)</b>
Transtorno Depressivo Maior	18 (12,2%)
Transtorno Distímico	5 (3,4%)
Transtorno Depressivo Maior SOE	3 (2,0%)
<b><i>Qualquer Episódio de Humor</i></b>	
Episódio Depressivo Maior Atual	38 (25,7%)
Episódio Depressivo Maior Passado	49 (33,1%)
Episódio Maníaco Atual	3 (2,0%)
Episódio Maníaco Passado	14 (9,5%)
Episódio Hipomaníaco Atual	17 (11,5%)
Episódio Hipomaníaco Passado	17 (11,5%)
<b><i>Transtorno de Humor devido a Condição Médica Geral</i></b>	
Atual	2 (1,4%)
Passado	3 (2,0%)
<b><i>Transtorno de Humor Induzido por Substância</i></b>	
Atual	3 (2,0%)
Passado	2 (1,4%)

No que diz respeito ao efeito das variáveis demográficas associadas à presença de Transtorno Bipolar (**Tabela 3**), destaca-se a pequena contribuição das variáveis examinadas. Apenas idade e religiosidade emergiram como moderadores importantes para a prevalência de TB. Os dados indicaram a idade como um fator que influenciou significativamente para a presença de Qualquer Transtorno Bipolar e para o Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação (TB SOE), sendo mais prevalente na população mais jovem. Já a pouca, ou ausente, religiosidade influenciou para a presença do TB SOE.

**Tabela 3.** Efeito das variáveis demográficas na prevalência do Transtorno Bipolar

Variáveis	Qualquer TB			TB I			TB II			TB SOE		
	n(%)	$\chi^2$ (gl)	p	n(%)	$\chi^2$ (gl)	p	n(%)	$\chi^2$ (gl)	p	n(%)	$\chi^2$ (gl)	p
<b>Demográficas</b>												
<b>Sexo</b>												
Feminino	23(92%)	2,62(1)	0,10	6(85,7%)	0,14(1)	0,71	13(100%)	3,47(1)	0,06	4(80%)	0,001(1)	0,98
Masculino	2(8%)			1(14,3%)			-			1(20%)		
<b>Categorias etárias</b>												
18- 29 anos	14(56%)	9,47(2)	<b>0,009</b>	4(57,1%)	2,41(2)	0,30	6(46,2%)	4,05(2)	0,13	4(80%)	5,83(2)	<b>0,05</b>
30-44 anos	8(32%)			1(14,3%)			6(46,2%)			1(20%)		
45 ou mais	3(12%)			2(28,6%)			1(7,7%)			-		
<b>Escala ABEP</b>												
E	-	0,37(3)	0,95	-	0,21(3)	0,97	-	0,26(3)	0,96	-	0,83(3)	0,84
D	4(20%)			1(16,7%)			2(20,0%)			1(25%)		
C	13(65%)			4(66,7%)			6(60,0%)			3(75%)		
B	3(15%)			1(16,7%)			2(20,0%)			-		
Informações perdidas												
<b>Tempo total de escolaridade</b>												
Até 4 anos	5(20%)	1,477(2)	0,48	1(14,3%)	0,85(2)	0,65	3(23,1%)	0,37(2)	0,83	1(20%)	2,08(2)	0,36
5-8 anos	10(40%)			4(57,1%)			5(38,5%)			1(20%)		
9 ou mais anos	10(40%)			2(28,6%)			5(38,5%)			3(60%)		
<b>Estado civil</b>												
Solteiro	13(52%)	0,199(1)	0,65	4(57,1%)	0,25(1)	0,62	8(61,3%)	1,1(1)	0,29	1(20%)	1,58(1)	0,21
Casado ou união estável	12(48%)			3(42,9%)			5(38%)			4(80%)		
Informações perdidas												
<b>Número de filhos</b>												

Nenhum filho	11(44%)	0,31(2)	0,98	4(57,1%)	0,10(2)	0,61	6(46,2%)	0,007(2)	1,0	1(20%)	2,05(2)	0,36
Um ou dois filhos	6(24%)			2(28,6%)			3(23,1%)			1(20%)		
Três ou mais filhos	8(32%)			1(14,3%)			4(30,8%)			3(60%)		
<b>Trabalho Remunerado (últimos 12 meses)</b>												
Não	17(68%)	0,97(1)	0,32	5(71,4%)	0,46(1)	0,49	3(23,1%)	1,8(1)	0,18	3(60%)	0,81(1)	0,37
Sim	8(32%)			2(28,6%)			10(76,9%)			2(40%)		
<b>Religiosidade (última semana)</b>												
Nunca ou 01 vez	16(67%)	0,92(1)	0,33	3(50,0%)	0,16(1)	0,69	8(61%)	0,07(1)	0,80	5(100%)	3,73(1)	<b>0,05</b>
Duas ou mais vezes	8(33%)			3(50,0%)			5(38,55%)			-		

*Abreviações: TB, Transtorno Bipolar; TB I, Transtorno Bipolar Tipo I; TB II, Transtorno Bipolar Tipo II; TB SOE, Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação.*

Em relação aos indicadores de saúde e prevalência do Transtorno Bipolar, conforme pode ser observado na Tabela 4, nem tabaco, nem álcool ou problema de saúde/doença associou-se à presença de TB. Já em relação aos indicadores de intervenção, a maioria dos indivíduos com diagnósticos bipolares não realizou ou realiza tratamento psicológico ou psiquiátrico, assim como não usou medicação continuamente nos últimos seis meses. O Transtorno Bipolar Tipo I (TB I) foi o único associado a taxas significativamente mais altas de internações psiquiátricas.

**Tabela 4.** Efeito dos indicadores de saúde e intervenção na prevalência do Transtorno Bipolar

	Qualquer TB			TB			TB II			TB SOE		
	n(%)	$\chi^2$ (gl)	p	n(%)	$\chi^2$ (gl)	P	n(%)	$\chi^2$ (gl)	p	n(%)	$\chi^2$ (gl)	p
<b>Indicadores de saúde</b>												
<b>CAGE</b>												
Não	23(92%)	0,65(1)	0,42	7(100%)	0,09(1)	0,29	11(84,6%)	0,83(1)	0,77	5(100%)	0,76(1)	0,38
Sim	2(8%)			-								
<b>Tabaco</b>												
Não	12(50%)	2,77(2)	0,10	4(57,1%)	0,19(2)	0,66	5(41,7%)	3,15(1)	0,08	3(60%)	0,59(1)	0,81
Sim	13(52%)			3(42,9%)			7(58,3%)			2(40%)		
<b>Problema de saúde/doença</b>												
Não	12(48%)	0,17(1)	0,68	4(57,1%)	0,50	0,48	4(30,8%)	1,10(1)	0,29	4(80%)	2,63(1)	0,11
Sim	13(52%)			3(42,9%)			9(69,2%)			1(10%)		
<b>Indicadores de intervenção</b>												
<b>Uso medicação continuada (6 meses)</b>												
Não	18(72%)	5,14(1)	<b>0,02</b>	3(42,9%)	0,21(1)	0,64	10(76,9%)	3,83(1)	<b>0,05</b>	5(100%)	4,97(1)	<b>0,03</b>
Sim	2(28%)			4(57,1%)			3(23,1%)					
<b>Tratamento psicológico ou psiquiátrico</b>												
Não	12(48%)	13,09(2)	<b>0,001</b>	3(42,9%)	13,95(2)	<b>0,001</b>	6(46,2%)	5,67(2)	0,06	3(60%)	0,48(2)	0,78
Sim, mas não atualmente	5(20%)			-			4(30,8%)			1(20%)		
Sim, e faço atualmente	8(32%)			4(57,1%)			3(23,1%)			1(20%)		
<b>Internação psiquiátrica (vida)</b>												
Não	22(88%)	0,36(1)	0,55	4(57,1%)	10,45(1)	<b>0,001</b>	13(100%)	1,38(1)	0,23	5(100%)	0,50(1)	0,48
Sim	3(12%)			3(42,9%)			-			-		

**Abreviações:** TB, Transtorno Bipolar; TB I, Transtorno Bipolar Tipo I; TB II, Transtorno Bipolar Tipo II; TB SOE, Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação.

A fim de investigar a contribuição conjunta das variáveis demográficas e indicadores de saúde para prevalência de TB foi realizada uma análise de regressão logística. “Qualquer TB” foi inserido como variável dependente e as variáveis demográficas e indicadores de saúde com nível de significância  $p < .10$  (e.g. sexo, idade e uso de tabaco) nas análises chi-quadrado foram consideradas como preditores. Conforme pode ser observado na **Tabela 5**, o resultado revelou uma variância explicada de 16%, sendo que no modelo final apenas idade se manteve como um preditor significativo.

**Tabela 5.** Regressão logística das variáveis demográficas e indicadores de saúde na prevalência de Qualquer Transtorno Bipolar

	<i>Wald</i>	<i>OR(IC 95%)</i>	<i>p</i>	<i>R<sup>2</sup></i>
<b><i>Bloco 1</i></b>				.03
<i>Sexo</i>	2.23	3.16(0.70-14.29)	.13	
<b><i>Bloco 2</i></b>				.14
<i>Sexo</i>	2.35	3.34(0.71-15.64)	.12	
<i>Idade</i>	8.55	0.38(0.20-0.73)	.003	
<b><i>Bloco 3</i></b>				.16
<i>Sexo</i>	2.42	3.41(0.73-16.00)	.12	
<i>Idade</i>	7.31	0.41(0.22-0.78)	.007	
<i>Uso de tabaco</i>	1.54	1.81(0.71-4.62)	.21	

### Discussão

De acordo com os resultados apresentados, a população avaliada apresentou uma prevalência, para a vida, para Qualquer Transtorno de Humor de 32,6%. Nas subdivisões dos Transtornos do Humor, os Transtornos Bipolares apresentaram uma taxa total de 17%, sendo 4,8% para TB I, 8,8% para TB II e 3,4% para o TB SOE, e os Transtornos Depressivos Unipolares, uma prevalência total de 15,6%, distribuídos em 12,2 % para o TDM, 3,4% para o TD. Quando encontradas prevalências muito semelhantes entre os Transtornos Bipolares e os Transtornos Depressivos Unipolares, autores sugerem que parte dos diagnósticos bipolares possa pertencer a um espectro bipolar, com formas subliminares não captadas pela SCID (Akiskal & Mallya, 1987; Angst, 1998).

Estas altas prevalências parecem estar relacionadas à característica fundamental inerente à população estudada, que é a baixa condição socioeconômica, visto que existem evidências que apontam para a associação de transtornos do humor, ansiedade e somatização com situação socioeconômica desfavorável (Liem & Liem, 1978). Além disso, tem sido demonstrado que nos países da América Latina as prevalências de transtornos mentais são maiores que em outros países (Araya, 2000), o que está de acordo com os resultados do presente estudo.

Também, deve-se considerar que, em ambientes de atendimento primário à saúde, as taxas de prevalência do Transtorno Bipolar são mais elevadas. Smith et al. (2011), no Reino Unido, obtiveram uma taxa de 22% em indivíduos buscando atendimento no setor primário

de saúde. Já no estudo de Das et al. (2005), em um serviço urbano de atendimento geral à saúde, foi encontrada uma taxa de 9,8%, enquanto Castelo et al. (in press), na população brasileira, em um estudo multicêntrico de indivíduos buscando atenção primária, obtiveram uma taxa de 7,6%.

Em relação ao efeito das variáveis demográficas associadas à presença de Transtorno Bipolar, os dados indicaram a idade como um fator que influenciou significativamente para a presença de Qualquer TB e para o TB SOE, sendo mais prevalente na população mais jovem. Esta relação inversamente proporcional entre idade e prevalência de TB já foi amplamente demonstrada na literatura, em vários estudos populacionais (Merikangas et al., 2007; Lee et al., 2009; Kozloff et al., 2010; Jansen et al., 2011). Já a pouca, ou ausente, religiosidade influenciou para a presença do TB SOE, diferentemente da literatura que refere que para todos os estados bipolares (mania, depressão, eutimia), exceto para os estados mistos, a prática religiosa não exerce nenhum fator protetor (Cruz et al., 2010).

Na relação dos indicadores de saúde com a prevalência do TB, nenhum dos fatores influenciou significativamente na presença de Qualquer TB. Já em relação aos indicadores de intervenção, a maioria dos indivíduos com diagnósticos bipolares não realizou ou realiza tratamento psicológico ou psiquiátrico, assim como não usou medicação continuamente nos últimos seis meses. O Transtorno Bipolar Tipo I (TB I) foi o único associado a taxas significativamente mais altas de internações psiquiátricas. Estes indicadores de intervenção estão diretamente relacionados à alta prevalência dos Transtornos Bipolares nesta população, consequentes à condição socioeconômica extremamente desfavorável da mesma.

Os fatores socioeconômicos que condicionam a situação de vida das pessoas têm estreita relação com os transtornos psiquiátricos. A alta prevalência dos Transtornos de Humor, neste estudo, deveu-se fundamentalmente, à baixa condição econômica desta população, reforçando a ideia de que as condições de vida são determinantes no aparecimento de doenças mentais. Em relação ao TB, as associações das variáveis sociodemográficas demonstraram claramente uma relação inversa com a idade, uma tendência para o sexo feminino das apresentações bipolares depressivas e as consequências negativas em termos de morbidade relacionadas à pouca utilização de serviços de tratamento psicológico ou psiquiátrico, assim como do baixo uso de medicação continuada e taxas significativamente altas de internação psiquiátrica.

As limitações do presente estudo, as quais contribuíram para a taxa elevada de prevalência do TB, estão relacionadas ao ambiente de difícil aplicação dos instrumentos e ao tamanho amostral. Apesar destes elementos, o estudo permite que se tenha uma ideia

populacional local a cerca dos Transtornos do Humor. Sugere-se, então, que estudos populacionais mais amplos sejam realizados em nosso meio, permitindo que se possa ter mais conhecimento da epidemiologia destes transtornos na realidade local e brasileira.

#### Referências

- Akiskal H.S., & Benazzi, F. (2005). Optimizing the detection of bipolar II disorder in outpatient private practice: toward a systematization of clinical diagnostic wisdom. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(7), 914-921.
- Akiskal, H.S. (1992). *The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders beyond affective disorders*. New York (NY): The Guilford Press, p. 111-29.
- Akiskal, H.S. (2002). The bipolar spectrum-the shaping of a new paradigm in psychiatry. *Current Psychiatry Reports*, 4(1), 1-3.
- Akiskal, H.S., & Mallya, G. (1987). Criteria for the 'soft' bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacological Bulletin*, 23, 68-73.
- Akiskal, H.S., Bourgeois, M.L., Angst, J., Post, R., Moller, H., & Hirschfeld R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 59, S5-S30.
- Amianto, F., Lavagnino, L., Leombruni, P., Gastaldi, F., Daga, G.A., & Fassino, S. (2011). Hypomania across the binge eating spectrum. A study on hypomanic symptoms in full criteria and sub-threshold binge eating subjects. *Journal of Affective Disorders*, 133, 580-583.
- Angst, J. (2004). Bipolar disorder: A seriously underestimated health burden. *European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 59-60
- Angst J. (1996). Comorbidity of mood disorders- a Longitudinal Prospective Study. *British Journal of Psychiatry*, 168(Suppl 30),31-37.
- Angst, J. (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 50, 143-151.
- Angst, J., Adolfsson, R., Benazzi, F., Gamma, A., Hantouche, E., Meyer, T.D., et al. (2005). The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 88, 217-233.
- Angst, J., Meyer, T.D., Adolfsson, R., Skeppar, P., Carta, C., Benazzi, F., et al. (2010). Hypomania: a transcultural perspective. *World Psychiatry*, 9, 41-50.

- Araya, R. (2000). The growing public health importance of common mental disorders. The forgotten reality of less developed world. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 9(4), 241-248.
- Bauer, M., & Pfennig, A. (2005). Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia*, 46(Suppl. 4), 8-13.
- Bech, P., Christensen, E.M., Vinberg, M., Bech-Andersen, G., & Kessing, L.V. (2011). From items to syndromes in the Hypomania Checklist (HCL-32): Psychometric validation and clinical validity analysis. *Journal of Affective Disorders*, 132, 88-54.
- Blacker, C.V., & Clare, A.W. (1988). The prevalence and treatment of depression I general practice. *Psychopharmacology*, 95(Suppl), S14-17.
- Brand, S., Luethi, M., von Planta, A., Hatzinger, M., & Holsboer-Trachler, E. (2007). Romantic love, hypomania and sleep pattern in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 41, 69-76.
- Bromet, E., Andrade, L.H., Hwang, I., Sampson, N.A., Alonso, J., Girolamo, G., et al. (2011). Cross-nation epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9, 90, 2-16.
- Calabrese, J.R., Hirschfeld, R.M., Reed, M., Davies, M. A., Frye, M. A., Keck, P. E., et al. (2003). Impact of bipolar disorder on a U.S. community sample. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 425-432.
- Carta, M.G., Hardoy, C.M., Cadeddu, M., Murru, A., Campus, A., Luigi, P., et al. (2006). The accuracy of the Italian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) for the screening of bipolar disorders and comparison with the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) in a clinical sample. *Clinical Practice Epidemiology Mental Health*, 2, 2.
- Castelo, M.S., Hyphantis, T.N., Macêdo, D.S., Lemos, G.O., Machaso, Y.O., Kapczinski, F., et al. (2012). Screening for bipolar disorder in the primary care: A Brazilian survey. *Journal of Affective Disorders*, in press.
- Chiu, J.F., & Chokka, P.R. (2012). Prevalence of bipolar disorder symptoms in primary care (ProBiD-PC): a Canadian study. *Canadian Family Physician*, 57, 58-67.
- Cruz, M., Pincus, H.A., Welsh, D.E., Greenwald, D., Lasky, E., & Kilbourne, A.M. (2010). The relationship between religious involvement and clinical status of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 12, 68-76.
- Das, A.K., Olfson, M., Gameroff, M.J., Pilowski, D.J., Blanco, C., Feder, A., et al. (2005). Screening for bipolar disorder in a primary care practice. *Journal of the American Medical Association*, 293, 956-963.



- Dean, B.B., Gerner, D., & Gerner, R.H. (2004). A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and healthcare costs and utilization in bipolar disorder. *Current Medical Research Opinion*, 20(2), 139-54.
- Dennehy, G., Suppes, T., Crismon, M.L., Toprac, M., Carmody, T.J., & Rush, A.J. (2004). Development of the Brief Bipolar Disorder Symptom Scale for patients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 127(1-2), 137-45.
- Eckblad, M., & Chapman, L.J. (1986). Development and validation of a scale for hypomanic personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3), 214-222.
- Figueiredo, A.L. (2009). *Prevalência de sintomas do humor em uma população de alunos de uma universidade privada no município de Porto Alegre*. Tese de Doutorado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Forty, L., Smith, D., Jones, L., Jones, I., Caesar, S., Fraser, C., et al. (2009). Identifying hypomanic features in major depressive disorder using the Hypomania Checklist (HCL-32). *Journal of Affective Disorders*, 114, 68-73.
- Gershon, S., & Soares, J.C. (1997). Current therapeutic profile of lithium. *Archives General Psychiatry*, 54(1), 16-20.
- Goncalves, D.M., & Kapczinski, F. (2008). Prevalence of mental disorders at a referral center for the Family Health Program in Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(9), 2043-2053.
- Haghighi, M., Bajoghli, H., Angst, J., Holsboer-Trachsler, E., & Brand, S. (2011). The Farsi version of the 32-item Hypomania Checklist (HCL-32): Applicability and indication of a four-factorial solution. *BioMed Central Psychiatry*, 11, 14.
- Heun, R., & Maier, W. (1993). The distinction of bipolar II disorder from bipolar I and recurrent depression: results of a controlled family study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 279-284.
- Hirschfeld, R.M. (2002). The mood disorder questionnaire: a simple, patient-rated screening instrument for bipolar disorder. *Primary Care companion Journal of Clinical Psychiatry*, 4(1), 9-11.
- Hirschfeld, R.M., Holzer, C., Calabrese, J.R., Weissman, M., Davies, M., Frye, M.A., et al. (2003). Validity of the mood disorder questionnaire: a general population study. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 178-80.
- Hirschfeld, R.M.A., Lewis, L., & Vornik, L.A. (2003). 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. *Journal of Clinical Psychiatry*, *64*, 161-174.
- Hirschfeld, R.M.A., Williams, J.B.M., Spitzer, R.L., Calabrese, J.R., Flynn, L., Keck, Jr., et al. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1873-1875.
- Jon, D.I., Hong, N., Yoon, B.H., Jung, H.Y., Ha, K., Shin, Y.C., & Bahk, W.M. (2009). Validity and reliability of the Korean version of the Mood Disorder Questionnaire. *Comprehensive Psychiatry*, *50*, 286-291.
- Judd, L.L., & Akiskal, H.S. (2003). The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: Re-analysis of the ECA database taking into account sub-threshold cases. *Journal of Affective Disorders*, *73*(1-2), 123-131.
- Kessler, R. C., Merikangas, K. R., & Wang, P.S. (2007). Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 137-158.
- Kessler, R.C. et al. (2006). Validity of the assessment of bipolar spectrum disorders in the WHO CIDI 3.0. *Journal of Affective Disorders*, *96*(3), 259-269.
- Kessler, R.C., MacGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 8-19.
- Licht, R.W., Vestergaard, P., & Brodersen, A. (2008). A long-term outcome of patients with bipolar disorder commenced on lithium prophylaxis during hospitalization: a complete 15-year register-based follow-up. *Bipolar Disorders*, *10*(1), 79-86.
- Liem, R., & Liem, J. (1978). Social class and mental illness reconsidered: the role of economic stress and social support. *Journal of Health and Social Behavior*, *19*, 139-156.
- Meyer, T.D., Bernhard, B., Born, C., Fuhr, K., Gerber, S., Schaerer, L., et al. (2011). The Hypomania Checklist-32 and the Mood Disorder Questionnaire as screening tools – going beyond samples of purely mood-disordered patients. *Journal of Affective Disorders*, *128*, 291-298.
- Meyer, T.D., Hammelstein, P., Nilsson, L.G., Skeppar, P., Adolfsson, R., & Angst, J. (2007). The Hypomania Checklist (HCL-32): its factorial structure and association to indices of impairment in German and Swedish nonclinical samples. *Comprehensive Psychiatry*, *48*, 79-87.

- Mitchell, P.B., Slade, T., & Andrews, G. (2004). Twelve-month prevalence and disability of DSM-IV bipolar disorder in Australian general population survey. *Psychological Medicine, 34*(5), 777-785.
- Moreno, D.H., & Andrade, L.H. (2005). The lifetime prevalence, health services utilization and risk of suicide of bipolar spectrum subjects, including subthreshold categories in the Sao Paulo ECA study. *Journal of Affective Disorders, 87*(2-3), 231-241.
- Nallet, A., Weber, B., Favre, S., Gex-Fabry, M., Voide, R., Ferrero, F., & Zullino, D. (2011). Screening for bipolar disorder among outpatients with substance use disorders. *European Psychiatry*, in press.
- Olfson, M., Fireman, B., Weissman, M.M., Leon, A.C., Sheehan, D.V., Kathol, R.G., et al. (1997). Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *American Journal of Psychiatry, 154*, 1734-1740.
- Oliver, J.M., & Simmons, M.E. (1985). Affective disorders and depression as measured by the Diagnostic Interview Schedule and the Beck Depression Inventory in an unselected population. *Journal of Clinical Psychiatry, 41*(4), 469-77.
- Poon, Y., Chung, K-F., Tso, K-C., Chang, C-L., & Tang, D. (2012). The use of Mood Disorder Questionnaire, Hypomania Checklist-32 and clinical predictors for screening previously unrecognized bipolar disorder in a general psychiatric setting. *Psychiatry Research, 195*, 111-117.
- Quintana, M., Andreoli, S.B., Jorge, M.R., Gastal, F.L., & Miranda, C.T. (2004). The reliability of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1). *Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 37*(11), 1739-1745.
- Quintana, M., Gastal, F.L., Jorge, M.R., Miranda, C.T., & Andreoli, S.B. (2007). Validity and limitations of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1). *Revista Brasileira de Psiquiatria, 29*(1), 18-22.
- Regeer, E.J., ten Have, M., Rosso, M.L., Hakaart-van Roijen, L., Vollenberg, W., Nolen, W.A. (2004). Prevalence of bipolar disorder in the general population: a Reappraisal Study of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica, 110*(5), 374-382.
- Rouillon, F., Gasquet, I., Garay, R.P., & Lancrenon, S. (2011). Screening for bipolar disorder inpatients consulting general practitioners in France. *Journal of Affective Disorders, 130*, 492-495.

- Rybakowski, J.K., Dudek, D., Pawlowski, T., Jojko, D., Siwek, M., & Kiejna, A. (2011). Use of the Hypomania Checklist-32 and the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolarity in 1,052 patients with major depressive disorder. *European Psychiatry*, in press.
- Schaffer, A., Cairney, J., Cheung, A., Vaelhuizen, S., & Anthony, L. (2006). Community survey of bipolar disorder in Canada: lifetime prevalence and illness characteristics. *Canadian Journal of Psychiatry*, *51*(1), 9-16.
- Schulberg, H.C., Saul, M., McClelland, M., Ganguli, M., Christy, W., & Franck, R. (1985). Assessing depression in primary medical and psychiatric practices. *Archives of General Psychiatry*, *42*, 1164-1170.
- Shugar, G., Schertzer, S., Toner, B.B., & Gasbarro I. (1992). Development, use and factor analysis of a self-report inventory for mania. *Comprehensive Psychiatry*, *33*(5), 325-331.
- Smith, D.J., Griffiths, E., Kelly, M., Hood, K., Craddock, N., & Simpson, S.A. (2011). Unrecognized bipolar disorder in primary care patients with depression. *The British Journal of Psychiatry*, *199*, 49-56.
- Soares, O.T., Moreno, D.H., Moura, E.C., Angst, J., & Moreno, R.A. (2010). Reliability and validity of a Brazilian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) compared to the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *32*(4), 416-423.
- Tafalla, M., Sanchez-Moreno, J., Diez, T., & Vieta, E. (2009). Screening for bipolar disorder in a Spanish sample of outpatients with current depressive episode. *Journal of Affective Disorders*, *114*, 299-304.
- Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Balbuena, A., Chamorro, L., Ramos, J.L., Artal, J., et al. (2007). Cross-validation with the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) of a instrument for the detection of hypomania in Spanish: the HCL-32 item hypomania symptom check list (HCL-32). *Journal of Affective Disorders*, *101*, 43-55.
- Waraich, P., Goldner, E.M., Somers, J.M., & Hsu, L. (2004). Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, *49*(2), 124-38.
- Weissman, M.M., & Myers, J.K. (1978). Rates and risks of depressive symptoms in a US urban community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *57*(3), 219-31.
- Weissman, M.M., Bruce, L.M., Leaf, P.J., & Holzer, C.I. (1990). *Affective disorders*. In: Robins, L.N., Regier, D.A. (Eds.). *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study*. The Free Press, New York, 53-80.

Yang, H-C., Yuan, C., Liu, T., Li, L., Peng, H., Liao, C., et al. (2011). Validity of the 32-item Hypomania Checklist (HCL-32) in a clinical sample with mood disorders in China. *BioMed Central Psychiatry*, *11*, 84.

### Capítulo 3

#### Estudo Empírico

## AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DO ESPECTRO BIPOLAR ATRAVÉS DO HYPOMANIA CHECKLIST (HCL-32)

### Resumo

**Objetivo:** O objetivo geral do estudo foi verificar a prevalência do espectro bipolar em uma amostra de usuários do serviço de saúde do Campus Aproximado da Vila Fátima, no município de Porto Alegre através do Hypomania Checklist (HCL-32). Além disso, teve-se como objetivos específicos investigar a validade de construto e as propriedades psicométricas do HCL-32, a relação entre diagnóstico espectral e categórico de TB e a associação entre variáveis demográficas, indicadores de saúde e intervenção psicoterápica e a prevalência do espectro bipolar.

**Métodos:** O estudo foi quantitativo e transversal em uma amostra constituída por 140 indivíduos entre 18 e 65 anos. A coleta deu-se entre maio e outubro de 2010. Os instrumentos utilizados foram uma entrevista sociodemográfica, o Hypomania Checklist (HCL-32) e a SCID-IV.

**Resultados:** O HCL-32 demonstrou uma boa consistência interna. No ponto de corte  $\geq 14$  observou-se uma prevalência muito alta do espectro bipolar (70,0%), enquanto no ponto de corte  $\geq 26$  a prevalência foi de 10,7%. Comparando os achados dimensionais, obtidos pelo ponto de corte  $\geq 26$  no HCL-32, com os percentuais categóricos, obtidos através da SCID, vemos que as prevalências de sintomas de hipomania elevam-se desproporcionalmente. No TDM, este percentual eleva-se para o dobro, ou seja, de 12,2% para 22,2%. Já em relação ao TB I e TB II, os percentuais triplicam (de 4,8% para 14,3%, e de 8,8% para 23,1%, respectivamente).

**Conclusões:** Os dados encontrados sugerem, nesta amostra populacional, que o instrumento utilizado, HCL-32, detectou apresentações subliminares do TB (formas espectrais ou dimensionais) que, na SCID, foram diagnosticadas como pertencentes ao TDM.

## Abstract

**Objective:** The main objective was to estimate bipolar spectrum prevalence and correlates among individuals in a health primary care facility of the City of Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. Moreover, we aimed to investigate construct validity and psychometric properties of the HCL-32, the relationship between spectral and categorical diagnosis via SCID and the association between demographic variables, health and intervention indicators and the prevalence of bipolar spectrum.

**Methods:** A cross-sectional, population-based survey was conducted in a sample constituted of 140 adults aged 18 to 64 years. Data were assessed using a structured demographic questionnaire, the SCID-IV and the Hypomania Checklist (HCL-32).

**Results:** HCL-32 demonstrated good internal consistency. Hypomanic symptoms exceeding cut-off  $\geq 14$  criteria for bipolarity in HCL-32 were found in 70,0% of individuals. When cut-off was raised to  $\geq 26$ , 10,7% individuals showed these symptoms. When dimensional data obtained by HCL-32 cut-off  $\geq 26$  were compared to categorical SCID-IV criteria, hypomanic symptoms prevalence in MDD raised twofold (12,2% to 22,2%). However, these symptoms raised threefold in BP I and BP II (4,8% to 14,3%, 8,8% to 23,1%, respectively).

**Conclusions:** Results suggest that in this sample HCL-32 detected subthreshold bipolarity (spectral or dimensional expressions) which in SCID were included in MDD.

## Introdução

O Transtorno Bipolar (TB) é um transtorno dinâmico caracterizado por mudanças dramáticas no humor, energia, cognição e comportamento que flutuam de tempos em tempos. Não há marcadores objetivos para o TB, ficando a sua identificação baseada na avaliação clínica da mudança destes sintomas, de modo a distribuí-los dentro de uma estrutura diagnóstica (ex., DSM-IV ou CID-10), segundo a qual o divide em subtipos denominados TB I caracterizado pela presença de um ou mais Episódios Maníacos ou Mistos, geralmente acompanhados por Episódios Depressivos Maiores; e TB II distinguido por um ou mais Episódios Depressivos Maiores, acompanhados por pelo menos um Episódio Hipomaniaco. Contudo, muitos dos sintomas utilizados para definir o TB sobrepõem-se com outros transtornos psiquiátricos. Consequentemente, identificar os limites do diagnóstico bipolar pode ser difícil. Esta dificuldade é evidenciada nas taxas de prevalência bastante variáveis

observadas em estudos epidemiológicos (Hirschfeld et al., 2003; Kessler et al., 1994; Regier et al., 1984; Robins & Regier, 1990; Weissmann et al., 1990).

Desde a introdução do DSM-III, em 1980, a maioria dos estudos epidemiológicos em Transtorno Bipolar considerou os critérios do DSM-III para mania e hipomania muito rígidos em termos de duração mínima dos sintomas. Em função destes critérios, as pesquisas têm sido bastante consistentes ao relatar taxas baixas (entre zero e 1,7%) de prevalência para o TB tipo I. Dois exemplos são os estudos populacionais americanos, o Epidemiological Catchment Area- ECA (Weissmann et al., 1990) e o National Comorbidity Survey- NCS (Kessler et al., 1994). O primeiro, cujo número de participantes foi mais de 18.000 indivíduos, mostrou uma taxa de prevalência anual de TB I de 0,9% e de TB II de 0,4%; todavia, quando critérios de significância clínica foram aplicados, estas taxas caíram para 0,5 e 0,2%, respectivamente (Weissmann et al., 1990). No segundo, houve uma taxa de 1,6% para TB I e 1,1% para o TB II (Kessler et al., 1994). Baixas taxas de prevalência também foram encontradas em 11 estudos conduzidos em Transtorno Bipolar tipo II, com achados variando entre 0,5 e 1,9%, sendo que somente um estudo foi mais além com taxa de 3,0% (Faravelli & Incerpi, 1985; Stefansson et al., 1991; Oliver & Simmons, 1985; Regier et al., 1990; Heun & Maier, 1993; Weissman et al., 1990; Weissman & Myers, 1978; Levav et al., 1993; Szadoczky et al., 1998). Por ser a hipomania freqüentemente não reconhecida pelos próprios investigados, não relatada e conseqüentemente não contabilizada como um caso, a prevalência de TB pode estar sendo subestimada em vários estudos.

Sabidamente, quando os pesquisadores consideram sintomas subliminares, as taxas de prevalência são incrementadas, resultando em prevalências mais altas e variáveis em estudos epidemiológicos de TB. Por exemplo, no ECA, a prevalência para a vida de mania/hipomania subliminares excedeu os 5% (Weissmann et al., 1990). Hirschfeld et al. (2003) relataram que a prevalência populacional de TB I e II combinados excede os 3%, quando instrumentos com sensibilidade apropriada são utilizados. No entanto, Zimmermann et al. (2011) sugeriram que tais instrumentos diagnosticam excessivamente o TB por atribuírem erroneamente a este transtorno sintomas que são, na verdade, pertencentes a outras condições.

Assim, pensa-se que a variabilidade nas taxas de TB nestes estudos ocorre, em parte, pela dificuldade em distinguir o TB de transtornos correlatos. Na fronteira entre os diagnósticos há uma sobreposição de sintomas, de modo que diferenças sutis em um ou dois critérios do DSM-IV ou CID-10 determinam se um paciente é diagnosticado com TB ou qualquer outro transtorno, como, por exemplo depressão unipolar. Como revisado por Phelps et al. (2008), não há um ponto de delimitação claro e preciso no *continuum* dos sintomas



afetivos entre transtornos bipolares e unipolares. Por serem as transições entre os diagnósticos imprecisas, alguns investigadores defendem a utilização de uma abordagem dimensional ou espectral do TB (Angst et al., 2010; Akiskal, 2005).

Nesta perspectiva o *continuum* do espectro bipolar, como descrito por Angst et al. (2010), no National Comorbidity Survey Replication- NCS-R, vai desde o Transtorno Depressivo Maior “puro” ao Transtorno Bipolar tipo I, incluindo, entre estes, o Transtorno Bipolar tipo II e uma forma que apresenta Episódios Depressivos Maiores associados com Hipomanias subliminares. Como resultado, neste estudo de Angst et al. (2010), quando esta última categoria é incluída, as taxas de prevalência para a vida do Espectro Bipolar do Humor sobem de, no máximo, 2,3% (segundo critérios categóricos) para, aproximadamente, 9,0%. Os indivíduos diagnosticados dentro do Espectro Bipolar apresentam, em relação aos indivíduos com Transtorno Depressivo Maior “puro”, um aparecimento mais precoce do transtorno, maior comorbidade com ansiedade, transtornos de controle de impulsos e abuso de substâncias, mais episódios depressivos e uma tendência a mais tentativas de suicídio. Os autores (Angst et al., 2010) ressaltaram que sua definição de TB subliminar é ainda mais restritiva do que definições propostas por pesquisadores clínicos. Sendo assim, mesmo estudos populacionais amplos, como ECA e NCS, podem realmente estar subestimando as taxas de bipolaridade.

A despeito das baixas prevalências observadas quando os critérios de diagnóstico categórico são aplicados, há grandes evidências dando suporte à hipótese de que existe um amplo espectro bipolar em amostras clínicas e populacionais (Akiskal, 1983; Akiskal & Mallyia, 1987; Cassano et al., 1992; Angst, 1998). Este espectro engloba mania, hipomania, hipomania breve recorrente, hipomania breve esporádica e ciclotimia. Utilizando esta definição mais ampla, cinco estudos epidemiológicos estabeleceram taxas de prevalência elevadas do espectro bipolar, indo de 3 a 6,5%. Nos Estados Unidos, Weissman e Myers (1978), em uma pesquisa em comunidade urbana, encontraram que entre 16 e 18% da população tinha sintomas depressivos, os quais não necessariamente indicavam um transtorno depressivo maior ou menor. Oliver e Simmons (1985), utilizando o Diagnostic Interview Schedule (DIS) e o Beck Depression Inventory (BDI) em voluntários adultos selecionados por telefone, relataram uma prevalência de 3,3% para o espectro bipolar. Na Alemanha, Heun e Maier (1993), aplicando a Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Lifetime Version (SADS-L) e o Research Diagnostic Criteria (RDC), encontraram uma prevalência para a vida de 6,5%. Na Hungria, Szadoczky et al. (1998) relataram uma taxa de 5,1%, utilizando os critérios do DSM-III. Reduzindo o período de sintomas hipomaniacos para 01 a

03 dias, o estudo de coorte de Angst, em Zurique, identificou a hipomania breve (recorrente ou isolada) como um importante novo grupo diagnóstico, apresentando uma prevalência longitudinal de 2,8% e ao juntar os achados de mania/hipomania (DSM-IV) com esta hipomania breve, a prevalência do espectro bipolar chegou a 8,3% (Angst, 1998). São, particularmente, significativos os estudos de crianças e adolescentes, os quais identificaram taxas de hipomania e síndromes hipomaniacas subliminares entre 5,7 e 13,3% (Carlson & Kashani, 1988; Lewinsohn et al., 1995), achados que são concordantes com a observação da alta taxa de prevalência do espectro bipolar em adultos.

O processo no sentido de uma definição espectral foi acompanhado pela mudança de critérios também no DSM. Em 1994, o DSM-IV (APA, 1994) introduziu uma alteração significativa no critério temporal para o diagnóstico de hipomania. Onde a definição no DSM-III requeria 01 semana de duração, o DSM-IV passou a requerer um mínimo de 04 dias. Uma razão para expandir o diagnóstico do Transtorno Bipolar é que os pacientes que exibem sintomas bipolares subliminares, ou seja que não preenchem os critérios do DSM-IV ou da CID-10 para TB I ou TB II, poderiam se beneficiar de abordagens terapêuticas apropriadas para o TB como, por exemplo, adicionando-se um estabilizador de humor a um antidepressivo no tratamento de um episódio depressivo (Licht, Vestergaard & Brodersen, 2008).

A ampliação de critérios diagnósticos e a abordagem espectral do TB acarretou na necessidade do desenvolvimento de novos instrumentos para diagnóstico do transtorno bipolar. Uma vez que para obter-se a sintomatologia do espectro bipolar não era suficiente o preenchimento de critérios categóricos, foi preciso desenvolver instrumentos com sensibilidade suficiente para acessar os demais sintomas característicos do espectro. Em especial, tornou-se fundamental o reconhecimento de episódios presentes e passados de hipomania. O não reconhecimento de hipomania na avaliação do TB leva a uma significativa taxa de erro diagnóstico e manejo inadequado, tratando o TB como se fosse uma depressão unipolar. Além disso, os clínicos frequentemente não perguntam diretamente sobre hipomania quando os pacientes são vistos em quadro depressivo - apesar das evidências mostrarem que 30 a 60% dos pacientes ambulatoriais com TB são inicialmente considerados unipolares (Akiskal, 2002). Isto é de extrema importância, pois o resultado a longo prazo do TB pode ser modificado pela identificação precoce e tratamento adequado.

Assim, o reconhecimento da hipomania requer avaliações mais detalhadas do que se obtém através de entrevistas estruturadas de diagnóstico, como as propostas segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV. O diagnóstico pelo DSM-IV, como já visto acima,

demonstra alta especificidade, mas baixa sensibilidade para o diagnóstico de hipomania. Por estas razões, vários instrumentos diagnósticos foram desenvolvidos com este propósito. Os diferentes instrumentos elaborados nesta linha podem ser divididos em: a) escalas de avaliação de traços e b) escalas de avaliação de sintomas. Os instrumentos que avaliam traços como a Hypomanic Personality Scale apresentam-se como uma boa proposta para avaliação de riscos para futuros transtornos (Ekblad & Chapma, 1986). Estas escalas de personalidade não avaliam a natureza episódica da hipomania e possíveis mudanças de humor, cognição e comportamento em pacientes bipolares. Já os instrumentos de avaliação de sintomas focam em sintomas específicos (ex.: ativação, elação) e aceitam a duração menor destes episódios. Estes instrumentos, em geral, são medidas de autorrelato e não foram propostos como meios de rastreio, mas, exclusivamente, para avaliar sintomas como o Self-Report Inventory for Mania (Shugar, Schertzer, Toner & Gasbarro, 1992) e o Brief Bipolar Disorder Symptom Scale (Dennehy et al., 2004).

Atualmente, dois instrumentos foram especialmente desenhados para rastreio de hipomania e têm despertado grande interesse e atenção: o Mood Disorder Questionnaire (MDQ, Hirschfeld et al., 2000) e o Hypomania Checklist (HCL-32, Angst, 2005). Ambos os instrumentos foram traduzidos e avaliados em vários idiomas (para o HCL-32: Angst et 67L., 2005, 2010; Vieta et 67L., 2007; para o MDQ: Jon et 67L., 2009; Tafalla et 67L., 2009). A maioria destes estudos demonstrou que ambos os instrumentos têm suficiente sensibilidade e especificidade em detectar espectros bipolares em amostras de indivíduos com transtornos de humor. Há, contudo, discussões, ainda, de qual ponto de corte poderia ser o mais adequado quando se está rastreando transtornos bipolares (Hirschfeld et 67L., 2003; Forty et 67L., 2009). Somando-se a isto, Angst et 67L. (2005) desenvolveram o HCL-32 especificamente com o objetivo de aumentar a sensibilidade para o TB II, pois tinham preocupações de que o conteúdo dos itens do MDQ restringisse seu poder de detectar TB II ou outras condições bipolares subliminares. Enquanto Vieta et 67 L. (2007) confirmaram a sensibilidade significativamente maior do HCL-32 para o TB em geral, Carta et 67L. (2006) chegaram à conclusão de que a sensibilidade maior era especificamente para o TB II.

O MDQ é um instrumento rápido e acessível, o qual pode ser facilmente utilizado em locais de atendimento primário. O instrumento inclui 13 questões iniciais mais uma questão verificando concomitância (cluster) dos sintomas e, adicionalmente, avaliação de prejuízo funcional. Ele apresenta boa sensibilidade e muito boa especificidade. Ele pode, corretamente, identificar 7 de 10 pacientes com TB. Em sua versão em inglês, mostrou ter uma sensibilidade de 73% e uma especificidade de 90% em uma amostra consistindo

principalmente de bipolares tipo I. No estudo de desenvolvimento do instrumento, este demonstrou ser mais eficiente na detecção de TB I do que TB II (Hirschfeld et al., 2003).

O HCL é também um questionário autoaplicável com validação internacional. Seu objetivo principal é de identificar sintomas hipomaniacos em pacientes com depressão, de modo a facilitar o diagnóstico de TB, principalmente o tipo II. Consiste em 32 questões do tipo “sim ou não”, sendo solicitado aos probandos que se focalizem em períodos em que o paciente se sentiu diferente de seu habitual, denominados de “altos”, e indiquem por quanto tempo permaneceram neste estado atípico. Somando-se a isso, o HCL inclui oito itens de severidade e impacto funcional relacionados à duração dos episódios e as sequências positivas ou negativas nas diferentes áreas da vida do indivíduo (familiar, social, escolar e lazer), assim como a reação de outras pessoas a estes períodos diferenciados. Ainda que o escore total do instrumento seja utilizado para diagnóstico, a estrutura do mesmo é assumidamente bi fatorial (Bech, Christensen, Vinberg, Bech-Andersen & Kessing, 2011) com o primeiro fator referente ao humor elevado e o segundo referente aos comportamentos de risco e irritabilidade. A sua versão brasileira demonstrou uma sensibilidade de 75% e uma especificidade de 55%, com um ponto de corte de 18 (original de 14 ou mais), tendo sido considerado com bom poder discriminatório em distinguir TB de depressão unipolar (Soares, Moreno, Moura, Angst & Moreno, 2010). Em nosso meio, além deste estudo de validação do instrumento, foi realizada uma pesquisa em uma amostra universitária com uma prevalência de sintomas hipomaniacos, através do HCL-32, de 34,6% (Figueiredo, 2009).

No entanto, a maioria dos estudos de avaliação e validação do HCL-32 foi realizada em amostras clínicas, nas quais o instrumento mostrou uma sensibilidade menor (Poon et al., 2012; Smith et al., 2011; Rybakowski et al., in press; Nallet et al., in press; Bech et al., 2011; Yang et al., 2011; Amianto et al., 2011; Haghghi et al., 2011; Meyer et al., 2011). Já em relação a amostras populacionais, há poucos estudos a respeito de sua sensibilidade e especificidade (Brand et al., 2007; Meyer et al., 2007) e nenhuma pesquisa nacional foi identificada.

Observa-se, assim, a necessidade de estudos nacionais acerca da prevalência do espectro bipolar, em especial utilizando o HCL-32, o qual tem um foco direcionado para sintomas hipomaniacos. A fim de suprir esta lacuna, esta pesquisa tem como objetivo investigar a prevalência do espectro bipolar em uma amostra de usuários de uma Unidade de Saúde no município de Porto Alegre, Brasil através do HCL-32.

## Objetivos

### *Objetivos Gerais*

Verificar a prevalência do espectro bipolar em uma amostra de usuários do serviço de saúde do Campus Aproximado da Vila Fátima, no município de Porto Alegre através do HCL-32.

### *Objetivos Específicos:*

- Investigar a validade de construto e as propriedades psicométricas do HCL-32 ;
- Investigar a relação do diagnóstico espectral de TB estabelecido através do HCL-32 e o diagnóstico categórico de TB estabelecido através da SCID;
- Investigar a relação entre variáveis demográficas, indicadores de saúde e intervenção psicoterápica na prevalência do espectro bipolar.

## Método

### *Delineamento*

O delineamento do estudo caracterizou-se por ser quantitativo e transversal.

### *Amostra*

A amostra foi constituída por 140 indivíduos entre 18 e 65 anos, dos sexos masculino e feminino, residentes na comunidade Vila Nossa Senhora de Fátima, na cidade de Porto Alegre, usuários do serviço de saúde do Campus Aproximado da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul entre maio e outubro de 2010.

A Tabela 1 descreve as principais características da população pesquisada. Pode-se observar que 80% dos participantes são do sexo feminino, com uma distribuição homogênea entre as faixas etárias. Segundo a classificação da Associação Brasileira de Estatística e Pesquisa (ABEP) a maior parte dos sujeitos faz parte da Classe C, tem entre 5-8 anos de estudo formal, é casada e tem filhos. Além disso, a maior parte (59%) não participa ou participa apenas uma vez por semana de ritual religioso, e 40,0% não realizou trabalho

remunerado no último ano. Em relação aos indicadores de saúde e tratamento, 13,6% pontuaram positivamente na escala CAGE de dependência ao álcool, e 37,0% faz uso regular de tabaco. Além disso, apesar da população ter sido avaliada em um serviço de saúde, 46,4% referem não apresentar nenhum problema de saúde. Entretanto, 9,4% da amostra pesquisada já foi internada por motivos psiquiátricos, 48,9% utilizou algum tipo de medicação de uso continuado nos últimos 6 meses e 25,9% já fez, ou faz, tratamento psicológico ou psiquiátrico.

**Tabela 1.** Caracterização da amostra em relação a variáveis demográficas, indicadores de saúde e intervenção

Variável	n	%
<b>Características Demográficas</b>		
<b>Sexo</b>		
Feminino	112	80,0
Masculino	28	20,0
<b>Categorias etárias</b>		
18- 29 anos	44	31,4
30-44 anos	51	36,4
45 ou mais	45	32,1
<b>Escala ABEP (nível socioeconômico)</b>		
E	1	0,9
D	24	22,4
C	65	60,7
B	17	15,9
Informações perdidas	33	
<b>Tempo total de escolaridade</b>		
Até 4 anos	38	27,1
5-8 anos	60	42,9
9 ou mais anos	42	30,0
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	70	47,6
Casado ou união estável	77	52,4
Informações perdidas	1	
<b>Número de filhos</b>		
Nenhum filho	63	45,0
1-2	31	22,1
3 ou mais	46	32,4
<b>Trabalho remunerado (no último ano)</b>		
Não	56	40,0
Sim	84	60,0
<b>Prática religiosa (última semana)</b>		
Nunca ou 1 vez	79	59,0
2 ou mais vezes	55	41,0
Informações perdidas	6	4,3
<b>Indicadores de Saúde</b>		

<b><i>Escala CAGE</i></b>		
Não	121	86,4
Sim	19	13,6
<b><i>Uso de tabaco</i></b>		
Não	87	63,0
Sim	51	37,0
Informações perdidas	2	
<b><i>Problema de saúde</i></b>		
Não	65	46,4
Sim	75	53,6
<b><i>Indicadores de Intervenção</i></b>		
<b><i>Utiliza medicação de uso continuado</i></b>		
Não	71	51,1
Sim	68	48,9
Informações perdidas	1	
<b><i>Tratamento psicológico ou psiquiátrico</i></b>		
Não	103	74,1
Já fiz	17	12,2
Faço atualmente	19	13,7
Informações perdidas	1	
<b><i>Internação Psiquiátrica</i></b>		
Não	126	90,6
Sim	13	9,4

### *Instrumentos*

Os instrumentos utilizados neste estudo foram: questionário sociodemográfico; o Hypomania Checklist (HCL-32), o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) e a Entrevista Clínica Semiestruturada para Transtornos de Eixo I do DSM-IV-TR (SCID).

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram coletados dados sociodemográficos, tais como sexo, idade, escolaridade, ocupação, aspectos relacionados a saúde (uso de álcool, uso de tabaco e problemas de saúde em geral) e aspectos relacionados a intervenções psicoterápicas (hospitalizações, uso de medicamentos e tratamento psicológica/psiquiátrico). Os dados da ficha sociodemográfica foram pensados a partir dos fatores associados mais referidos na literatura atual sobre sintomas do humor na população geral.

O Hypomania Checklist (HCL-32) é um instrumento que consiste em 32 itens de autorrelato para hipomania (Angst et al., 2005). Os sujeitos são solicitados a lembrar um período em que estavam em um estado “para cima” e indicar se comportamentos, pensamentos ou emoções específicos estiveram presentes neste estado, como, por exemplo, “Eu necessito menos sono”, “Eu estou menos tímido e inibido” ou “Eu estou mais paquerador

e/ou estou mais ativo sexualmente”. O questionário também inclui questões sobre a duração destes estados “para cima”. Além disso, os sujeitos são perguntados sobre o impacto de tais “para cima” como: “positivo e negativo”, “positivo”, “sem impacto” ou “negativo” em sua vida familiar, vida social, trabalho e recreação. Também, os comentários e reações de outras pessoas a tais episódios são questionados (positivamente, sem comentários ou negativamente).

O Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) compreende em 21 itens, em uma escala de 0 a 3, onde o sujeito deve indicar a afirmativa que melhor descreve como se sente nas duas últimas semanas. O escore total resulta da soma dos escores dos itens individuais (Beck, Steer & Brown, 1996).

A Entrevista Clínica Semiestruturada para Transtornos de Eixo I do DSM-IV-TR (SCID) é uma entrevista semiestruturada, administrada por clínicos, para uso com pacientes psiquiátricos ou sujeitos não considerados pacientes pertencentes à comunidade, utilizada para avaliação de psicopatologia. A SCID foi desenvolvida para prover ampla cobertura dos diagnósticos psiquiátricos de acordo com o DSM-IV. A avaliação da psicopatologia é baseada na evolução clínica, sendo que os clínicos podem fazer perguntas adicionais, de modo a esclarecer o significado exato da indagação.

### *Procedimentos de Coleta dos Dados*

A escolha dos participantes foi aleatória, de acordo com a frequência no Centro de Extensão Universitária Vila Fátima. Para o treinamento da equipe, foi elaborado um manual de aplicação. O mesmo foi visto detalhadamente em reuniões semanais organizadas pelo doutorando, para aperfeiçoamento e renovação do conhecimento dos participantes em transtornos do humor, instrumentos de avaliação, pesquisa transversal e terapia cognitivo-comportamental.

Para a coleta, a equipe foi dividida em duplas, sempre um pesquisador já formado em psicologia. A estratégia de coleta estabelecida deu-se da seguinte forma: todo início de aplicação o psicólogo fazia uma introdução geral na sala de espera do CAMPUS, e os sujeitos que manifestavam interesse eram abordados individualmente. Estes, então, eram orientados e situados quanto aos objetivos específicos da pesquisa e seu livre arbítrio na participação desta. A partir do aceite, então, os sujeitos eram conduzidos a um ambiente mais reservado (ou no salão de grupos do CAMPUS, ou em alguma outra sala disponível no dia), onde eram



respondidos primeiramente os instrumentos de autorrelato e, posteriormente, a entrevista SCID.

A aplicação dos instrumentos seguiu a seguinte ordem: Ficha Sócia Demográfica, HCL-32, BDI-II (ANEXO 7) e SCID. O tempo médio de aplicação foi de 2 horas inicialmente. Após a primeira semana se conseguiu um tempo médio de 1 a 1,5 horas.

### *Aspectos éticos*

Assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e aos sujeitos das pesquisas, o presente projeto foi submetido e aceito pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS e, posteriormente, pelo Comitê de Ética da PUCRS.

Foi fornecido, durante a apresentação da pesquisa e antes da coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante. O termo assegurou o anonimato do nome e qualquer informação que pudesse identificar os participantes e seus familiares. Para isso, essas informações foram alteradas na apresentação do estudo. Informou-se que os sujeitos não receberiam nenhum benefício direto, mas que, fazendo parte da pesquisa, contribuiriam para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Tal participação foi voluntária e, caso o participante desejasse desistir a qualquer momento, teria absoluta liberdade de fazê-lo.

Todos os questionários foram identificados com o nome do participante (previamente autorizado) para o conhecimento dos casos com algum diagnóstico que necessitasse de tratamento. Deste modo, foi possível o encaminhamento psicológico e/ou psiquiátrico tanto para o Campus Aproximado Vila Fátima, como também para clínicas-escola na cidade de Porto Alegre (SAPP- Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia da PUCRS; SEDA- Serviço de Doenças Afetivas da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; Ambulatório de Transtornos do Humor do Hospital de Clínicas de Porto Alegre) dos casos que apresentaram alterações clinicamente significativas, tanto do ponto de vista do humor, como também de conflitos conjugais.

### *Procedimento de Análise dos Dados*

Inicialmente foi investigada a estrutura dimensional e a consistência interna da versão brasileira do Hypomania Checklist (HCL-32). Uma Análise Fatorial Confirmatória baseada na solução de dois fatores correlacionados, proposta por Bech et al. (2011), foi realizada

utilizando o programa AMOS 17.0 e, a seguir, foram realizadas análises de consistência interna do instrumento através do Alpha de Cronbach. A fim de identificar a prevalência da amostra no espectro bipolar, inicialmente foram realizadas análises descritivas do HCL-32 para a amostra geral e por sexo. Após, foram realizadas análises de prevalência utilizando o ponto de corte originalmente proposto na literatura e um ponto de corte alternativo proposto para esta amostra. A seguir, foi realizada uma análise de chi-quadrado, buscando identificar o percentual de casos incluídos no espectro bipolar, que também preencheriam critério para TB e para Transtorno Depressivo Maior (TDM), em uma classificação categórica estabelecida pela SCID. Estas análises foram conduzidas tanto com o ponto de corte original, quanto com o ponto de corte alternativo. Por fim, através de uma série de análises de chi-quadrado, foi investigada a relação entre as variáveis demográficas, indicadores de saúde e de intervenção psicoterápica e a prevalência de espectro bipolar considerando os pontos de corte original e alternativo.

## Resultados

### *Estrutura Dimensional e Consistência Interna do HCL*

A análise confirmatória da solução original de dois fatores proposta por Bech et al. (2011) apresentou índices moderadamente satisfatórios ( $\chi^2(463)=741,88$ ,  $p<.0001$ ; CFI=.82; TLI=.80; RMSEA=.07, intervalo de confiança [IC] 90%=.06, .07). A inspeção da matriz fatorial revelou dois itens com carga fatorial<.30 (Item 7= .06 e Item 32=.16). Uma segunda análise foi, então, realizada sem estes itens. Os resultados não revelaram benefício para a estrutura fatorial ( $\chi^2(404)=669.04$ ,  $p<.0001$ ; CFI=.83; TLI=.81; RMSEA=.07, intervalo de confiança [IC] 90%=.06, .08). A Tabela 2 apresenta a matriz fatorial da solução original. A correlação entre os dois fatores latentes foi de  $r=.71$ .

**Tabela 2.** *Matriz Fatorial do Hypomania Checklist (HCL-32) – Versão 32 Itens*

	Humor Elevado	Comportamento de Risco
--	---------------	------------------------

3	.81
2	.80
5	.76
28	.69
4	.68
15	.67
10	.67
12	.66
18	.66
24	.66
19	.65
11	.63
20	.62
16	.61
17	.61
14	.56
13	.55
6	.51
8	.63
23	.61
9	.59
22	.53
27	.44
21	.43
26	.39
1	.38
25	.38
30	.37
29	.35
31	.34
32	.16
7	.06

O Alpha de Cronbach computado para a escala geral e para os fatores Humor Elevado e Comportamento de Risco revelou bons níveis de consistência interna da escala total e dos subfatores. Apesar disso, conforme também pode observado nas cargas fatoriais oriundas da análise confirmatória, o fator Humor Elevado apresentou melhor índice de consistência do que o fator Atitude de Risco: HCL Total  $\alpha=.91$ , Humor Elevado  $\alpha=.93$ , Comportamento de Risco  $\alpha=.72$ . Considerando tais resultados e os dados da análise fatorial confirmatória, optou-se por manter a estrutura originalmente proposta para as análises subsequentes, incluindo o escore total da escala como medida padrão para o estabelecimento de prevalências de espectro bipolar.

Prevalência de Espectro Bipolar

Conforme pode ser observado na Tabela 3, a média do HCL para a amostra total foi acima do ponto de corte de 14, originalmente proposto na literatura, sem diferenças entre homens e mulheres ( $F(1, 138)=0.003, p=.96, \eta^2=.0001$ ). Este dado se transpôs em 70% da amostra geral caracterizada como dentro do espectro bipolar, também sem diferença entre sexos ( $\chi^2(1)=0.08, p=.78$ ). Em relação aos subfatores, também não foram observadas diferenças entre os sexos, nem em Humor Elevado ( $F(1, 138)=0.14, p=.71, \eta^2=.0001$ ), nem em Comportamento de Risco ( $F(1, 138)=0.06, p=.81, \eta^2=.0001$ ).

**Tabela 3.** Média, desvio-padrão e prevalência no espectro bipolar para o HCL total e subfatores para homens e mulheres

	M(dp)			Prevalência no Espectro Bipolar*		
	Amostra Total	Homens	Mulheres	Amostra Total	Homens	Mulheres
HCL Total	16.18 (8.16)	16.25 (8.21)	16.16 (8.18)	70%	67.9%	70.5%
Humor Elevado	11.12 (5.81)	10.75 (5.60)	11.21 (5.89)	-	-	-
Comportamento de Risco	5.79 (8.11)	5.87 (8.91)	5.46 (3.49)	-	-	-

\*ponto de corte para HCL Total =14

Tendo em vista o elevado percentual da amostra definido como dentro do espectro bipolar (decorrente das altas médias observadas nesta amostra), buscou-se, num segundo momento, identificar um ponto de corte alternativo, o qual fornecesse percentuais de casos positivos mais próximos àqueles observados na literatura – ou seja, em torno de 10% (Lee et al., 2009; Jansen et al, 2011). A inspeção da distribuição de frequências do escore total do HCL revelou que o ponto de corte de 26 seria o mais adequado para obtenção de tal frequência. Neste ponto de corte tem-se 10,7% da amostra definida como dentro do espectro bipolar, sem diferença significativa entre os sexos ( $\chi^2(1)=0.47$ ,  $p=.49$ ; 9.8% mulheres e 14.3% homens).

A seguir buscou-se identificar a relação entre o diagnóstico espectral e o diagnóstico categórico de TB e TDM estabelecidos através da SCID. Na presente amostra a prevalência de Qualquer TB foi de 17,2%, sendo que 3,6% da amostra apresentou diagnóstico de TB SOE, 4,8% de TB I e 8,8% de TB II. A prevalência de TDM foi de 12,9%. A Tabela 4 apresenta o percentual da amostra com e sem diagnóstico de TB e TDM que foi classificada dentro do espectro bipolar pelo HCL, considerando os pontos de corte original e alternativo. Observa-se que utilizando-se o ponto de corte 14 (ou mais) para o HCL-32, que a prevalência da amostra com TDM, TB I, TB II e Qualquer TB que é classificada no espectro bipolar, é de 66,7%, 100%, 76,9% e 84%, respectivamente. Quando alterado o ponto de corte para 26 (ou mais), as associações reduzem para 22,2%, 14,4%, 23,1% e 20%, respectivamente.

**Tabela 4** – Percentual de participantes com e sem diagnóstico categórico de TB e TDM determinado pela SCID que incluem-se no espectro bipolar determinado pelo HCL-32

	%										
	<i>Qualquer TB</i>		<i>TB I</i>		<i>TB II</i>		<i>TB SOE</i>		<i>TDM</i>		
<i>SCID-IV</i>	<b>17,2</b>		<b>4,8</b>		<b>8,8</b>		<b>3,6</b>		<b>12,9</b>		
<i>HCL-32</i>	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	
<i>14 ou + (% positivos)</i>	67.5	<b>84.0</b>	68.9	<b>100.0</b>	69.3	<b>76.9</b>	69.6	<b>80.0</b>	70.5	<b>66.7</b>	
<i>26 ou + (% positivos)</i>	8.8	<b>20.0</b>	10.6	<b>14.3</b>	9.4	<b>23.1</b>	10.4	<b>20.0</b>	9,0	<b>22.2</b>	

*Nota:* HCL-32 (14) = % de positivos baseado no ponto de corte  $\geq 14$ ; HCL-32 (26)=% de positivos baseado no ponto de corte  $\geq 26$ .

Variáveis demográficas, indicadores de saúde e indicadores de intervenção psicoterápica e prevalência de espectro bipolar

Os resultados referentes à relação entre variáveis demográficas, indicadores de saúde e indicadores de intervenção psicoterápica e a prevalência de espectro bipolar obtida através da classificação original do instrumento (ponto de corte 14) revelaram apenas uma associação significativa e uma relação marginalmente significativa. Participantes com idade até 29 anos foram significativamente mais classificados como estando dentro do espectro do que participantes com idade entre 30-44 anos e do que participantes com 45 anos ou mais ( $\chi^2(2)=8.88$ ,  $p=.01$ ,  $phi=.25$ ). Além disso, participantes da classe econômica C tenderam a ser mais frequentemente classificados como dentro do espectro do que participantes das demais classes econômica ( $\chi^2(3)=6.20$ ,  $p=.10$ ,  $phi=.24$ ) Os resultados referentes às demais associações apresentaram nível de significância  $p>.22$ .

No que diz respeito à associação entre as mesmas variáveis demográficas, de saúde e de intervenção e a prevalência de espectro bipolar obtida através da classificação alternativa do instrumento (ponto de corte 26), os resultados revelaram que participantes classificados como dentro do espectro referem significativamente mais uso de tabaco do que participantes não incluídos no espectro (66.7% vs 33.3%;  $\chi^2(1)=6.38$ ,  $p=.01$ ,  $phi=.21$ ). Além disso, participantes incluídos no espectro referem significativamente mais internação psiquiátrica do que aqueles não incluídos no espectro (26.7% vs 7.3%;  $\chi^2(1)=5.96$ ,  $p=.01$ ,  $phi=.21$ ) e têm a tendência de referirem menos tratamento psicológico (76.8% vs 50.0%,  $\chi^2(2)=5.30$ ,  $p=.07$ ,  $phi=.19$ ). Contrariamente ao esperado, participantes classificados como dentro do espectro referiram mais frequentemente estar em união estável ou casados do que participantes não classificados no espectro (73.3% vs 26.7%,  $\chi^2(1)=3.12$ ,  $p=.08$ ,  $phi=.15$ ).

## Discussão

O presente estudo teve como objetivo investigar a prevalência do espectro bipolar em uma amostra de usuários de uma Unidade de Saúde no município de Porto Alegre, Brasil através do HCL-32. A hipomania é, provavelmente, a síndrome psiquiátrica que apresenta a maior dificuldade para o diagnóstico retrospectivo. Contudo, ela é crucial para o diagnóstico correto do Transtorno Bipolar- particularmente do TB II- e para o tratamento apropriado. Infelizmente, o erro de diagnosticar como TDM, uma situação que, na realidade, é um TB II, pode trazer sérias consequências para o paciente. Assim, a disponibilidade de um bom instrumento de rastreamento e avaliação de episódios de hipomania no passado torna-se extremamente importante. Desta forma, a primeira etapa deste estudo consistiu na investigação das propriedades psicométricas do instrumento utilizado – o HCL-32.

Neste estudo a estrutura bifatorial do HCL foi considerada aceitável, corroborando os resultados de Bech et al. (2011), entretanto, algumas fragilidades foram observadas. O Fator 1 apresentou alto índice de respostas positivas o que, por um lado, contribuiu para a alta consistência interna observada, mas, por outro lado traz a desvantagem da possível baixa especificidade. O Fator 2, por sua vez, apresentou maior variabilidade nas respostas; mas como não se tem um ponto de corte para os fatores não foi possível confirmar a maior especificidade do mesmo. Além disso, dois itens apresentaram carga fatorial <.30. O item 7 (Dirige mais rápido) e o item 32 (Usa mais drogas). Pode-se pensar que na amostra pesquisada o item 7 faz pouco sentido, visto que se trata de uma amostra predominantemente de nível socioeconômico C e D. Em relação ao item 32 apenas cinco participantes (3,6% da amostra) pontuaram positivo, contrapondo a tendência da amostra de pontuar positivamente a diversas questões.

Apesar destas limitações, o HCL-32 demonstrou uma boa consistência interna, confirmando resultados de pesquisas anteriores (Meyer et al., 2007; Vieta et al., 2007; Soares et al., 2010; Bech et al., 2011) e sugerindo que independentemente das limitações associadas a estrutura bifatorial e ao alto percentual de respostas positivas, a utilização do escore total como critério para o estabelecimento de prevalência diagnóstica se mostrou válida na presente amostra. Além disso, segundo Angst et al. (2005), pode ser uma vantagem para um instrumento de rastreamento ter uma sensibilidade maior do que especificidade e, desta forma, o percentual de positivos na amostra estudada não se configura como uma limitação para o uso do instrumento.

A partir dos resultados apresentados em relação à prevalência dos sintomas de hipomania, nota-se que o ponto de corte de 14 ou mais no HCL-32 apresenta uma percentagem muito alta de indivíduos dentro do espectro bipolar (70%), destoando

significativamente do encontrado na literatura. Pode-se inferir que este resultado reflita uma combinação de aspectos de desejabilidade social, de escolaridade e da cultura da amostra - características específicas de populações de baixa renda no modo de responder a qualquer instrumento de autorrelato. Como o HCL-32 apresenta questões do tipo “sim” ou “não”, haveria uma tendência maior de responder “sim” a todas ou quase todas as questões, indicando, talvez, uma maneira de querer agradar aos pesquisadores. O HCL não possui escala de desejabilidade social e estudos prévios demonstraram que instrumentos de autorrelato parecem ser especialmente sensíveis a tal questão (Holtgraves, 2004; Soubelet & Salthouse, 2011). Ainda, verificou-se, através das aplicações, que a palavra “alto”, referência aos estados de hipomania e mania no HCL-32, é de difícil compreensão para a população não-clínica. É possível, ainda, que os dados estejam de acordo com o padrão de respostas regional – independentemente da classe econômica, visto que prevalências semelhantes foram observadas em uma amostra universitária gaúcha, de nível privado, na qual a prevalência de sintomas hipomaniacos, através do HCL-32, foi de 34,6% (Figueiredo, 2009). Outro possível motivo para uma taxa tão elevada se deve ao tamanho reduzido da amostra, aumentando muito a sua sensibilidade.

Há, contudo, discussões, ainda, de qual ponto de corte poderia ser o mais adequado quando se está rastreando transtornos bipolares (Hirschfeld et al., 2003; Forty et al., 2009). Estudos em diferentes culturas demonstraram pontos de corte variados (Yang et al., 2011; Haghghi et al., 2011). No estudo de validação da versão brasileira do HCL-32, utilizando um ponto de corte 18 ou mais, numa população de baixa renda, em um local de atendimento especializado em Transtornos do Humor, a percentagem de indivíduos com TDM foi de 42,9%, demonstrando uma sensibilidade de 75% e uma especificidade de 55%, tendo sido considerado com bom poder discriminatório em distinguir TB de depressão unipolar (Soares, Moreno, Moura, Angst & Moreno, 2010). Por outro lado, Poon et al. (2012) obtiveram uma boa consistência interna com o ponto de corte 11 ou mais, permitindo uma detecção maior de formas não reconhecidas de TB. Mesmo quando mantido o ponto de corte original (14 ou mais), alguns estudos mostram que pacientes diagnosticados como TDM pontuam além deste ponto. No estudo polonês (Rybakowski et al., in press), um terço dos avaliados (37,5%) tiveram estes escores, achados estes similares aos 32,6% obtidos por Forty et al. (2009).

Neste estudo, em busca de prevalências mais equivalentes aos estudos populacionais de referência no tema, estabeleceu-se o ponto de corte para 26, obtendo-se o percentual de 10,7% dos indivíduos dentro do espectro. Esta elevação é sugestiva de que este ponto de corte mostra uma especificidade maior, tornando o instrumento hábil na detecção do espectro



bipolar neste tipo de amostra populacional. Comparando os achados dimensionais, obtidos pelo ponto de corte 26 no HCL-32, com os percentuais categóricos, obtidos através da SCID, vemos que as prevalências de sintomas de hipomania elevam-se desproporcionalmente. No TDM, este percentual eleva-se para o dobro, ou seja, de 12,2% para 22,2%. Já em relação ao TB I e TB II, os percentuais triplicam (de 4,8% e 8,8% para 14,3% e 23,1%, respectivamente). Este aumento de prevalências desproporcional sugere, nesta amostra populacional, que o instrumento utilizado, HCL-32, possa ter detectado apresentações subliminares do TB (formas espectrais ou dimensionais) que na SCID foram diagnosticadas como pertencentes ao TDM. Estes dados, ressaltando-se as devidas proporções amostrais e metodológicas, assemelham-se aos achados de Angst et al. (2003), em seu estudo de corte de 20 anos, onde as percentagens iniciais do TB II passaram de 10,9% iniciais para 23,7% finais, quando formas bipolares atenuadas foram incluídas.

A maioria dos estudos de avaliação e validação do HCL-32 foi realizada em amostras clínicas, nas quais o instrumento mostrou uma sensibilidade menor (Poon et al., 2012; Smith et al., 2011; Rybakowski et al., in press; Nallet et al., in press; Bech et al., 2011; Yang et al., 2011; Amianto et al., 2011; Haghghi et al., 2011; Meyer et al. 2011). Já em relação a amostras populacionais, há poucos estudos a respeito de sua sensibilidade e especificidade (Brand et al., 2007; Meyer et al., 2007). O presente estudo, apesar de sua pequena amostra populacional (n=140), utilizando um instrumento amplamente estudado, sugere que com um ponto de corte diferenciado do original (=26) o HCL pode ser válido para detectar, a presença de formas espectrais dentro das apresentações do TDM (diferença de entre SCID e HCL-32).

Em relação às variáveis sociodemográficas, participantes classificados como dentro do espectro referem significativamente mais uso de tabaco, mais internação psiquiátrica e menos tratamento psicológico em relação àqueles não incluídos dentro deste espectro. Tais achados podem ser explicados por ser uma população de baixa renda com pouco acesso a atendimento especializado, aumentando consideravelmente a possibilidade de agravamento dos casos não tratados, levando a mais internações psiquiátricas, sendo este último dado semelhante ao encontrado por um estudo polonês utilizando o HCL-32 (Rybakowski et al., 2011). Contrariamente ao esperado em relação à maioria dos estudos (Rybakowski et al., 2011), participantes classificados como dentro do espectro referiram mais frequentemente estar em união estável ou casados do que participantes não classificados no espectro. Não foram encontradas na literatura referências similares e são necessários novos estudos locais a fim de identificar possíveis fatores associados a este resultado.

## Conclusões

Apesar do presente estudo ter sido realizado em uma amostra populacional reduzida, da ausência de um instrumento que possa ter servido como referência comparativa para os resultados do HCL-32 (como o MDQ) e de não terem sido avaliadas comorbidades, tanto de Eixo I, quanto de Eixo II, teve como pontos positivos o fato de obter dados de uma amostra populacional brasileira, testar um instrumento de rastreio de formas subliminares do TB e sugerir, corroborando com a literatura, que este instrumento mostra-se válido para detecção destas apresentações bipolares em amostras não clínicas. Estudos futuros são necessários para confirmar as prevalências encontradas com amostras maiores e estratificadas a fim de aperfeiçoar o diagnóstico e consequente tratamento adequado de um transtorno mental tão oneroso para a saúde pública de um país. Pontua-se ainda a importância da inclusão de múltiplos instrumentos (tais como a MDQ) em pesquisas de prevalência de espectro bipolar a fim de possibilitar o cálculo de sensibilidade e especificidade.

## Referências

- Akiskal, H.S. (1983). The bipolar spectrum: new conception classification and diagnosis: In: Grinspoon, L. (Ed.). *Psychiatry Update: The American Psychiatric Association Annual Review*, Vol. 2. American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. 271-292.
- Akiskal, H.S. (2002). The bipolar spectrum-the shaping of a new paradigm in psychiatry. *Current Psychiatry Reports*, 4(1), 1-3.
- Akiskal H.S., & Benazzi (2005). Optimizing the detection of bipolar II disorder in outpatient private practice: toward a systematization of clinical diagnostic wisdom. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(7), 914-21.
- Akiskal, H.S., Bourgeois, M.L., Angst, J., Post, R., Moller, H., & Hirschfeld R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 59, 1:S5-S30.
- Akiskal, H.S. & Mallya, G. (1987). Criteria for the 'soft' bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacological Bulletin*, 23, 68-73.
- American Psychiatric Association- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 Ed (DSM-IV)* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amianto, F., Lavagnino, L., Leombruni, P., Gastaldi, F., Daga, G.A., & Fassino, S. (2011). Hypomania across the binge eating spectrum. A study on hypomanic symptoms in full

- criteria and sub-threshold binge eating subjects. *Journal of Affective Disorders*, 133, 580-583.
- Angst, J. (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 2007, 10(1-3), 43-55.
- Angst, J., Meyer, T.D., Adolfsson, R., Skeppar, P., Carta, C., Benazzi, F., et al. (2010). Hypomania: a transcultural perspective. *World Psychiatry*, 9, 41-50.
- Angst, J. (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 50, 143-151.
- Angst, J., Adolfsson, R., Benazzi, F., Gamma, A., Hantouche, E., Meyer, T.D., et al. (2005). The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 88, 217-233.
- Bech, P., Christensen, E.M., Vinberg, M., Bech-Andersen, G., & Kessing, L.V. (2011). From items to syndromes in the Hypomania Checklist (HCL-32): Psychometric validation and clinical validity analysis. *Journal of Affective Disorders*, 132, 88-54.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory*. 2<sup>nd</sup> ed. San Antonio (Tex): The Psychological Corporation.
- Bijl, R. V., Ravelli, A., & van Zerssen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Brand, S., Luethi, M., von Planta, A., et al. (2007). Romantic love, hypomania and sleep pattern in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 41, 69-76.
- Carlson, G.A., & Kashani, J.H. (1988). Manic symptoms in a non-referred adolescent population. *Journal of Affective Disorders*, 15, 219-226.
- Carta, M.G., Hardoy, C.M., Cadeddu, M., Murru, A., Campus, A., et al. (2006). The accuracy of the Italian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) for the screening of bipolar disorders and comparison with the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) in a clinical sample. *Clinical Practice Epidemiology Mental Health*, 2, 2.
- Cassano, G.B., Akiskal, H.S., Savino, M., Musetti, L., & Perugi, G. (1992). Proposed subtypes of bipolar II and related disorders: with hypomanic episodes (or cyclothymia) and with hyperthymic temperament. *Journal of Affective Disorders*, 26, 127-140.
- Dennehy, G., Suppes, T., Crismon, M.L., Toprac, M., Carmody, T.J., & Rush, A.J. (2004). Development of the Brief Bipolar Disorder Symptom Scale for patients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 127(1-2), 137-45.

- Eckblad, M., & Chapman, L.J. (1986) Development and validation of a scale for hypomanic personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3), 214-222.
- Faravelli, C., & Incerpi, G. (1985). Epidemiology of affective disorders in Florence. Preliminary results. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72, 331–333.
- Figueiredo, A.L. (2009). *Prevalência de sintomas do humor em uma população de alunos de uma universidade privada no município de Porto Alegre*. Tese de Doutorado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Forty, L., Smith, D., Jones, L., Jones, I., Caesar, S., Fraser, C., et al. (2009). Identifying hypomanic features in major depressive disorder using the Hypomania Checklist (HCL-32). *Journal of Affective Disorders*, 114, 68-73.
- Haghighi, M., Bajoghli, H., Angst, J., Holsboer-Trachsler, E., & Brand, S. (2011). The Farsi version of the 32-item Hypomania Checklist (HCL-32): Applicability and indication of a four-factorial solution. *BioMed Central Psychiatry*, 11, 14.
- Heun, R., & Maier, W. (1993). The distinction of bipolar II disorder from bipolar I and recurrent depression: results of a controlled family study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 279-284.
- Hirschfeld, R.M., Holzer, C., Calabrese, J.R., Weissman, M., Davies, M., Frye, M.A., et al. (2003). Validity of the mood disorder questionnaire: a general population study. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 178-80.
- Hirschfeld, R.M.A., Lewis, L., & Vornik, L.A. (2003). 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. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 161-174.
- Hirschfeld, R.M. (2002). The mood disorder questionnaire: a simple, patient-rated screening instrument for bipolar disorder. *Primary Care companion Journal of Clinical Psychiatry*, 4(1), 9-11.
- Holtgraves, T. (2004). Social Desirability and Self-Reports: Testing Models of Socially Desirable Responding. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30 (2), 161-172 .
- Hirschfeld, R.M.A., Williams, J.B.M., Spitzer, R.L., Calabrese, J.R., Flynn, L., Keck, Jr, et al. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1873-1875.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004).

- Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Jon, D.I., Hong, N., Yoon, B.H., Jung, H.Y., Ha, K., Shin, Y.C., et al. (2009). Validity and reliability of the Korean version of the Mood Disorder Questionnaire. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 286-291.
- Judd, L.L., & Akiskal, H.S. (2003). The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: Re-analysis of the ECA database taking into account sub-threshold cases. *Journal of Affective Disorders*, 73(1-2), 123-31.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Keretz, D., Merikangas, K. R., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the national Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289, 3095-3105.
- Kessler, R.C., MaGonagle, K.A., Zhao, S., et al. (1994). Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Levav, I., Kohn, R., Dohrenwend, B.P., Shrout, P.E., Skodol, A.E., Schwartz, S., et al. (1993). An epidemiological study of mental disorders in a 10-year cohort of young adults in Israel. *Psychological Medicine*, 23, 691-707.
- Lewinsohn, P.M., Klein, D.N., Seeley, J.R. (1995). Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 34, 454-463.
- Licht, R.W., Vestergaard, P., & Brodersen, A. (2008). A long-term outcome of patients with bipolar disorder commenced on lithium prophylaxis during hospitalization: a complete 15-year register-based follow-up. *Bipolar Disorders*, 10(1), 79-86.
- Meyer, T.D., Bernhard, B., Born, C., Fuhr, K., Gerber, S., Schaerer, L., et al. (2011). The Hypomania Checklist-32 and the Mood Disorder Questionnaire as screening tools – going beyond samples of purely mood-disordered patients. *Journal of Affective Disorders*, 128, 291-298.
- Meyer, T.D., Hammelstein, P., Nilsson, L-G., Skeppar, P. Adolfsson, R., & Angst, J. (2007). The Hypomania Checklist (HCL-32): its factorial structure and association to indices of impairment in German and Swedish nonclinical samples. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 79-87.

- Nallet, A., Weber, B., Favre, S., Gex-Fabry, M., Voide, R., Ferrero, F., et al. (2011). Screening for bipolar disorder among outpatients with substance use disorders. *European Psychiatry*, in press.
- Oliver, J.M., & Simmons, M.E. (1985). Affective disorders and depression as measured by the Diagnostic Interview Schedule and the Beck Depression Inventory in an unselected adult population. *Journal of Clinical Psychology*, *41*, 469-477.
- Phelps, J., Angst, J., Katzow, J., & Sadler, J. (2008). Validity and utility of bipolar spectrum models. *Bipolar Disorders*, *10*, 179-193.
- Poon, Y., Chung, K-F., Tso, K-C., Chang, C-L., & Tang, D. (2012). The use of Mood Disorder Questionnaire, Hypomania Checklist-32 and clinical predictors for screening previously unrecognized bipolar disorder in a general psychiatric setting. *Psychiatry Research*, *195*, 111-117.
- Regier, D.A., Myers, J.K., Kramer, M., Robins, L.N., Blazer, D.G., Hough, R.L., et al. (1984). The NIMH Epidemiologic Catchment Area program. Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Archives of General Psychiatry*, *41(10)*, 934-941.
- Rybakowski, J.K., Dudek, D., Pawlowski, T., Jojko, D., Siwek, M., & Kiejna, A. (2011). Use of the Hypomania Checklist-32 and the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolarity in 1,052 patients with major depressive disorder. *European Psychiatry*, in press.
- Shugar, G., Schertzer, S., Toner, B.B. & Gasbarro I, (1992). Development, use, and factor analysis of a self-report inventory for mania. *Comprehensive Psychiatry*, *33(5)*, 325-31.
- Smith, D.J., Griffiths, E., Kelly, M., Hood, K., Craddock, N., & Simpson, S.A. (2011). Unrecognized bipolar disorder in primary care patients with depression. *The British Journal of Psychiatry*, *199*, 49-56.
- Soares, O.T., Moreno, D.H., Moura, E.C., Angst, J., & Moreno, R.A. (2010). Reliability and validity of a Brazilian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) compared to the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *32(4)*, 416-23.
- Soubelet, A., & Salthouse, T.A. (2011). Influence of social desirability on age differences in self-reports of mood and personality . *Journal of Personality*, *79(4)*, 741-762.
- Stefansson, J.G., Lindal, E., Bjornsson, J.K., & Guomundsdottir, A. (1991). Lifetime prevalence of specific mental disorders among people born in Iceland in 1931. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *84*, 142-149.
- Szadoczky, E., Papp, Z., Vitrai, J., Rihmer, Z. & Furedi, J. (1998). The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary: results from a national epidemiologic survey.

- Journal of Affective Disorders*, 50, 153–62.
- Tafalla, M., Sanchez-Moreno, J., Diez, T., & Vieta, E. (2009). Screening for bipolar disorder in a Spanish sample of outpatients with current depressive episode. *Journal of Affective Disorders*, 114, 299-304.
- Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Balbuena, A., Chamorro, L., Ramos, J.L., Artal, J., et al. (2007). Cross-validation with the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) of a instrument for the detection of hypomania in Spanish: the HCL-32 item hypomania symptom check list (HCL-32). *Journal of Affective Disorders*, 101, 43-55.
- Weissman, M.M., & Myers, J.K. (1978b). Rates and risks of depressive symptoms in a US urban community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 57, 219-231.
- Weissmann, M.M., Bruce, L.M., Leaf, P.J., & Holzer, C.I. (1990). *Affective disorders*. In: Robins, L.N., Regier, D.A. (Eds.). *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study*. The Free Press, New York, 53-80.
- Yang, H-C., Yuan, C., Liu, T., Li, L., Peng, H., Liao, C., et al. (2011). Validity of the 32-item Hypomania Checklist (HCL-32) in a clinical sample with mood disorders in China. *BioMed Central Psychiatry*, 11, 84.
- Zimmermann, M. Galione, J.N., Ruggero, C.J., Chelminski, I., Dalrymple, K., & Young, D. (2011). Are screening scales for bipolar disorder good enough to be used in clinical practice? *Comprehensive Psychiatry*, 52(6), 600-606.

## Considerações Finais

O Transtorno Bipolar, a partir da definição categórica do DSM-IV-TR, se caracteriza por um curso episódico e recorrente, com extremas flutuações do humor; e tem um impacto significativo no funcionamento social, interpessoal e ocupacional. Recentemente, esta definição foi ampliada com a introdução do conceito de espectro bipolar que inclui formas mais breves e subliminares do transtorno. Pesquisadores e clínicos que argumentam a favor da abordagem espectral do transtorno bipolar assumem que existe um *continuum* de sintomas afetivos entre transtornos bipolares e unipolares. Apesar do crescente interesse da comunidade científica na definição e identificação de prevalência do espectro bipolar, os resultados dos estudos epidemiológicos ainda são, em grande parte, controversos. Além disso, nacionalmente, existe uma lacuna no que diz respeito a pesquisas acerca do transtorno bipolar e, especialmente, de estudos que considerem a abordagem espectral. Neste sentido, a tese aqui apresentada teve como objetivo investigar a prevalência do Transtorno Bipolar (TB) e do Espectro Bipolar (EB) em uma amostra de usuários de um serviço de saúde da cidade de Porto Alegre/RS e foi dividida em três artigos, sendo um teórico e dois empíricos.

A primeira seção, teórica, é uma revisão sistemática de publicações na literatura, compreendendo os últimos 14 anos, as quais relataram achados sobre as prevalências do Transtorno Bipolar (TB) e do Espectro Bipolar (EB) em estudos populacionais. Foram encontrados, no total, 18 artigos que preencheram os critérios de inclusão do estudo. As taxas de prevalência do Transtorno Bipolar (TB) e do Espectro Bipolar (EB) encontradas nos estudos foram de 7,5% e 15,1%, respectivamente. Destaca-se que as prevalências de bipolaridade foram maiores em populações de baixa renda e menores em indivíduos casados. É importante ressaltar que a variabilidade de prevalências observadas nos estudos selecionados parece ter relação com questões metodológicas, especialmente com o tipo de instrumento utilizado para definição diagnóstica.

A segunda seção é um artigo empírico e apresentou as prevalências dos subtipos do Transtorno Bipolar, segundo o diagnóstico categórico baseado na SCID, o efeito sobre o transtorno de variáveis sociodemográficas e a relação entre a prevalência deste transtorno e os indicadores de saúde. A prevalência para a vida para Qualquer Transtorno Bipolar foi 17,0%, sendo 4,8% para TB I, 8,8% para TB II e 3,4% para o TB SOE. Sexo feminino, ser jovem e religiosidade emergiram como moderadores importantes para a prevalência de TB. Dentre as variáveis de saúde e intervenção, o uso de tabaco, tratamento psicológico ou



psiquiátrico passado ou presente, uso de medicação e internação psiquiátrica estiveram associados ao TB. Ressalta-se que as prevalências observadas foram mais elevadas do que as referidas em estudos anteriores realizados com amostras comunitárias. Hipotetiza-se que este resultado tenha relação, especialmente, com condição socioeconômica da amostra pesquisada.

A terceira seção, e segundo artigo empírico, verificou a prevalência do Espectro Bipolar (EB) através do Hypomania Checklist (HCL-32). Além disso, buscou-se avaliar as propriedades psicométricas deste instrumento, assim como a relação entre diagnóstico espectral e categórico do Transtorno Bipolar e entre variáveis demográficas, indicadores de saúde e intervenção e a prevalência do espectro bipolar. O HCL-32 demonstrou uma boa consistência interna. No ponto de corte originalmente proposto para o instrumento ( $\geq 14$ ), a prevalência de participantes incluídas no espectro foi de 70% - percentual bem mais elevado do que o encontrado em estudos anteriores. Considerando-se as características da amostra pesquisada, foi determinado um ponto de corte alternativo; um total de  $\geq 26$  forneceu prevalência do EB de 10,7%- similar ao observado na literatura. Os dados encontrados sugerem que o instrumento utilizado, HCL-32, pode detectar apresentações subliminares do TB (formas espectrais ou dimensionais) que, na SCID, foram diagnosticadas como pertencentes ao TDM. Entretanto, é necessário cuidado ao utilizar tal instrumento para o estabelecimento de prevalências em amostras comunitárias, especialmente se utilizando o ponto de corte original.

Os achados desta tese em uma amostra reduzida da população gaúcha estimulam que estudos maiores sejam feitos no Brasil, objetivando a obtenção de prevalências do Transtorno Bipolar e do Espectro Bipolar e suas variáveis sociodemográficas. Tais estudos e seus achados ajudarão na detecção precoce de formas atenuadas, subliminares, permitindo tratamentos adequados, evitando prejuízos individuais e diminuindo a sobrecarga social do transtorno.

## ANEXO 1 – Parecer Comitê de Ética



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-126/10

Porto Alegre, 21 de janeiro de 2010.

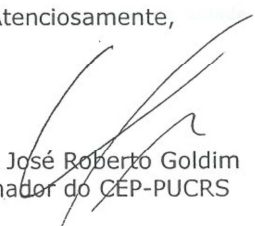
Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 09/04910 intitulado **"Rastreamento do Transtorno de Humor Bipolar em uma vila da cidade de Porto Alegre"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,



Prof. Dr. José Roberto Goldim  
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilma. Sra.  
Profa. Irani Iracema Argimon  
FAPSI  
Nesta Universidade

**PUCRS**

**Campus Central**  
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000  
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)

## ANEXO 2 – Carta de Autorização



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO  
CENTRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA VILA FÁTIMA

## CARTA DE AUTORIZAÇÃO

À Comissão Científica da Faculdade de Psicologia e  
Comitê de Ética em Pesquisa  
PUCRS

Porto Alegre, 17 de setembro de 2009

Prezados Senhores

Nós, Prof. Dr. José Francisco Bergamaschi, Diretor de Centro de Extensão Universitária Vila Fátima, e Prof. Dr. Celito Francisco Mengarda, supervisor de estágio em Psicologia do mesmo Centro de extensão, conhecemos o Projeto de Pesquisa "Rastreamento de transtorno bipolar em um setor da população de Porto Alegre/RS" da pesquisadora Irani de Lima Argimon e autorizamos a coleta de dados nessa Instituição conforme previsto nos procedimentos, após aprovação do referido projeto pelos órgãos competentes (Comissão Científica e Comitê de Ética em Pesquisa).

Atenciosamente,

  
 Prof. Dr. Celito Francisco Mengarda  
 Supervisor de Estágio em Psicologia  
 CENTRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA VILA FÁTIMA

  
 Prof. Dr. José Francisco Bergamaschi  
 Diretor

**PUCRS** Centro de Extensão Universitária  
 Rua 14, nº 227 P. 90 – CEP 91420-742  
 Porto Alegre – RS – Brasil  
 Fone: (51) 3320-3536 – Fax (51) 3320-3619  
 E-mail: vila.fatima@pucrs.br  
 www.pucrs.br

## ANEXO 3 – Termo de Consentimento e Livre Esclarecido

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante:

Estamos solicitando sua autorização para que você possa participar de um estudo para avaliar a saúde e o bem estar. Somos uma equipe de profissionais do curso de pós-graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Fazem parte da equipe os psiquiatras José Caetano Dell'Aglio júnior e Aneron de Avila Canals, e a psicóloga Ângela Leggerini de Figueiredo. Este trabalho tem a orientação e supervisão da Prof. Dr. Irani Iracema de Lima Argimon.

Tal estudo prevê a participação de pessoas com idade acima dos 18 anos. Sua participação envolve o preenchimento de alguns questionários relacionados à sua saúde. Este procedimento terá uma duração aproximada de 90 minutos.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Todas as informações que permitam identificá-lo (a) serão omitidas.

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para pensarmos em melhores propostas para atendimento à saúde, bem como contribuindo para a produção de conhecimento científico.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do participante) fui informado dos objetivos específicos acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvido (a), do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento através do telefone (51) 3320-3633, sub-ramal 7739, da Prof. Dr. Irani Iracema de Lima Argimon, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS pelo telefone (51) 3320-3345.

Consinto em participar desta pesquisa e declaro ter recebido cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
local e data

\_\_\_\_\_  
Prof., Dr. Irani de Lima Argimon

## ANEXO 4 – Manual de Trabalho de Campo

### MANUAL DE INSTRUÇÕES DO TRABALHO DE CAMPO

- 1 – Verificar dia e horário que está programado para ir até o Campus Avançado.
- 2 – Passar no grupo de pesquisa para pegar material de aplicação, para depois dirigirem-se até o transporte.
- 3 – Após chegar no Campus Avançado, dirijam-se até a sala de espera para atendimentos clínicos;

#### APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR AOS INFORMANTES

Apresentação: Meu nome é XXXX, sou do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS e estamos realizando um trabalho sobre aspectos da saúde da população desta comunidade. Faço parte da equipe de entrevistadores. O estudo está sendo realizado com vários indivíduos desta comunidade. A participação nesta pesquisa é voluntária.

Seguir os passos abaixo:

- a) Apresentação: “Meu nome é XXXX, sou do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS e estamos realizando um trabalho sobre transtornos de humor na população. Faço parte da equipe de entrevistadores e gostaria que vocês participassem do estudo respondendo alguns questionários”. Salientar que “é muito importante a colaboração do(a) indivíduo neste trabalho porque através dele poderemos ficar conhecendo mais sobre a saúde desta população, podendo assim ajudar mais as pessoas e oferecer serviços mais adequados e de maior efetividade”. Passar e recolher consentimentos;
- b) “Para participar do estudo é necessário a assinatura de um termo de consentimento. A pesquisa não oferece riscos a saúde dos participantes, que são livre para decidir não participar ou desistir durante a aplicação. Primeiro, uma ficha de dados sócio demográficos será respondida visando coletar informações sobre o perfil do participante. Logo após, vamos solicitar o preenchimento de duas escalas que avaliam sintomas de humor que possam indicar alguma alteração significativa. As características perguntadas, **não** podem ser referentes a uma situação específica e sim a um padrão de reação ao longo da vida. Por períodos de “altos” serão entendidas aquelas situações onde espontaneamente tu te sentes mais **irritado ou eufórico sem uma relação com algum fato específico**. Qualquer dúvida estamos aqui.”
- c) Se houver recusa, anote, mas não desista antes de outra tentativa.

#### ORIENTAÇÕES GERAIS

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ. Erros no preenchimento do questionário poderão indicar que você não consultou o manual.

RELEIA O MANUAL PERIODICAMENTE. Evite confiar excessivamente na própria memória.

**LEVE COM VOCÊ SEMPRE:**

- Manual de instruções;
- Termos de consentimento;
- Questionários;
- Canetas.
- Crachá de identificação
- Avental branco

- Procure se apresentar de forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir.

Não utilize roupas muito curtas ou decotadas. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar as pessoas. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. Nem pense em fumar quando estiver fazendo contato ou entrevistando qualquer participante. Orientamos também de não portarem adereços que possam chamar a atenção (relógios, jóias) e cuidado com o uso do celular (sugerimos não levarem o celular).

- Se necessário forneça o número do telefone do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (3320-3633) para que a pessoa possa ligar e confirmar suas informações.

- **Nunca esquecer:** seja sempre gentil e educado(a), pois as pessoas não têm obrigação de responder ao questionário.

- Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com os indivíduos que optaram por participar da pesquisa, trate-os com respeito e atenção. **Nunca** demonstre pressa ou impaciência diante de questionamentos ou demora ao responder ao questionário.

- **Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das perguntas (ou respostas) que se evidenciarem.** Lembre-se de que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre **o mais neutra possível** com relação às respostas.

- É essencial que você conheça profundamente o conteúdo do questionário que vai aplicar bem como o manual do entrevistador, estando totalmente familiarizado (a) com os termos usados na entrevista, para que não haja nenhuma dúvida ou hesitação de sua parte na hora de responder a questionamentos.

- **Nunca** influencie ou sugira respostas. Dê tempo ao entrevistado para que reflita e encontre a resposta.

- Procure manter um diálogo aberto com os coordenadores da pesquisa, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que apareça no decorrer das aplicações. As suas sugestões são importantes no sentido de aprimorar o trabalho do grupo. **DEPENDEMOS DE VOCÊS!!!!**

- Mantenha sempre à mão o seu Manual do Entrevistador e não tenha vergonha de consultá-lo, se necessário, durante a entrevista. Podendo usar, por exemplo, a seguinte expressão: **“preciso verificar no nosso manual sobre este questionamento”**.

**TELEFONES PARA CONTATO**

Programa de Pós-Graduação em Psicologia 3320-3633

Mestrandos:

Aneron Canals 92824695

Ângela Figueiredo 9919 7739

José Caetano 99655284

## **INSTRUÇÕES GERAIS PARA VERIFICAÇÃO DO PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS:**

Verificar sempre se **todas as questões foram assinaladas**. Fazer isso na frente do entrevistado de forma breve. Qualquer pergunta em branco não hesite em solicitar o preenchimento ao participante novamente.

Observe se as **letras** e **números** estão assinalados de maneira **compreensível**, sem deixar margem para dúvidas. Caso exista dúvida, pergunte ao participante.

### **INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS**

O **entrevistador** deverá preencher (Poderá ser depois da aplicação para poupar tempo de aula):

**APLICADOR:** Anotar seu nome.

**DATA DA APLICAÇÃO:** Anotar o dia do mês em que a entrevista foi executada.

**QUESTIONÁRIO:** ESTE QUADRADO DEVERÁ PERMANECER EM BRANCO.

**INSTRUIR OS PARTICIPANTES A NÃO PREENCHEREM NADA NA COLUNA A SUA DIREITA NEM O QUADRADO QUESTIONÁRIO!**

**DATA DE NASCIMENTO:** Anotar a data de nascimento - Dia/Mês/Ano.

**IDADE:** relato da idade em anos completos. Ex: "Faço 26 amanhã".- relatar 25!

**SEXO:** O entrevistado deverá informar seu sexo – masculino ou feminino.

**ESTADO CIVIL:** preencher o mais adequado à situação. União estável, legalmente, se refere a dois meses morando na mesma residência.

**DESDE A 1ª SÉRIE DO 1º GRAU, HÁ QUANTOS ANOS ESTÁS ESTUDANDO?:** Contar desde que a 1ª série do 1º grau quantos anos a pessoa estudou. Em caso de reprovação, contar o ano repetido (Ex: caso pessoa tenha "rodado" na primeira série e estudou até a segunda, contar 3 anos.). Em caso de interrupção de estudos não contar anos "parados". Ex: pessoa completou o 2º grau e cinco anos depois começou a faculdade – não contar estes 5 anos (mesmo que estudasse em pré-vestibular). A realização de outros cursos universitários ou técnicos contam! Mesmo que a pessoa não tenha concluído.

**NOS ÚLTIMOS 12 MESES, REALIZASTE TRABALHO REMUNERADO?:** Caso a aplicação seja em julho - o participante deverá relatar se desde julho de 2009 realizou trabalho remunerado (em troca de dinheiro - qualquer valor).

**SE SIM, HÁ QUANTO TEMPO TU TRABALHAS? \_\_\_\_\_ MESES:** Quem não trabalhou marcar 0. Ressaltar que são meses.

**NA TUA CASA TEM:**

Anotar quantos itens têm na casa: (**cuidar para não confundir a quantidade de itens = (0), (1), (2), (3), (4 ou +) com a pontuação da codificação!!!**)

- TELEVISÃO EM CORES
- RÁDIO
- BANHEIRO
- AUTOMÓVEL
- EMPREGADA MENSALISTA
- ASPIRADOR DE PÓ
- MÁQUINA DE LAVAR
- VÍDEO CASSETE E/OU DVD
- GELADEIRA
- FREEZER (APARELHO INDEPENDENTE OU PARTE DA GELADEIRA DUPLEX)

**QUAL A ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA (= pessoa de maior renda)?**

**RELIGIÃO:** Qualquer religião!

**PRÁTICA RELIGIOSA:** qualquer atividade! Não necessariamente precisam ter marcado que tem religião! Qualquer atividade espiritual pode ser considerada prática religiosa!

**ATIVIDADES DE LAZER:** Ter praticado nos últimos 12 meses, pelo menos uma vez, alguma das atividades apontadas como forma de lazer (entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se). Não vale a trabalho ou outro compromisso!

**ATIVIDADES FÍSICAS (2 questões):** Referente aos últimos 7 dias!! Exemplo: Faz academia duas vezes por semana e caminha duas vezes por semana. A média será o tempo somando de todas as quatro atividades dividido por 4.

**PROBLEMA DE SAÚDE:** Ex: Diabetes, Hipertensão, etc...

**HOSPITALIZAÇÃO PSQUIÁTRICA:** Se a pessoa já foi internada por dificuldades emocionais/"problema dos nervos".

**MEDICAÇÃO:** Utilização de medicação por pelo menos três meses. Tanto durante como no início do tratamento. Pessoa que esteja tomando medicação ou irá tomar por pelo menos 3 meses.

**TRATAMENTO:** Se refere a psicoterapia – de qualquer referencial teórico!

**PERCEPÇÃO DE SAÚDE:** Se refere a auto-percepção da saúde da pessoa durante o último mês.

**BEM-ESTAR:** Diz respeito a como a pessoa se sentiu no último mês – seu "grau de felicidade".

**CAGE (Questões sobre álcool):** São perguntas sobre o costume de ingestão de bebidas alcoólicas e suas consequências. O participante deve preencher todas! Mesmo que na primeira pergunta a resposta seja negativa.

**FUMO (2 questões):** A primeira trata sobre a situação do aluno em relação ao consumo de tabaco. Se a pessoa parou de fumar um dia antes de responder o questionário deve assinalar ex-fumante! Contudo, na questão seguinte deve relatar quantos cigarros em média a pessoa fumou por dia no último mês. "Tradução" da segunda pergunta: *No mês passado, mais ou menos quantos cigarros tu fumou por dia?*

**CODIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS**



- ◆ Todas as respostas devem ser registradas no corpo do questionário. Nunca registrar direto as respostas na coluna da direita. Sempre que o espaço definido para a resposta for insuficiente utilizar também as margens da folha. Não anote nada na coluna da direita. Este espaço está reservado somente para a codificação.
- ◆ No final do dia de trabalho, aproveite para revisar seus questionários já aplicados e faça a codificação das questões utilizando a coluna da direita do formulário. Codifique apenas as questões “fechadas”, isto é, aquelas cujas respostas são do tipo múltipla escolha e quando não tiver dúvida quanto a que código usar. Caso tenha dúvidas, deixe a questão em branco. As questões abertas – aquelas que deverão ter sido respondidas por extenso – serão codificadas posteriormente.

ATENÇÃO: Não deixe respostas em branco. Aplique os códigos especiais:

➤ **IGNORADA (IGN):**

Quando o informante não assinalou resposta. Antes de aceitar uma resposta como **ignorada** (código 9, 99, 999, ...), deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Por **exemplo**, se a pessoa marcou que não trabalhou de forma remunerada nos últimos 12 meses e deixou a questão tempo de trabalho em branco – assinalar 00 e não 99 na questão.

Se não houver resposta clara (e o entrevistador não tenha percebido no momento da entrega), anotar por extenso e discutir com o supervisor.

Lembre-se: uma resposta não coletada é uma resposta perdida.

**TENHA O CUIDADO PARA NÃO INDUZIR UMA RESPOSTA NA CODIFICAÇÃO.**

**RESUMO DOS PROCEDIMENTOS**

**Reunião equipe na 5ª feira;**

**Passar no grupo de pesquisa antes de se deslocar até o Campus Avançado para solicitar o material a ser aplicado;**

**Explicar para o participante o objetivo da pesquisa;**

**Entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;**

**Entrega da ficha sócio-demográfica;**

**Início da aplicação dos demais instrumentos;**

**Retorno ao grupo de pesquisa para entrega de todo o material, identificado, que foi aplicado;**

## ANEXO 5 – Ficha Sociodemográfica


**Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia  
Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital**

Por favor, tente responder o melhor que puder e marque sempre a alternativa que acreditares mais adequada. Obrigado!

**FICHA DE DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS**

<b>1. Aplicador:</b>	<b>2. Data da aplicação:</b> / /	1. Aplic 2. Datapl
<b>3. Data Nascimento:</b> / /	<b>4. Idade</b> (em anos completos):	3. Data nasc 4. Idade
<b>5. Sexo:</b> ( 1 ) Feminino ( 2 ) Masculino		5. Sexo
<b>6. Estado Civil:</b> ( 1 ) Casado ( 2 ) União estável ( 3 ) Solteiro ( 4 ) Viúvo ( 5 ) Separado ( 6 ) Divorciado ( 7 ) Outro <b>Qual?</b> _____		6. Estciv 7. Qualout
<p><b>Se teu estado civil for casado ou união estável, responda as seguintes questões e também o inventário de satisfação conjugal, caso contrário pule para a questão escolaridade.</b></p> <p><b>8. Qual o sexo do teu cônjuge?</b> (1) Feminino (2) Masculino</p> <p><b>9. Já teve relacionamentos anteriores (casado ou união estável)?</b> (0) Não (1) Sim, quantas vezes _____</p> <p><b>Quanto tempo está casado ou vivendo em união estável (relacionamento atual)?</b> (0) menos de 1 ano (2) 1 a 5 anos (3) 6 a 12 anos (4) 13 a 20 anos (5) mais de 20 anos</p> <p><b>Quantos filhos tu tens?</b> _____</p> <p><b>Como tu avalias tua relação?</b> ( 0 ) Totalmente insatisfatória ( 1 ) Insatisfatória ( 2 ) Regular ( 3 ) Satisfatória ( 4 ) Totalmente satisfatória (88) Não se aplica</p>		8. Sexoconj  9. Relant Qvezes  Temprel Nfilhos  avrel
<b>Desde a 1ª série do 1º grau, há quantos anos estás estudando?</b> ____ anos		Anosest
<b>NOS ÚLTIMOS 12 MESES, realizaste trabalho remunerado?</b> ( 0 ) Não ( 1 ) Sim		Trab
<b>Se sim, há quanto tempo tu trabalhas (ou trabalhou) neste emprego?</b> ____ anos __ meses		Temptra
<b>Tu tens televisão colorida em casa?</b> <b>Quantas?</b> __	(0) não (1) sim	TVs
<b>Tu tens radio em casa?</b> <b>Quantos?</b> __	(0) não (1) sim	Radio

<b>Tu tens banheiro na tua casa?</b> <b>Quantos? __</b>	(0) não	(1) sim	Banheir
<b>Tu tens carro?</b> <b>Quantos? __</b>	(0) não	(1) sim	Carro
<b>Tu tens empregada doméstica mensalista?</b> <b>Quantas? __</b>	(0) não	(1) sim	Empreg
<b>Tu tens aspirador de pó?</b>	(0) não	(1) sim	Aspipo
<b>Tu tens máquina de lavar roupa?</b>	(0) não	(1) sim	Maqlav
<b>Tu tens videocassete ou DVD?</b>	(0) não	(1) sim	Vidvd
<b>Tu tens geladeira?</b>	(0) não	(1) sim	Gelad
<b>Tu tens freezer separado, geladeira duplex?</b>	(0) não	(1) sim	Freez
<b>Qual é a tua ocupação atual?</b> (1) Trabalhando em tempo integral    (2) Trabalhando em tempo parcial (3) Trabalhando como autônomo    (4) Trabalha informalmente (5) Realiza trabalho voluntário    (6) Em benefício (7) Aposentado    (8) Pensionista (9) Nunca trabalhou    (10) Dona de casa (11) Desempregado (a)    (12) Outro: _____			Ocupat
<b>De qual fonte provém a tua renda?</b> (1) Pensão    (2) Salário    (3) Ajuda de terceiros    (4) Aposentadoria    (5) Outro _____			Renda
<b>Tu tens religião?</b> (0) Não    (1) Sim			Relig
<b>NO ÚLTIMO MÊS, com que freqüência tu foste a alguma atividade religiosa (missa, culto, reunião ou sessão na tua religião)?</b> ( 0 ) nunca vou    ( 1 ) fui uma vez    ( 2 ) duas vezes ( 3 ) de três a seis vezes    ( 4 ) de sete a 10 vezes    ( 5 ) de 11 a 20 vezes ( 6 ) mais de 21 vezes			Freqmis
<b>NOS ÚLTIMOS 12 MESES, tu realizaste as atividades de lazer abaixo?</b> Ler livros, revistas e/ou jornais    ( 0 ) Não    ( 1 ) Sim Escutar música    ( 0 ) Não    ( 1 ) Sim Assistir televisão    ( 0 ) Não    ( 1 ) Sim Ir ao cinema    ( 0 ) Não    ( 1 ) Sim Viajar    ( 0 ) Não    ( 1 ) Sim Ir a festas    ( 0 ) Não    ( 1 ) Sim Jogar jogos eletrônicos e/ou de tabuleiros    ( 0 ) Não    ( 1 ) Sim Usar o computador    ( 0 ) Não    ( 1 ) Sim Outro    ( 0 ) Não    ( 1 ) Sim <b>Qual? _____</b>			Livros Escmusic Asstv Ircine Viaj Irfest Jogoele Uscomp Outatv Qualatv

<p><b>NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quantas vezes tu fizeste algum esporte, dança, jogo ou exercício físico a ponto de ficar suando ou cansado?</b>  ( 0 ) Nenhuma ( 1 ) Uma vez ( 2 ) Duas vezes  ( 3 ) Três vezes ( 4 ) Quatro vezes ( 5 ) Cinco vezes  ( 6 ) Seis vezes ou mais</p>	Exfsic
<p><b>Se praticaste, em média, quanto tempo durou cada atividade?</b>  ( 0 ) até 10 minutos ( 1 ) de 11 a 20 minutos  ( 2 ) de 21 a 30 minutos ( 3 ) de 31 a 45 minutos  ( 4 ) de 46 a 60 minutos ( 5 ) de 61 a 90 minutos  ( 6 ) mais de 90 minutos ( 6 ) Não se aplica</p>	Tpexfis
<p><b>Tu tens algum problema de saúde ou doença importante?</b>  ( 0 ) Não ( 1 ) Sim  <b>Qual/Quais?</b> _____</p>	Probsaud Qpsaud
<p><b>Tu já tiveste alguma doença mental (depressão) ao longo da vida?</b>  ( 0 ) Não ( 1 ) Sim  <b>Qual/Quais?</b> _____</p>	Domental Qdoenca
<p><b>Alguma vez na tua vida foste internado em hospital psiquiátrico?</b>  ( 0 ) Não ( 1 ) Sim <b>Quantas vezes?</b> ____ vezes  <b>Se SIM:Qual foi o diagnóstico?</b> _____</p>	Inthpsi Qtsvez Qdiag1
<p><b>Atualmente, tu utilizas alguma medicação continuada (utilização de uma medicação específica durante pelo menos 6 meses)?</b>  ( 0 ) Não ( 1 ) Sim  <b>Se SIM:</b>  <b>Qual nome?</b> _____  <b>Qual dose por dia?</b> _____  <b>Qual nome?</b> _____  <b>Qual dose por dia?</b> _____  <b>Qual nome?</b> _____  <b>Qual dose por dia?</b> _____</p>	Atmedic  Rem1 Dose1 Rem2 Dose2 Rem3 Dose3
<p><b>Alguma vez tu fizeste tratamento psicológico ou psiquiátrico?</b>  ( 0 ) Não ( 1 ) Sim, mas não faço atualmente ( 2 ) Sim e faço atualmente</p>	Tratpsi
<p><b>No ÚLTIMO MÊS, como tu percebes a tua saúde?</b>  ( 0 ) Péssima ( 1 ) Ruim ( 2 ) Regular  ( 3 ) Boa ( 4 ) Ótima</p>	Percaud
<p><b>Marque nas caras abaixo qual representa melhor seu bem-estar no ÚLTIMO MÊS:</b></p> 	Beum
<p><b>Tu tomas bebida alcoólica?</b> ( 0 ) Não ( 1 ) Sim</p>	Bebalc

<p><b>Alguma vez tu sentiste que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?</b>  (0) Não (1) Sim</p>	Dimalc
<p><b>As pessoas te aborrecem porque criticam o teu modo de tomar bebida alcoólica?</b>  (0) Não (1) Sim</p>	Critalc
<p><b>Tu te sentes chateado(a) pela maneira como tu costumavas tomar bebidas alcoólicas?</b>  (0) Não (1) Sim</p>	Chatalc
<p><b>Tu costumavas tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?</b>  (0) Não (1) Sim</p>	Bebman
<p><b>Tu fumas cigarros atualmente?</b>  (0) Não, nunca fumei.  (1) Não. Fumei no passado, mas parei de fumar.  (2) Sim</p>	Fumat
<p><b>Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?</b>  (0) Dentro de 5 minutos (1) Entre 6-30 minutos  (2) Entre 31-60 minutos (3) Após 60 minutos</p>	Cigacord
<p><b>Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?</b>  (0) Não (1) Sim</p>	Ciglugpr
<p><b>Qual o cigarro do dia trás mais satisfação?</b>  (0) O primeiro da manhã (1) Outros</p>	Cigsatis
<p><b>Quantos cigarros você fuma por dia?</b>  (0) Menos de 10 (1) De 11 a 20  (2) De 21 a 30 (3) Mais de 30</p>	Cigdia
<p><b>Você fuma com mais frequência pela manhã?</b>  (0) Não (1) Sim</p>	Cigmanha
<p><b>Você fuma mesmo doente?</b>  (0) Não (1) Sim</p>	Cigdoent

## ANEXO 6 – HCL-32

**ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DE HIPOMANIA R1**
**Energia, Atividade e Humor**

Em diferentes períodos durante a vida todos sentem mudanças ou oscilações em energia, atividade e humor (“altos e baixos” ou “para cima e para baixo”). O Objetivo deste questionário é o de avaliar as características dos períodos “altos” ou “para cima”.

**1. Antes de tudo, como você está se sentindo hoje comparando com seu estado normal?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muito pior do que o normal       | <input type="checkbox"/> Um pouco melhor que o normal |
| <input type="checkbox"/> Pior que o normal                | <input type="checkbox"/> Melhor que o normal          |
| <input type="checkbox"/> Um pouco pior que o normal       | <input type="checkbox"/> Muito melhor que o normal    |
| <input type="checkbox"/> Nem pior nem melhor que o normal |   |

**2. Como você é normalmente, comparado com outras pessoas?**

Independente de como você se sente hoje, por favor, conte-nos como você é normalmente comparado com outras pessoas, marcando qual dos seguintes itens melhor o descreve.

Comparando com outras pessoas, meus níveis de atividade, energia e humor...

- ... sempre são mais para estáveis e equilibrados
- ... geralmente são maiores
- ... geralmente são menores
- ... frequentemente passo por períodos de altos e baixos

**3. Por favor, tente lembrar de um período em que você esteve num estado “para cima”. Como você se sentia na época?**

Por favor, responda a todas estas questões, **independente do seu estado atual**.

Em tal estado:

- |   |   |
|---|---|
| 1. Preciso de menos sono.   | <input type="checkbox"/>                              |
| Sim <input type="checkbox"/> Não  |   |
| 2. Eu me sinto com mais energia e mais ativo(a).                                | <input type="checkbox"/>                              |
| Sim <input type="checkbox"/> Não  |   |
| 3. Fico mais autoconfiante.   | <input type="checkbox"/>                              |
| Sim <input type="checkbox"/> Não  |   |
| 4. Me entusiasmo mais com meu trabalho.   | <input type="checkbox"/>                              |
| Sim <input type="checkbox"/> Não  |   |
| 5. Fico mais sociável (faço mais ligações telefônicas, saio mais).              | <input type="checkbox"/>                              |
| Sim <input type="checkbox"/> Não  |   |
| 6. Quero viajar ou viajo mais.  | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> |
| Não   |   |
| 7. Tenho tendência a dirigir mais rápido ou a me arriscar mais enquanto dirijo. | <input type="checkbox"/>                              |
| Sim <input type="checkbox"/> Não  |   |
| 8. Gasto mais ou gasto dinheiro demais.   | <input type="checkbox"/>                              |
| Sim <input type="checkbox"/> Não  |   |
| 9. Arrisco-me mais em minha vida diária (no meu trabalho e/ou outras            | <input type="checkbox"/>                              |
| Sim <input type="checkbox"/> Não  |   |

atividades).	
10. Fico mais ativo (a) fisicamente (esporte, etc.).	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
11. Planejo mais atividades e projetos.	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
12. Tenho mais ideias, fico mais criativo(a).	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
13. Fico menos tímido (a) ou inibido (a).	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
14. Uso roupas/maquiagem mais coloridas e extravagantes.	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
15. Quero me encontrar ou de fato me encontro com mais pessoas.	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
16. Fico mais interessado (a) em sexo e/ou tenho desejo sexual aumentado.	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
17. Paquero mais e/ou fico mais ativo (a) sexualmente.	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
18. Falo mais.	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
19. Penso mais rápido.	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
20. Faço mais piadas ou trocadilhos quando falo.	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
21. Eu me distraio com mais facilidade.	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
22. Eu me envolvo em muitas coisas novas.	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
23. Meus pensamentos pulam de assunto rapidamente.	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
24. Faço coisas mais rapidamente e/ou com maior facilidade.	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
25. Fico mais impaciente e/ou fico irritado (a) mais facilmente.	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
26. Posso ser cansativo (a) ou irritante para os outros.	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
27. Eu me envolvo em mais discussões e disputas.	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
28. Meu humor fica melhor, mais otimista.	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
29. Bebo mais café.	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
30. Fumo mais cigarros.	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
31. Bebo mais álcool.	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	
32. Uso mais drogas (sedativos, tranquilizantes, estimulantes, entre outros).	<input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não	

**4. Impacto dos seus "altos" em vários aspectos de sua vida:**

<b>Vida familiar</b>	<input type="checkbox"/> positivo e negativo nenhum impacto	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/>
<b>Vida social</b>	<input type="checkbox"/> positivo e negativo nenhum impacto	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/>
<b>Trabalho</b>	<input type="checkbox"/> positivo e negativo nenhum impacto	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/>
<b>Recreação</b>	<input type="checkbox"/> positivo e negativo nenhum impacto	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/>

**5. Reação e comentários das pessoas sobre seus "altos":**

Como as pessoas próximas a você reagiram ou comentaram seus "altos"?

- Positivamente (encorajando ou apoiando)  
 Neutros  
 Negativamente (preocupadas, aborrecidas, irritadas, críticas)  
 Positivamente e negativamente  
 Nenhuma reação

**6. Via de regra, qual foi a duração de seus "altos" (em média):**

- 1 dia                                       4 - 7 dias                                       maior que 1 mês  
 2 - 3 dias                                       maior que 1 semana                                       não posso julgar / não sei

**7. Você sentiu tais "altos" durante o último ano?**

- Sim                                       Não

**8. Se sim, por favor, calcule quantos dias você passou nestes "altos" durante os últimos doze meses.**

Levando **todos dias** em conta foram cerca de  dias.



## ANEXO 7 – BDI-II

**BDI-II**

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Instruções:** Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada um deles cuidadosamente. Depois, escolha um de cada grupo, o que melhor descreva o modo como você tem se sentido nas **últimas duas semanas, incluindo o dia de hoje**. Marque com um círculo o número correspondente à afirmação escolhida. Se mais de uma afirmação de cada grupo te parecer igualmente apropriado, escolha a de número mais alto. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, inclusive o número 16 (Mudança no sono) e o número 18 (mudanças no apetite).

<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 Não me sinto triste</p> <p>1 Me sinto triste grande parte do tempo.</p> <p>2 Estou triste o tempo todo.</p> <p>3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.</p> <p><b>2. Pessimismo</b></p> <p>0 Não estou desanimado (a) a respeito do meu futuro.</p> <p>1 Eu me sinto mais desanimado (a) a respeito do meu futuro do que de costume.</p> <p>2 Não espero que as coisas dêem certo para mim.</p> <p>3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.</p> <p><b>3. Fracasso passado</b></p> <p>0 Não me sinto um (a) fracassado (a).</p> <p>1 Tenho fracassado mais do que deveria.</p> <p>2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos.</p> <p>3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.</p> <p><b>4. Perda de prazer</b></p> <p>0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.</p> <p>1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.</p> <p>2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.</p> <p>3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.</p> <p><b>5. Sentimentos de culpa</b></p> <p>0 Não me sinto particularmente culpado (a).</p> <p>1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.</p> <p>2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.</p> <p>3 Eu me sinto culpado(a) todo o tempo.</p>	<p><b>6. Sentimentos de punição</b></p> <p>0 Não sinto que estou sendo punido(a).</p> <p>1 Sinto que posso ser punido(a).</p> <p>2 Eu acho que serei punido(a).</p> <p>3 Sinto que estou sendo punido(a).</p> <p><b>7. Autoestima</b></p> <p>0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).</p> <p>1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).</p> <p>2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>3 Não gosto de mim.</p> <p><b>8. Autocrítica</b></p> <p>0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.</p> <p>1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) hoje do que costumava ser.</p> <p>2 Eu me critico por todos os meus erros.</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.</p> <p><b>9. Pensamentos ou desejos suicidas</b></p> <p>0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.</p> <p>1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso a diante.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p><b>10. Choro</b></p> <p>0 Não choro mais do que chorava antes.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava chorar.</p> <p>2 Choro por qualquer coisinha.</p> <p>3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p>
---	---

**11. Agitação**

- 0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.
- 1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.
- 2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).
- 3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.

**12. Perda de interesse**

- 0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.
- 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.
- 2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.
- 3 É difícil me interessar por algo.

**13. Indecisão**

- 0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.
- 1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.
- 2 Tenho muito mais dificuldades em tomar decisões agora do que antes.
- 3 Tenho dificuldades pra tomar qualquer decisão.

**14. Desvalorização**

- 0 Não me sinto sem valor.
- 1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.
- 2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.
- 3 Eu me sinto completamente sem valor.

**15. Falta de energia**

- 0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.
- 1 Tenho menos energia do que costumava ter.
- 2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
- 3 Não tenho energia suficiente para nada.

**16. Alterações no padrão de sono**

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono.
- 1a Durmo um pouco mais do que o habitual.
- 1b Durmo um pouco menos do que o habitual.
- 2a Durmo muito mais do que o habitual.
- 2b Durmo muito menos do que o habitual.
- 3a Durmo a maior parte do dia.
- 3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

**17. Irritabilidade**

- 0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 1 Estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual
- 3 Fico irritado(a) o tempo todo.

**18. Alterações de apetite**

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.
- 1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.
- 1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.
- 2a Meu apetite está muito menor do que antes.
- 2b Meu apetite está muito maior do que antes.
- 3a Não tenho nenhum apetite.
- 3b Quero comer o tempo todo.

**19. Dificuldade de concentração**

- 0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.
- 1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.
- 2 É muito difícil pra mim manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
- 3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.

**20. Cansaço ou fadiga**

- 0 Não estou mais cansado(a) ou fadigado(a) do que o habitual.
- 1 Fico cansado(a) ou fadigado(a) mais facilmente do que o habitual.
- 2 Eu me sinto cansado(a) ou fadigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer.
- 3 Estou me sentindo muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

**21. Perda de interesse por sexo**

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
- 1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.
- 2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

---

 Subtotal página 2

---

 Subtotal página 1

---

 Pontuação total

## ANEXO 8 - Carta aos participantes

"Olá, Sr. ou Sra.:

No dia XX/XX/XX, você aceitou participar de uma pesquisa de Avaliação de Humor na sua comunidade.

??????????

**Pelo que verificamos no nosso estudo há necessidade de buscar tratamento devido apresentar sintomas que sugerem a necessidade de auxílio específico. Para isto recomendamos .....**