

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

ANDRÉ MACHADO PATELLA

DEPRESSÃO UNIPOLAR E BIPOLAR EM UMA AMOSTRA DE INDIVÍDUOS
JOVENS:
ASPECTOS CLÍNICOS DIFERENCIAIS

Pelotas
2016

ANDRÉ MACHADO PATELLA

**DEPRESSÃO UNIPOLAR E BIPOLAR EM UMA AMOSTRA DE INDIVÍDUOS
JOVENS:
ASPECTOS CLÍNICOS DIFERENCIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Comportamento.

Orientador: Fábio Monteiro da Cunha
Coelho

Pelotas
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

(CIP)

P295d Patella, André Machado
Depressão unipolar e bipolar em uma amostra de indivíduos jovens: aspectos clínicos diferenciais. / André Machado Patella. – Pelotas: UCPEL, 2016.
66 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Mestrado em Saúde e Comportamento, Pelotas, BR-RS, 2016. Orientador: Fábio Monteiro da Cunha Coelho. Co-orientadora: Karen Jansen.

1. transtorno afetivo bipolar. 2. transtorno depressivo. 3. Diagnóstico diferencial. I. Coelho, Fábio Monteiro da Cunha, or. II. Jansen, Karen, co-or. Título.

CDD 610

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Cristiane de Freitas Chim CRB 10/1233

**DEPRESSÃO UNIPOLAR E BIPOLAR EM UMA AMOSTRA DE INDIVÍDUOS JOVENS:
ASPECTOS CLÍNICOS DIFERENCIAIS**

Conceito final: _____ [L]
[SEP]

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro

Prof(a). Dr(a). Mariane Lopes Molina

Orientador – Prof. Dr. Fábio Monteiro da Cunha Coelho

Agradecimentos,

Aos professores do programa de pós-graduação em Saúde e comportamento que
tornaram possível este momento.

Ao meu orientador, Fábio Monteiro da Cunha Coelho, pela paciência, confiança e
ensinamentos proporcionados ao longo do tempo necessário para a conclusão desta
dissertação.

À minha coorientadora, Karen Jansen, pela disposição, apoio e dedicação
incondicionais.

Aos psicólogos e bolsistas de iniciação científica envolvidos no projeto.

A banca examinadora pela disponibilidade.

E um especial agradecimento aos meus pais e namorada pela compreensão e apoio
integrais.

Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!

Mário Quintana

RESUMO

O transtorno afetivo bipolar é uma das doenças mais incapacitantes do mundo. As primeiras manifestações dessa doença geralmente são quadros depressivos que podem ser facilmente confundido com um transtorno depressivo unipolar. Um erro no diagnóstico pode acarretar em atraso no tratamento específico e até mesmo em um tratamento incorreto que pode levar a um agravamento do quadro clínico. Atualmente o diagnóstico diferencial entre transtorno afetivo bipolar e transtorno depressivo é feito apenas pela existência de um episódio maníaco ou hipomaníaco nos pacientes bipolares. O presente estudo busca avaliar aspectos sócios demográficos e clínicos de pacientes adultos jovens com idade entre 18-29 anos, residentes no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, a fim de identificar fatores que possam diferenciar ambos os quadros afetivos.

Palavras-chave: transtorno afetivo bipolar, transtorno depressivo, diagnóstico diferencial.

ABSTRACT

Bipolar disorder is one of the most incapacitating diseases in the world. The first manifestations of this disease are usually depressive states that can be frequently mistaken by unipolar depression. An incorrect diagnosis at this point can turn into a problem as it delays the specific treatment for bipolar disease, or even worse, an inappropriate treatment can aggravate the clinical presentation. Currently differential diagnosis between bipolar disorder and unipolar depression holds on the presence of a maniac or hypomanic episode. This study aims to evaluate social demographics and clinical aspects of young adults with age between 18-29 years, living in the city of Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, searching for factors that can differentiate both affective diseases.

Keywords: bipolar disorder, depression, differential diagnosis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sócio demográficas e clínicas da amostra.....	43
Tabela 2 – Sintomas da <i>Hamilton Depression Rating Scale</i> (HDRS).....	44
Tabela 3 – Alterações no ritmo biológico, de acordo com <i>Biological Rhythms</i> <i>Assessment of Interview</i> (BRIAN).....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASSIST	Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test
BRIAN	Biological Rhythms interview of assessment in neuropsychiatry
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
HAM-A	Hamilton Anxiety Scale
HAM-D	Hamilton Depression Scale
MADRS	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
SCID	Structured Clinical Interview for DSM
TDM	Transtorno Depressivo Maior
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	1
....	2
PROJETO.....	1
....	3
1	1
IDENTIFICAÇÃO.....	4
.	1
1.1 Título	4
.....	1
1.2 Titulação em andamento que designa o autor do trabalho	4
.....	1
1.3 Orientador	4
.....	1
1.4 Instituição	4
.....	1
1.5 Curso	4
.....	1
1.6 Linha de pesquisa	4
.....	1
1.7 Data	4
.....	1
2 INTRODUÇÃO	5
.....	1
3 OBJETIVOS	7
.....	1
4 HIPÓTESES	8
.....	

	1
5 REVISÃO DE LITERATURA	9
.....	
	2
6 MÉTODO	3
.....	2
6.1 Delineamento	3
.....	2
6.2 Participantes	3
.....	2
6.3 Variáveis e instrumentos.....	4
	2
6.4 Análise dos dados.....	5
	2
6.5 Aspectos éticos	6
.....	2
6.6 Cronograma	6
.....	2
6.7 Orçamento	7
.....	
	2
7 REFERÊNCIAS	7
.....	
	3
8 ARTIGO	0
.....	
	4
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CONCLUSÃO.....	5
	4
ANEXOS	6
.....	4
Anexo A: Termo de consentimento livre e esclarecido	6
.....	

Anexo B:	4
Instrumentos.....	7

APRESENTAÇÃO

Este volume compõe a dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de mestre. É composta pelo projeto de pesquisa e o artigo *“Depressão unipolar e depressão bipolar em uma amostra de indivíduos jovens: aspectos clínicos diferenciais”*.

PROJETO

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: Depressão unipolar e depressão bipolar: aspectos clínicos diferenciais

1.2 Mestrando: André Machado Patella

1.3 Orientador: Prof. Dr. Fábio Monteiro da Cunha Coelho

1.4 Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.5 Curso: Mestrado em Saúde e Comportamento

1.6 Linha de pesquisa: Saúde Mental

1.7 Data: março de 2015

2. INTRODUÇÃO

O transtorno bipolar é uma das dez doenças mais incapacitantes do mundo (1). As primeiras manifestações desta doença geralmente envolvem um quadro depressivo em aproximadamente metade dos pacientes com transtorno bipolar tipo I e três-quartos daqueles diagnosticados com transtorno bipolar tipo II (2, 3). Os critérios diagnósticos do transtorno bipolar baseiam-se na presença de um episódio maníaco ou hipomaníaco para que seja feita a distinção com um quadro depressivo unipolar (4). Um atraso no diagnóstico do transtorno bipolar, ou mesmo um erro de diagnóstico pode levar a um atraso no tratamento, acarretando em um prolongamento do sofrimento (5).

O diagnóstico errôneo do transtorno bipolar como depressão unipolar é um importante problema clínico (2). Vários estudos tem indicado que características do transtorno bipolar podem ser detectadas, se observadas com atenção, em aproximadamente um-quarto dos pacientes diagnosticados com transtorno depressivo maior (TDM). Outros estudos sugerem que a verdadeira frequência de características bipolares em quadros de TDM seja próxima de 50% (6).

Existem algumas possíveis causas para a dificuldade do estabelecimento correto do diagnóstico, dentre elas a falta de percepção do paciente quanto aos sintomas maníacos em oposição aos sintomas depressivos, concepção de hipomania como “bons tempos” normais. Além disso, a omissão da inclusão de um familiar na avaliação diagnóstica, foco no humor eufórico ao invés de no humor disfórico ou irritável (hipomania) e desejo prático de fazer um diagnóstico para o qual existem vários tratamentos eficazes (depressão unipolar) (2).

Vários fatores têm sido propostos como possíveis preditores do diagnóstico de transtorno bipolar, baseados unicamente na comparação de características clínicas precoces de pacientes deprimidos bipolares e unipolares, porém nenhum critério até hoje se tornou claramente estabelecido a ponto de ser utilizado na prática da clínica psiquiátrica. Dentre outros possíveis fatores preditores estão incluídos os seguintes: (a) história familiar de transtorno bipolar, (b) temperamento ciclotímico ou hipertímico, (c) idade de início da doença antes dos 25 anos, (d) episódios depressivos múltiplos (especialmente mais de 4) e provavelmente mais curtos, (e) fatores estressores no desenvolvimento dos primeiros sintomas, (f) ser solteiro, (g) abuso de substâncias, (h) presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e (i) elevação patológica de

humor durante o tratamento com antidepressivo ou outro agente elevador de humor (estimulante, corticoide) (3).

O presente estudo tem por objetivo acrescentar novos achados em relação a diferenças clínicas entre a depressão bipolar e unipolar e reforçar dados já encontrados em pesquisas anteriores, através da avaliação de adultos jovens com idade entre 18-29 anos residentes na cidade de Pelotas com diagnóstico de transtorno depressivo ou transtorno afetivo bipolar.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Indicar aspectos clínicos e sócios demográficos que diferenciem os quadros depressivos unipolares dos quadros depressivos bipolares em adultos jovens entre 18 e 29 anos, na cidade de Pelotas, RS.

3.2 Específicos

- Avaliar se existem diferenças clinicamente significativas em pacientes deprimidos unipolares e bipolares quanto a fatores sócios demográficos e história familiar de transtornos psiquiátricos.
- Tentar distinguir na história pregressa destes pacientes possíveis fatores diferenciais como idade de início do transtorno de humor e número de episódios depressivos (SCID).
- Buscar possíveis diferenças quanto a presença e tipo de trauma precoce (CTQ).
- Pesquisar o perfil de abuso de substâncias (ASSIST), assinalando diferenças entre pacientes bipolares e unipolares.
- Avaliar se existem diferenças significativas entre o perfil de sintomas específicos da depressão (HAM-D) entre os dois grupos de pacientes.
- Avaliar alterações no ritmo biológico (BRIAN) e comparar o perfil destas alterações entre pacientes bipolares e unipolares.

4. HIPÓTESES

- A depressão bipolar apresentará uma distribuição semelhante entre os sexos enquanto a depressão unipolar apresentará uma frequência maior do sexo feminino. Pacientes com transtorno bipolar apresentarão uma prevalência maior de história familiar deste transtorno.
- A idade de início da sintomatologia será menor em pacientes bipolares e o número de episódios depressivos prévios será maior nestes pacientes.
- Haverá correlação com a presença de trauma precoce e a gravidade dos sintomas afetivos, sem diferença entre os transtornos depressivos unipolares ou bipolares.
- O abuso de substâncias será mais frequente no transtorno bipolar.
- Pacientes com depressão bipolar apresentarão uma pontuação maior para hipersonia na HAM-D enquanto os unipolares apresentarão uma pontuação maior para insônia.
- Pacientes unipolares e bipolares apresentarão uma pontuação total semelhante, porém com distribuição diferente ao longo de cada domínio da BRIAN.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Estratégias de busca

Pubmed – busca realizada por descritores até fevereiro de 2016 (publicados nos últimos 10 anos, idioma inglês).

- Bipolar AND Unipolar Depression – 4380
- Bipolar AND Unipolar Depression AND Differential Diagnosis - 2296
- Bipolar AND Unipolar Depression AND Clinical Differences – 355

Destes foram selecionados 22 artigos que compuseram esta revisão.

5.2 Corpo da revisão

O atraso no diagnóstico ou um erro diagnóstico pode prolongar o sofrimento de pacientes com transtorno bipolar. O diagnóstico precoce é por vezes difícil pelo fato destes pacientes se apresentarem inicialmente na fase depressiva da doença, que pode ser facilmente confundida com depressão unipolar (5). Um estudo de coorte que seguiu por 15 anos pacientes inicialmente hospitalizados por quadros depressivos demonstrou que 30 pacientes (41%) apresentaram durante o acompanhamento algum episódio maníaco ou hipomaníaco (7). Outro estudo com 5635 pacientes adultos que buscavam ajuda devido a um transtorno depressivo maior encontrou uma prevalência de 903 pacientes (16%, IC95% 15,1% - 17%) com critérios diagnósticos para transtorno bipolar (6).

Tendo em vista a relevância do tema e sua importância para prática clínica, diversos estudos têm sido realizados na tentativa de identificar diferenças entre os quadros depressivos bipolares e unipolares. Em 2003, Hantouche et al., alertou para diferenças estatisticamente significativas em critérios específicos da HAM-D entre pacientes unipolares e bipolares tipo II. Os pacientes com depressão unipolar apresentavam maior pontuação para retardo psicomotor ($p=0,03$), perda de interesse ($p=0,057$), e insônia ($p=0,05$), enquanto os bipolares tipo II pontuavam mais para hipersonia (8). Outro estudo

que utilizou a HAM-A e a Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), identificou oito itens que diferiam entre pacientes unipolares e bipolares, além da idade de início (8 anos mais cedo em pacientes bipolares), história familiar de transtorno bipolar em pacientes bipolares e número maior de episódios depressivos prévios em pacientes bipolares (40% destes classificavam seus episódios depressivos como “numerosos demais para contar”). Na MADRS cinco itens foram estatisticamente diferentes entre os dois grupos: tristeza aparente e diminuição do sono (maior nos unipolares) além de tensão, pensamentos pessimistas e ideação suicida (maior nos bipolares).

Em 2008, Mitchell et al. publicou uma revisão com recomendações para critérios diagnósticos de depressão bipolar. Foram encontrados mais frequentemente em pacientes bipolares sintomas de depressão atípica como hipersonia, hiperfagia, paralisia de chumbo, retardo psicomotor, sintomas psicóticos, culpa patológica e labilidade afetiva. Além disso, os pacientes bipolares apresentavam o primeiro episódio depressivo mais precocemente, tinham episódios depressivos prévios em um maior número e com menor duração. Também tinham mais frequentemente história familiar de transtorno bipolar. Nos pacientes unipolares as características clínicas mais frequentes foram insônia inicial e diminuição do sono, perda de peso e apetite, níveis normais ou aumentados de atividade, queixas somáticas, idade de início mais tardia, episódios mais longos e não terem história familiar de transtorno bipolar. Através destas características o autor sugere critérios de probabilidade para depressão bipolar ou unipolar (9). Outro estudo ainda acrescentou como características clínicas mais prevalentes em pacientes bipolares o uso de álcool e drogas além de transtornos de personalidade (10). Forty et al. corroborou os dados prévios da literatura que associam sintomas de depressão atípica com transtorno bipolar e associou a diminuição da libido com depressão unipolar (11).

Tentando estabelecer fatores preditores de depressão bipolar, alguns estudos utilizaram regressão logística para estabelecer a sensibilidade e especificidade de seus achados. Em 2006, Perlis et al., utilizando critérios diferenciais da HAM-A e da MADRS conseguiu classificar corretamente 1316 de 1514 pacientes (86,9%) com uma sensibilidade de 69% e uma especificidade de 94,9% (4). Levando em consideração episódios depressivos recorrentes (mais de 3), história familiar de transtorno bipolar em parentes de primeiro grau, temperamento ciclotímico, idade precoce no primeiro episódio depressivo (menos de 25 anos) e estados depressivos mistos, Takeshima et al, demonstrou que a presença de um ou mais destes preditores resultava em sensibilidade de 92,5% e especificidade de 73,1%, enquanto que a presença de 2 ou mais fatores apresentava uma sensibilidade de 70% e uma especificidade de 97,5% para transtorno bipolar tipo II (12). Avaliando 2146 pacientes (642 unipolares e 1504 unipolares), Tondo et al., encontrou sete fatores independentes que diferenciavam depressão bipolar de unipolar: 4 ou mais episódios depressivos prévios, tentativas de suicídio, temperamento ciclotímico, história familiar de transtorno bipolar, abuso de substâncias, mais jovens no início da doença ou idade inferior a 25 anos no começo e sexo masculino. Níveis ótimos de especificidade e sensibilidade foram atingidos com 2-4 fatores por pessoa, com classificação correta de 64-67% dos casos e uma área abaixo da curva ROC de 0,72 (IC: 0,98-0,75) (3). Outro artigo, mais recente, demonstrou características sugestivas de transtorno bipolar anteriores ao desenvolvimento do primeiro episódio: mais jovens ao primeiro evento clínico, sexo masculino, história familiar de transtorno bipolar, temperamento ciclotímico ou hipertímico e maior número de antecedentes/pessoa-ano. Transtornos não afetivos (alimentares, de ansiedade ou uso de substância) precederam mais frequentemente pacientes com transtorno bipolar (41,4% vs 28,6%, $p=0,02$). Através da análise da curva ROC a presença de pelo menos três ou quatro fatores preditivos resultava em uma

sensibilidade de 63-84% e especificidade de 59-85% e uma classificação correta de 71-75% dos casos (13).

Apesar de alguns fatores já estarem claramente associados com depressão bipolar, ainda não foram definidos critérios diagnósticos específicos para este quadro clínico, evidenciando a necessidade novos estudos que corroborem achados anteriores. Além disso, poucos estudos têm avaliado pacientes mais jovens, com quadro inicial da doença. Estabelecer critérios diferenciais nestes pacientes é fundamental para um diagnóstico precoce, a fim de evitar a neuroprogressão característica das doenças psiquiátricas crônicas.

6. MÉTODO

6.1 Delineamento

Este estudo transversal irá utilizar amostras de *baseline* de dois ensaios clínicos randomizados. Ambos estudos obtiveram suas amostras da avaliação de 282 adultos jovens (entre 18 e 29 anos) através da Structured Clinical Interview for DSM (SCID). O primeiro avaliou pacientes diagnosticados com depressão unipolar (14) e o segundo aqueles diagnosticados com transtorno bipolar (15). O objetivo é comparar as duas amostras quanto a aspectos clínicos e sócio demográficos.

6.2 Participantes

A amostra foi captada por conveniência, ao passo que o estudo foi divulgado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e em meios de comunicação local. Foram elegíveis para este estudo 241 jovens que não estavam fazendo uso de qualquer medicação psicotrópica, sendo que destes, 152 eram unipolares e 89 eram bipolares.

Tendo em vista o fato de ser uma amostra já captada, o tamanho amostral não foi calculado. Desta forma, no momento da análise estatística, será apresentado o cálculo de poder para as variáveis de interesse.

6.2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo jovens de 18 a 29 anos de idade, que apresentavam respectivamente diagnóstico clínico de depressão e de transtorno de humor bipolar em episódio depressivo segundo a entrevista clínica estruturada para o DSM-IV – *Structured Clinical Interview for DSM* (SCID). As avaliações foram realizadas no Hospital

Universitário São Francisco de Paula (HUSFP) por três psicólogas, devidamente treinadas e supervisionadas.

6.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os jovens que estavam em tratamento psicológico, psiquiátrico ou em uso de algum psicofármaco, aqueles que apresentavam risco de suicídio grave (aqueles que tinham planos atuais) e os que utilizavam alguma substância psicoativa (exceto tabaco e álcool).

6.3 Variáveis e Instrumentos

6.3.1 Severidade dos sintomas depressivos HAM-D

Para avaliação dos sintomas depressivos foi utilizada a Hamilton Depression Scale (HAM-D), um instrumento composto por 17 questões classificadas quantitativamente de acordo com a intensidade dos sintomas, cuja soma total dos pontos cria uma variável discreta, onde maiores escores implicam uma maior severidade dos sintomas (16). Os coeficientes de consistências interna variam de 0.83 a 0.94. A confiabilidade da escala entre os avaliadores tem sido consistente em vários estudos (17).

6.3.2 Biological Rhythms interview of assessment in neuropsychiatry BRIAN

A escala consiste de 18 itens divididos em 4 domínios do ritmo biológico: sono, atividades, ritmo social e alimentação. Os escores variam de 1 (sem dificuldade em manter o ritmo habitual) a 4 (dificuldade severa em manter o ritmo habitual). Quanto mais alto for o escore final (variando de 18 a 72) maior é a desregulação do ritmo biológico. Giglio et al. desenvolveu e validou a escala para a população brasileira (18).

6.3.3 Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test ASSIST

O abuso de substâncias / dependência será avaliado através do Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (19). Trata-se de um questionário estruturado, composto por oito perguntas sobre o uso de nove classes de substâncias

psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos). As frequências das substâncias em uso serão verificadas atualmente e nos três meses anteriores, além disso, os problemas relacionados ao uso, as preocupações sobre o uso por pessoas próximas ao usuário, comprometimento funcional, tentativas frustradas de parar ou reduzir o uso, o sentimento de compulsão e uso via injeção também serão avaliados. A variável abuso/dependência de substância será calculada a partir da soma dos escores relacionados a cada classe de drogas individual. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 4, sendo que a soma total pode variar de 0 a 20. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e maior ou igual a 16 como sugestiva de dependência. Este instrumento foi adaptado e validado para a população brasileira.

6.3.4 *Childhood Trauma Questionnaire* CTQ

Este é um instrumento autoaplicável em adolescentes e adultos que investiga a história de abuso e negligência durante a infância. Através deste instrumento podem ser avaliados cinco componentes traumáticos: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. Assim, o CTQ é destinado para adolescentes (a partir de 12 anos) e adultos onde o respondedor gradua a frequência de 28 assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância em uma escala Likert de cinco pontos. Atualmente o CTQ é um instrumento muito utilizado em pesquisas, na área forense e na área clínica (20).

6.4 Análise de dados

Após a coleta de dados, os mesmos foram duplamente digitados no programa Epi-Info 6.04d com posterior checagem da consistência dos dados através do comando VALIDADE. Para a análise estatística será utilizado o programa STATA IC/13. Será realizada uma comparação entre dados sócios demográficos e os resultados obtidos com

as aplicações das escalas em cada grupo. Se a distribuição for normal, no caso de dados numéricos, estes serão apresentados por média e desvio padrão e a análise indutiva será processada através do teste t, ANOVA e correlação de Pearson. Caso contrário, serão apresentados por medianas e intervalos interquartis, enquanto os testes de associações serão realizados por Wilcoxon rank-sum, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman. No caso de dados categóricos será empregado o teste de qui-quadrado.

6.5 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa respeitou os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, através da resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, obtendo aprovação mediante o protocolo de número 2009/24.

6.5.1 Riscos

Existem mínimos riscos de complicações decorrentes da punção venosa periférica realizada para coleta de sangue em ambos ensaios clínicos.

6.5.2 Benefícios

Tratamento gratuito para os participantes do estudo, além da contribuição para o conhecimento acerca dos transtornos de humor.

6.6 Cronograma

Atividades	2014									2015									
	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O
Revisão de literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Elaboração do projeto	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x							
Qualificação do projeto												x							
Análise estatística													x	x	x	x	x	x	x
Redação de artigo científico													x	x	x	x	x	x	x

6.7 Orçamento

Este estudo será baseado em dados já coletados e analisados nos ensaios clínicos já realizados e citados anteriormente e, portanto não apresentará custo.

7. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. World Health Organization. 2008.
2. Goodwin FK, Jamison KR. Doença Maníaco-Depressiva. Segunda ed. São Paulo: ARTMED; 2010.
3. Tondo L, Visioli C, Preti A, Baldessarini RJ. Bipolar disorders following initial depression: Modeling predictive clinical factors. *Journal of Affective Disorders*. 2014;167:44-9.
4. Perlis RH, Brown E, Baker RW, Nierenberg AA. Clinical Features of Bipolar Depression Versus Major Depressive Disorder in Large Multicenter Trials. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163:225-31.
5. Bowden CL. A different depression: clinical distinctions between bipolar and unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*. 2005;84(2-3):117-25.
6. Angst J, Azorin J-M, Bowden CL, Perugi G, Vieta E, Gamma A, et al. Prevalence and Characteristics of Undiagnosed Bipolar Disorders in Patients With Major Depressive Episode. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68(8):791-9.
7. Goldberg J. F. HM, Whiteside J. E. Risk for Bipolar Illness in Patients Initially Hospitalized for Unipolar Depression. *American Journal of Psychiatry*. [Article]. 2001 August 2001;158(8):1265-70.
8. Hantouche EG, Akiskal HS. Bipolar II vs. unipolar depression: psychopathologic differentiation by dimensional measures. *Journal of Affective Disorders*. 2005;84(2-3):127-32.

9. Mitchell PB GG, Johnson GF, Hirschfield RMA. Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach. *Bipolar Disorders*. 2008;10:144-52.
10. Moreno C, Hasin DS, Arango C, Oquendo MA, Vieta E, Liu S, et al. Depression in bipolar disorder versus major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Bipolar Disorders*. 2012;14(3):271-82.
11. Liz Forty DS, Lisa Jones, Ian Jones, Sian Caesar, Carly Cooper, Christine Fraser, Katherine Gordon-Smith, Sally Hyde, Anne Farmer, Peter McGuffin, Nick Craddock. Clinical differences between bipolar and unipolar depression. *The British Journal of Psychiatry*. 2008;192:388-9.
12. Takeshima M, Oka T. A comprehensive analysis of features that suggest bipolarity in patients with a major depressive episode: Which is the best combination to predict soft bipolarity diagnosis? *Journal of Affective Disorders*. 2013;147(1-3):150-5.
13. Giulia Serra AK, Lavinia De Chiara, Flavia Napoletano, Alexia E. Koukopoulos, Martina Curto, Giovanni Manfredi, Giani Faedda, Paolo Girardi, Ross J. Baldessarini. Features preceding diagnosis of bipolar versus major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2015;173:134-42.
14. de Azevedo Cardoso T, Mondin TC, Spessato BC, de Avila Quevedo L, de Mattos Souza LD, da Silva RA, et al. The impact of anxious symptoms in the remission of depressive symptoms in a clinical trial for depression: Follow-up of six months. *Journal of Affective Disorders*. 2014;168:331-6.
15. Taiane de Azevedo Cardoso CdAF, Thaíse Campos Mondin, Giovanna Del Grande da Silva, Luciano Dias de Mattos Souza, Ricardo Azevedo da Silva, Karen Tavares Pinheiro, Rogério Gonçalves do Amaral, Karen Jansen. Brief psychoeducation

for bipolar disorder: Impact on quality of life in young adults in a 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*. 2014;220(3):896-902.

16. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *The British Journal of Medical Psychology*. 1959;32:50-5.

17. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *The British Journal of Social and Clinical Psychology*. 1967;6(5):278-96.

18. R. A. Moreno DHM. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia: escalas para a avaliação de depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg (MADRS). *Revista de Psiquiatria Clínica*. 1998:1-17.

19. Larriany Maria Falsin Giglio PVdSM, Ana Cristina Andreazza, Julio Cesar Walz, Lourenço Jakobson, Paola Rucci, Adriane Ribeiro Rosa, Maria Paz Hidalgo, Eduard Vieta, Flávio Kapczinski. Development and use of a biological rhythm interview. *Journal of Affective Disorders*. 2009;118(1-3):161-5.

20. Ciconelli RMF, M.B.; Santos, W.; Meinão, I.; Quaresma, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*. 1999;39(3):143-50.

21. Henrique IFS MD, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(2):199-206.

22. Oliveira RG SL, Pezzi JC. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Revista de Saúde Pública*. 2006:249-55.

8- ARTIGO

DEPRESSÃO UNIPOLAR E BIPOLAR EM UMA AMOSTRA DE INDIVÍDUOS JOVENS: ASPECTOS CLÍNICOS DIFERENCIAIS

André Machado Patella¹, Karen Jansen², Fábio Monteiro da Cunha Coelho³

RESUMO

Introdução: O transtorno bipolar é uma das doenças mais incapacitantes do mundo. As primeiras manifestações dessa doença geralmente são quadros depressivos que podem ser facilmente confundidos com um transtorno depressivo unipolar. Atualmente o diagnóstico diferencial entre transtorno bipolar e transtorno depressivo é feito apenas pela existência de um episódio maníaco ou hipomaníaco nos sujeitos com transtorno bipolar.

Objetivo: Avaliar aspectos sócios demográficos e clínicos de adultos jovens em episódio depressivo com transtorno bipolar e unipolar, a fim de identificar fatores que possam diferenciar ambos os quadros afetivos.

Método: Trata-se de um estudo transversal com uma amostra pré-clínica de adultos jovens com idade entre 18 e 29 anos, diagnosticados através da *Structured Clinical Interview for DSM* (SCID). Foram incluídos jovens com diagnóstico de transtorno bipolar e transtorno depressivo maior, todos em episódio depressivo e que não estavam em uso de psicofármacos ou de substâncias psicoativas ilícitas.

Resultados: Foram encontradas diferenças em relação ao sexo ($p < 0,001$), história familiar de transtorno bipolar ($p = 0,013$), trauma na infância ($p = 0,001$), idade de início do transtorno de humor ($p = 0,004$), quantidade de episódios depressivos prévios ($p = 0,027$), frequência de alterações de ritmo biológico ($p < 0,001$) e na gravidade dos sintomas depressivos ($p < 0,001$).

Conclusão: Alguns aspectos clínicos podem auxiliar no diagnóstico diferencial precoce de depressão unipolar e bipolar, mesmo nas fases iniciais do desenvolvimento da doença.

Palavras-chave: Transtorno bipolar; depressão unipolar; diagnóstico diferencial; transtornos de humor.

¹Psiquiatra, mestrando em Saúde e Comportamento na UCPel

²Psicóloga, doutora em Saúde e Comportamento pela UCPel

³Psiquiatra, doutor em Saúde e Comportamento pela UCPel

INTRODUÇÃO

Os transtornos afetivos estão entre as doenças mais incapacitantes do mundo (1, 2). As primeiras manifestações do transtorno bipolar geralmente envolvem um quadro depressivo em aproximadamente metade dos pacientes com transtorno bipolar tipo I e três-quartos daqueles diagnosticados com transtorno bipolar tipo II (3, 4). Os critérios diagnósticos do transtorno bipolar baseiam-se na presença de um episódio maníaco ou hipomaníaco para que seja feita a distinção com um quadro depressivo unipolar (5). Um atraso no diagnóstico de transtorno bipolar, ou mesmo um erro de diagnóstico pode levar a um atraso no tratamento, acarretando em um prolongamento do sofrimento (6).

O diagnóstico errôneo do transtorno bipolar como depressão unipolar é um importante problema clínico (3). Vários estudos têm indicado que características do transtorno bipolar podem ser detectadas, se observadas com atenção, em aproximadamente um-quarto dos pacientes diagnosticados com transtorno depressivo maior (TDM). Outros estudos sugerem que a verdadeira frequência de características bipolares em quadros de TDM seja próxima de 50% (2).

Supõem-se algumas possíveis causas para a dificuldade do estabelecimento correto do diagnóstico, dentre elas a falta de percepção do paciente quanto aos sintomas maníacos em oposição aos sintomas depressivos, concepção de hipomania como “bons tempos” normais. Além disso, a omissão da inclusão de um familiar na avaliação diagnóstica, foco no humor eufórico ao invés de no humor disfórico ou irritável (hipomania) e desejo prático de fazer um diagnóstico para o qual existem vários tratamentos eficazes (depressão unipolar) (3).

Vários fatores têm sido propostos como possíveis preditores do diagnóstico de transtorno bipolar, baseados unicamente na comparação de características clínicas precoces de pacientes deprimidos bipolares e unipolares, porém nenhum critério até hoje se tornou claramente estabelecido a ponto de ser utilizado na prática da clínica psiquiátrica. Dentre os possíveis fatores preditores estão incluídos os seguintes: (a) história familiar de transtorno bipolar, (b) idade de início da doença antes dos 25 anos, (c) episódios depressivos múltiplos (especialmente mais de 4) e (d) abuso de substâncias (4). Entretanto poucos estudos foram conduzidos baseados em uma população jovem, nos estágios iniciais da doença e sem uso de medicação.

O presente estudo tem por objetivo investigar as potenciais diferenças clínicas entre a depressão bipolar e unipolar, através da avaliação de adultos jovens com idade

entre 18 e 29 anos, a fim de identificar fatores que possam diferenciar ambos os quadros afetivos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal aninhado a porta de entrada de um Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental. Este estudo faz parte de um estudo maior aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel sob o protocolo de número 2010\24. As avaliações foram realizadas no Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP) por três psicólogas, devidamente treinadas e supervisionadas, sendo o diagnóstico de transtorno bipolar e depressão unipolar realizado através da *Structured Clinical Interview for DSM* (SCID). Foram considerados bipolares aqueles que apresentavam história de ao menos um episódio maníaco ou hipomaníaco no passado.

Para este estudo foram elegíveis os jovens diagnosticados com depressão unipolar e aqueles diagnosticados com transtorno bipolar que estavam em episódio depressivo. Foram excluídos os jovens que estavam em tratamento psicológico, psiquiátrico ou em uso de algum psicofármaco, aqueles que apresentavam risco de suicídio grave (aqueles que tinham planos atuais) e os que utilizavam alguma substância psicoativa (exceto tabaco e álcool).

A coleta de dados sócios demográficos foi realizada na entrevista inicial (sexo, idade e escolaridade). Para avaliação dos sintomas depressivos foi utilizada a *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D), um instrumento composto por 17 questões classificadas quantitativamente de acordo com a intensidade dos sintomas, cuja soma total dos pontos cria uma variável discreta, onde maiores escores implicam uma maior severidade dos sintomas depressivos (7). A confiabilidade da escala entre os avaliadores tem sido consistente em vários estudos (8). A fim de diferenciar os sintomas depressivos entre os jovens com depressão unipolar e bipolar, considerou-se a ausência ou a presença dos sintomas, independente da intensidade.

O ritmo biológico foi aferido através da *Biological Rhythms Interview of Assessment in Neuropsychiatry* (BRIAN). A escala consiste de 18 itens divididos em três domínios do ritmo biológico: sono/social, atividades e padrão alimentar. Os escores variam de 1 (sem dificuldade em manter o ritmo habitual) a 4 (dificuldade severa em manter o ritmo habitual). Quanto mais alto for o escore final (variando de 18 a 72) maior

é a desregulação do ritmo biológico. Giglio et al. desenvolveu e validou a escala para a população brasileira (9). Nesta escala, “nenhuma” e “pouca dificuldade” para manter o ritmo biológico foram agrupadas em “ausência de dificuldade”, enquanto “bastante” e “muita dificuldade” foram agrupadas em “presença de dificuldade”.

O abuso/dependência de substâncias foi avaliado através do *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) (10). Este é um questionário estruturado, composto por oito perguntas sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos). A variável abuso/dependência de substância foi calculada a partir da soma dos escores relacionados a cada classe de drogas individual. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e maior ou igual a 16 como sugestiva de dependência. Este instrumento foi adaptado e validado para a população brasileira. Para as análises estatísticas, neste estudo, foi considerado abuso e dependência como categoria única.

A frequência de trauma na infância foi avaliada pelo *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ). Este é um instrumento autoaplicável que investiga a história de abuso e negligência durante a infância. Através deste instrumento podem ser avaliados cinco componentes traumáticos: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. Assim, o CTQ é destinado para adolescentes (a partir de 12 anos) e adultos onde o respondedor gradua a frequência de 28 assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância em uma escala *Likert* de cinco pontos. Atualmente o CTQ é um instrumento muito utilizado em pesquisas, na área forense e na área clínica (11). Neste estudo os itens foram somados, a fim de analisar as diferenças da frequência de vivências traumáticas na infância entre os jovens deprimidos bipolares e unipolares.

Os dados foram duplamente digitados no programa Epi-Info 6.04d. As análises dos dados foram realizadas no SPSS 22. Para tal, os dados foram descritos por frequências absolutas (n) e relativas (%) ou médias (μ) e desvio padrão (\pm). As associações foram verificadas através do teste t e Qui-quadrado, com um nível de significância de 95%. As variáveis com $p < 0,2$ na análise bruta foram incluídas em um modelo de análise ajustado por Regressão de Poisson. Por fim, foram consideradas associações estatisticamente significativas quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram elegíveis para este estudo 241 jovens que não estavam fazendo uso de qualquer medicação psicotrópica, sendo que destes, 152 eram unipolares e 89 eram bipolares. Dos pacientes com depressão unipolar, 78,9% eram do sexo feminino, enquanto entre os bipolares 50,6% eram deste sexo ($p < 0,001$). As variáveis idade e escolaridade não apresentaram diferença significativa entre os grupos (tabela 1).

Dentre as características clínicas, os jovens com transtorno bipolar apresentaram uma frequência maior de história familiar de transtorno bipolar ($p = 0,013$). Os escores de trauma na infância também foram maiores neste grupo ($p = 0,001$), assim como o início precoce do transtorno de humor (16,18 vs 17,86 anos; $p = 0,004$). A presença de mais de três episódios depressivos prévios foi maior entre sujeitos com depressão bipolar do que entre aqueles com depressão unipolar (53,8% vs 38,2%, respectivamente; $p = 0,027$). Disrupturas do ritmo biológico foram maiores nos deprimidos unipolares ($p < 0,001$), enquanto a severidade dos sintomas depressivos foi maior entre os sujeitos com depressão bipolar ($p < 0,001$) (tabela 1).

Dentre os sintomas depressivos avaliados pela *Hamilton Depression Rating Scale*, apresentaram diferença significativa quatro itens, todos mais frequentes entre os sujeitos com depressão bipolar: humor deprimido ($p = 0,010$), ideação suicida ($p = 0,031$), hipocondria ($p < 0,001$) e perda de peso ($p < 0,001$) (tabela 2). Entre os itens do ritmo biológicos avaliados pela *Biological Rhythms Assessment of Interview* (BRIAN), os jovens com depressão unipolar apresentaram maior dificuldade em manter o nível de atividade física ($p = 0,024$), de desejo/atividade sexual ($p = 0,003$) e de relacionarem-se e comunicarem-se com as pessoas com quem convivem ($p = 0,039$). Estes têm também uma sensação de serem mais produtivos pela manhã ($p = 0,028$), enquanto os bipolares costumam trocar o dia pela noite com maior frequência ($p = 0,013$).

Na análise ajustada foram incluídas as variáveis sexo, história familiar de transtorno bipolar, frequência de trauma na infância, idade de início da doença, mais de três episódios depressivos, severidade dos sintomas depressivos e alteração no padrão de ritmo biológico. Nesse modelo permaneceu capaz de diferenciar os sujeitos com transtorno bipolar daqueles com depressão unipolar ser do sexo feminino (RP 1.22; $p < 0,001$), ter história familiar de TB (RP 1,75; $P = 0,018$), apresentar maiores escores de

trauma na infância ($p=0,005$), maior severidade dos sintomas depressivos ($P=0,014$) e maior alteração no padrão do ritmo biológico ($P<0,001$).

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo comparar sujeitos com depressão unipolar e bipolar, a fim de identificar fatores diferenciais entre os dois quadros clínicos. Para tanto, buscou-se uma população jovem, sem tratamento psicofarmacológico, com o intuito de auxiliar no diagnóstico diferencial precoce de uma população que procura atendimento no início de um transtorno de humor. Foram encontradas as seguintes diferenças entre os dois grupos: uma prevalência maior de mulheres com depressão unipolar; enquanto, uma frequência maior de história familiar de transtorno bipolar, trauma precoce, início precoce do primeiro episódio depressivo e maior número de episódios depressivos prévios nos jovens bipolares. Os jovens com transtorno bipolar apresentaram maior severidade dos sintomas depressivos, enquanto os unipolares apresentaram maior alteração de ritmo biológico.

A maior prevalência de mulheres entre os deprimidos unipolares já foi identificada em estudos prévios (6), sendo inclusive o sexo masculino identificado como fator associado a um diagnóstico de transtorno bipolar em pacientes deprimidos (4). A história familiar de transtorno bipolar apresenta robusta evidência na literatura de associação com o desenvolvimento desta doença, sendo achado recorrente em diversos estudos (4, 6, 12, 13). Os sujeitos com transtorno bipolar apresentam o primeiro episódio de humor mais jovens (12), tendo inclusive uma maior prevalência para o desenvolvimento de um episódio depressivo maior antes dos 15 anos (14), dados que corroboram os achados deste estudo. O maior número de episódios depressivos prévios também apresenta relação bem estabelecida com transtorno bipolar (12, 15).

Neste estudo, verificou-se maior severidade dos sintomas depressivos entre os jovens com transtorno bipolar quando comparados àqueles com depressão unipolar. Dentre os sintomas o único significativamente maior nos unipolares foi o humor

deprimido. Moreno et al., demonstrou que todos os sintomas depressivos eram mais comuns em pacientes bipolares do que em unipolares, exceto humor deprimido e diminuição de energia (15). Uma maior prevalência de ideação suicida entre os bipolares corrobora para a maior gravidade da apresentação clínica e é consistente com outros achados na literatura (4). Além disso, verificou-se uma maior frequência de perda de peso e maior proporção de hipocondria entre os pacientes bipolares, no entanto, estudos anteriores reportaram que estes sintomas são mais frequentes entre sujeitos com depressão unipolar (12, 16). Estes achados possivelmente são explicados por diferenças populacionais, visto que foram recrutados apenas sujeitos jovens para esta amostra, porém novos estudos serão necessários para melhor compreensão destas diferenças. Não obstante, não foi encontrada relação com retardo psicomotor, comumente associada à depressão bipolar na literatura (12). Este achado, entretanto, foi encontrado em vários estudos com pacientes internados, portanto mais graves, e talvez não possa ser verificado a quadros ambulatoriais mais leves (6).

Traumas durante a infância interferem na regulação dos afetos, no controle de impulso e no funcionamento cognitivo, o que pode levar a uma maior dificuldade em lidar com eventos estressores no decorrer da vida, além de interferir em diversos genes, causando alterações em várias vias biológicas como a transmissão serotoninérgica, neuroplasticidade e imunidade (17). A presença de trauma durante a infância já está claramente associada ao desenvolvimento de transtorno bipolar (17). No presente estudo, verificou-se uma maior frequência de vivências traumáticas na infância entre os jovens com depressão bipolar do que entre aqueles com depressão unipolar.

Apesar de ser um instrumento relativamente novo, a BRIAN já foi utilizada em alguns estudos para demonstrar alterações de ritmo biológico em pacientes bipolares (18, 19). Apesar de artigos anteriores demonstrarem maiores disrupturas do ritmo em pacientes bipolares, os sujeitos não apresentavam apenas depressão (fosse ela unipolar ou bipolar), mas sim o diagnóstico de transtorno afetivo independente do episódio atual (20). Comparando apenas grupos de sujeitos com depressão este estudo encontrou uma maior alteração de ritmo biológico em pacientes deprimidos unipolares. Dentre os itens avaliados, os jovens com depressão unipolar relataram maior dificuldade na manutenção do ritmo biológico do que aqueles com depressão bipolar para manter o ritmo de atividade física, manter o nível de desejo/atividade sexual, e para comunicar-se e relacionar-se com as pessoas com quem convivem. Os sujeitos com depressão bipolar trocam mais o dia pela noite, enquanto os unipolares tem a sensação de serem mais produtivos pela manhã.

Verificando-se os itens da escala, podemos supor que os pacientes bipolares apresentam uma menor pontuação em aspectos que podem ser alterados por sintomas maníacos ou hipomaníacos, presentes ocasionalmente durante um episódio depressivo bipolar (21).

Algumas limitações deste trabalho necessitam ser mencionadas. O presente estudo foi realizado com sujeitos jovens, em estágio inicial do transtorno de humor, limitando seus achados a esta população. Outra limitação deste estudo, de caráter amostral, ocorreu durante a seleção, na qual foram excluídos sujeitos que apresentavam risco de suicídio grave e utilizavam alguma substância psicoativa (exceto tabaco e álcool). Entretanto, o fato de serem pacientes jovens, sem uso de psicofármacos, aproxima muito esta população do grupo de pacientes que busca tratamento nos primeiros episódios de humor, fornecendo dados importantes para ajudar no diagnóstico diferencial precoce.

Os transtornos de humor apresentam alta prevalência e são altamente incapacitantes. O diagnóstico correto em suas fases iniciais é de fundamental importância para se evitar a cronificação e neuroprogressão da doença. Este estudo traz dados relevantes para o diagnóstico diferencial em uma população ainda jovem e sem interferência de tratamento psicofarmacológico e da evolução da doença, dados ainda escassos na literatura corrente. Os achados deste estudo sugerem que seja despendida uma maior atenção àqueles pacientes deprimidos do sexo masculino que apresentem história familiar de transtorno bipolar, mais de três episódios depressivos prévios, mais jovens ao início da doença, com história de trauma na infância, com sintomatologia depressiva mais grave e menor disruptura de ritmo biológico, para que pacientes bipolares não sejam tratados erroneamente como unipolares.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. World Health Organization. 2008.
2. Angst J, Azorin J-M, Bowden CL, Perugi G, Vieta E, Gamma A, et al. Prevalence and Characteristics of Undiagnosed Bipolar Disorders in Patients With Major Depressive Episode. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68(8):791-9.

3. Goodwin FK, Jamison KR. Doença Maníaco-Depressiva. Segunda ed. São Paulo: ARTMED; 2010.
4. Tondo L, Visioli C, Preti A, Baldessarini RJ. Bipolar disorders following initial depression: Modeling predictive clinical factors. *Journal of Affective Disorders*. 2014;167:44-9.
5. Perlis RH, Brown E, Baker RW, Nierenberg AA. Clinical Features of Bipolar Depression Versus Major Depressive Disorder in Large Multicenter Trials. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163:225-31.
6. Bowden CL. A different depression: clinical distinctions between bipolar and unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*. 2005;84(2-3):117-25.
7. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *The British Journal of Social and Clinical Psychology*. 1967;6(5):278-96.
8. R. A. Moreno DHM. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia: escalas para a avaliação de depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg (MADRS). *Revista de Psiquiatria Clínica*. 1998:1-17.
9. Larriany Maria Falsin Giglio PVdSM, Ana Cristina Andreazza, Julio Cesar Walz, Lourenço Jakobson, Paola Rucci, Adriane Ribeiro Rosa, Maria Paz Hidalgo, Eduard Vieta, Flávio Kapczinski. Development and use of a biological rhythm interview. *Journal of Affective Disorders*. 2009;118(1-3):161-5.
10. Henrique IFS MD, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(2):199-206.
11. Seedat S, Grassi-Oliveira R, Cogo-Moreira H, Salum GA, Brietzke E, Viola TW, et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian Samples of Different Age Groups: Findings from Confirmatory Factor Analysis. *PLoS ONE*. 2014;9(1):e87118.

12. Mitchell PB GG, Johnson GF, Hirschfield RMA. Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach. *Bipolar Disorders*. 2008;10:144-52.
13. Takeshima M, Oka T. A comprehensive analysis of features that suggest bipolarity in patients with a major depressive episode: Which is the best combination to predict soft bipolarity diagnosis? *Journal of Affective Disorders*. 2013;147(1-3):150-5.
14. Dervic K, Garcia-Amador M, Sudol K, Freed P, Brent DA, Mann JJ, et al. Bipolar I and II versus unipolar depression: Clinical differences and impulsivity/aggression traits. *European Psychiatry*. 2014.
15. Moreno C, Hasin DS, Arango C, Oquendo MA, Vieta E, Liu S, et al. Depression in bipolar disorder versus major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Bipolar Disorders*. 2012;14(3):271-82.
16. Carneiro AM, Fernandes F, Moreno RA. Hamilton depression rating scale and montgomery–asberg depression rating scale in depressed and bipolar I patients: psychometric properties in a Brazilian sample. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2015;13(1).
17. Aas M, Henry C, Andreassen OA, Bellivier F, Melle I, Etain B. The role of childhood trauma in bipolar disorders. *International Journal of Bipolar Disorders*. 2016;4(1).
18. Pinho M, Sehmbi M, Cudney LE, Kauer-Sant'anna M, Magalhães PV, Reinares M, et al. The association between biological rhythms, depression, and functioning in bipolar disorder: a large multi-center study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2016;133(2):102-8.

19. Giglio LM, Magalhães PVS, Kapczinski NS, Walz JC, Kapczinski F. Functional impact of biological rhythm disturbance in bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2010;44(4):220-3.
20. Duarte Faria A, Cardoso TdA, Campos Mondin T, Souza LDdM, Magalhaes PVdS, Patrick Zeni C, et al. Biological rhythms in bipolar and depressive disorders: A community study with drug-naïve young adults. *Journal of Affective Disorders*. 2015;186:145-8.
21. Hirschfeld RM. Differential diagnosis of bipolar disorder and major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2014;169:S12-S6.

Tabela 1: Características sócio demográficas e clínicas da amostra.

Características sócio demográficas e clínicas	Depressão Unipolar	Depressão Bipolar	p valor
Sexo			<0,001
Feminino	120 (78,9%)	45 (50,6%)	
Masculino	32 (21,1%)	44 (49,4%)	
Idade (em anos)	23,07 (±3,01)	23,06 (±3,37)	0,969
Escolaridade (em anos de estudo)	10,83 (±3,53)	10,21 (±3,66)	0,222
História familiar de TB	4 (2,6%)	9 (10,1%)	0,013
Frequência de trauma na infância	46,33 ±14,26	53,47 ±15,04	0,001
Idade de início da doença	17,86 ±4,60	16,18 ±4,06	0,004
Mais de três episódios depressivos	58 (38,2%)	47 (52,8%)	0,027
Uso abusivo de álcool	44 (28,9%)	30 (33,7%)	0,439
Uso abusivo de tabaco	50 (32,9%)	36 (40,4%)	0,237
Ideação suicida	47 (31,1%)	25 (28,1%)	0,620
Sintomas depressivos (HDRS)	13,52 ±5,04	16,32 ±6,79	<0,001
Ritmo Biológico (BRIAN)	51,12 ±13,97	44,62 ±10,06	<0,001
Sono/social	20,55 ±4,80	17,72 ±6,09	<0,001
Atividade	9,97 ±3,12	8,00 ±3,58	<0,001
Padrão alimentar	9,43 ±3,03	8,27 ±3,48	0,010

Tabela 2: Sintomas da *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS).

Sintomas depressivos	Depressão Unipolar	Depressão Bipolar	P Valor
Humor deprimido	150 (98,7)	82 (92,1)	0,010
Sentimento de culpa	105 (69,1)	61 (69,3)	0,969
Suicídio	52 (34,2)	43 (48,3)	0,031
Insônia inicial	111 (73,0)	60 (67,4)	0,354
Insônia intermediária	94 (61,8)	62 (69,7)	0,220
Insônia tardia	95 (62,5)	57 (64,8)	0,725
Trabalho e atividades	132 (86,8)	70 (78,7)	0,096
Retardo	38 (25,0)	21 (23,6)	0,807
Agitação	51 (33,6)	37 (41,6)	0,212
Ansiedade psíquica	96 (63,2)	54 (60,7)	0,701
Ansiedade somática	112 (73,7)	57 (64,8)	0,145
Sintomas somáticos gastrintestinais	89 (58,6)	47 (52,8)	0,385
Sintomas somáticos em geral	121 (79,6)	63 (70,8)	0,120
Sintomas genitais	82 (53,9)	42 (47,7)	0,353
Hipocondria	24 (15,8)	30 (33,7)	<0,001
Perda de peso	34 (22,4)	59 (66,3)	<0,001
Consciência	10 (6,6)	8 (9,1)	0,476

Tabela 3: Alterações no ritmo biológico, de acordo com *Biological Rhythms Assessment of Interview (BRIAN)*.

Ritmo Biológico	Depressão Unipolar	Depressão Bipolar	P Valor
SONO			
Dificuldade em dormir na hora habitual	102 (67,1)	51 (58,0)	0,155
Dificuldade em acordar na hora habitual	93 (61,2)	54 (61,4)	0,978
Dificuldade em sair da cama depois de despertar	90 (59,2)	49 (55,7)	0,594
Dificuldade em sentir-se descansado com o número de horas que dorme	105 (69,1)	50 (56,8)	0,056
Dificuldade em “desligar” nos momentos de descanso	114 (75,0)	62 (70,5)	0,443
ATIVIDADES			
Dificuldade em terminar todas as atividades que faz em seu trabalho	69 (45,4)	37 (42,0)	0,615
Dificuldade em terminar suas atividades habituais	76 (50,0)	35 (39,8)	0,126
Dificuldade em manter seu ritmo de atividade física	80 (52,6)	33 (37,5)	0,024
Dificuldade em cumprir o horário habitual de suas tarefas	70 (46,1)	35 (39,8)	0,345
Dificuldade em manter seu nível de desejo/atividade sexual	71 (46,7)	24 (27,3)	0,003
SOCIAL			
Dificuldade em relacionar-se e comunicar-se com as pessoas com quem convive	78 (51,3)	33 (37,5)	0,039
Dificuldade em usar de forma equilibrada aparelhos eletrônicos como TV, internet, etc	39 (25,7)	22 (25,0)	0,910
Dificuldade em ajustar suas rotinas e padrão de sono ao das pessoas com quem convive	89 (58,6)	54 (61,4)	0,669
Dificuldade em disponibilizar de tempo e atenção para as pessoas com quem convive	89 (58,6)	44 (50,0)	0,199
PADRÃO ALIMENTAR			
Dificuldade em manter o horário das suas refeições	94 (61,8)	52 (59,1)	0,674
Dificuldade em manter seu padrão alimentar habitual no que se refere a não pular refeições	103 (67,8)	58 (65,9)	0,768
Dificuldade em manter seu padrão alimentar habitual no que se refere a quantidade de alimento ingerido	99 (65,1)	56 (63,6)	0,815
Dificuldade em consumir com moderação estimulantes (como café e coca-cola) ou chocolates/doces	79 (52,0)	38 (43,2)	0,189
RITMO PREDOMINANTE			
Tendência a estar mais ativo à noite	90 (59,2)	62 (70,5)	0,082
Sensação que pela manhã é mais produtivo	61 (40,1)	23 (26,1)	0,028
Trocado seu dia pela noite	45 (29,6)	40 (45,5)	0,013

9- CONSIDERAÇÕES FINAIS/ CONCLUSÃO

Este artigo teve como objetivo apontar diferenças clínicas e sócio demográficas entre pacientes deprimidos jovens (com idade entre 18 e 29 anos) unipolares e bipolares. Diversas hipóteses levantadas no projeto foram posteriormente confirmadas no artigo como a maior frequência de sexo feminino nos pacientes deprimidos unipolares e o maior número de casos com história familiar positiva de transtorno de humor bipolar entre os deprimidos bipolares. A idade de início dos sintomas também se confirmou menor entre os bipolares assim como o maior número de episódios depressivos prévios neste grupo.

Apesar de não ter sido aventada, observou-se uma maior frequência de trauma na infância entre os pacientes bipolares, o que é compatível com outros achados na literatura. Não foi encontrada relação entre uso de substância e transtorno bipolar, hipótese levantada durante o projeto, fato que provavelmente deu-se por um viés de seleção, pois sujeitos que faziam uso de substâncias psicoativas (exceto tabaco e álcool) foram excluídos durante o processo de seleção. A hipótese de que os pacientes deprimidos unipolares apresentariam pontuação maior para insônia na HAM-D também não se confirmou. Os dois grupos de pacientes não apresentaram pontuações equivalentes na BRIAN, como havia sido pensado durante o projeto.

Excetuando-se as diferenças esperadas em relação ao uso de substância, as demais hipóteses não confirmadas referem-se a dados ainda escassos na literatura, ainda mais na população avaliada. Espera-se, portanto, que estes achados, apesar de não esperados, possam servir para orientar tanto pesquisas futuras quanto a prática clínica.

ANEXOS

A – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações sobre o estudo ao participante

Esta folha informativa tem o objetivo de fornecer a informação suficiente para quem considerar participar neste estudo. Ela não elimina a necessidade do pesquisador de explicar, e se necessário, ampliar as informações nela contidas.

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que você possa ter.

Qual é o objetivo da pesquisa?

Com este estudo buscamos testar modelos de tratamento para pessoas com transtornos de humor. Para medir alterações bioquímicas prévias e pós-intervenção, será coletado sangue das pessoas com indicativo de transtornos de humor. Assim, será possível entender melhor modificações de algumas substâncias em consequência do tratamento.

Como o estudo será realizado?

Será realizada uma coleta de sangue do seu braço, na qual será retirado 10 ml de sangue, o que não compromete a sua saúde. Esta coleta será realizada por pesquisadores da área da saúde devidamente treinados para tal função.

Existem riscos em participar?

Os riscos ao participar são mínimos, a coleta de sangue pode causar mal-estar passageiro ou mancha roxa no local. O procedimento será feito com material esterilizado e descartável por profissionais da área de saúde. A coleta será feita para que sejam analisadas algumas substâncias que poderão estar alteradas em função dos transtornos de humor.

Itens importantes:

Você tem a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem fornecer um motivo, assim como pedir maiores informações sobre o estudo e o procedimento a ser feito. Isto de maneira alguma irá influenciar na qualidade de seu atendimento neste hospital.

O que eu ganho com este estudo?

Você pode se beneficiar pelo tratamento proposto pela equipe de pesquisa que lhe é oferecido sem nenhum custo e de forma rápida. Sua colaboração neste estudo pode ajudar a aumentar o conhecimento científico sobre fatores relacionados aos transtornos de humor, que poderão eventualmente beneficiar você ou outras pessoas. Ao saber melhor quais substâncias estão relacionadas à melhora dos transtornos, um tratamento médico mais direcionado pode ser esperado no futuro.

Quais são os meus direitos?

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em jornais científicos ou submetidos à autoridade de saúde competente, mas você não será identificado por nome. Sua participação neste estudo é voluntária.

B – Instrumentos**B.1 – Questionário autoaplicável****QUEST** _____

A partir daqui gostaríamos que você respondesse sozinho. As questões a seguir referem-se as suas atividades, hábitos de vida e eventos que ocorreram no último ano.

Novamente gostaríamos de salientar que é muito importante para nós que você seja o mais sincero possível e que as suas respostas não interferirão no seu tratamento.

❖ **Agora vamos falar sobre tuas atividades diárias. Por favor, responda a alternativa que melhor represente como tens te sentido.**

1. Em geral, tu dirias que tua saúde é: (circule uma)

- Excelente 1
 Muito boa 2
 Boa 3
 Ruim 4
 Muito Ruim..... 5

2. Comparada a um ano atrás, como tu classificarias tua saúde em geral, agora?

- Muito melhor agora do que há um ano atrás 1
 Um pouco melhor agora do que há um ano atrás 2
 Quase a mesma de um ano atrás 3
 Um pouco pior agora do que há um ano atrás 4
 Muito pior agora do que há um ano atrás 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que tu poderias fazer atualmente durante um dia comum. Devido a tua saúde, tu tens tido dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

ATIVIDADES	SIM. DIFICULTA MUITO	SIM. DIFICULTA UM POUCO	NÃO. NÃO DIFICULTA DE MODO ALGUM
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados participar em esportes árduos	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d) Subir vários lances de escada.	1	2	3
e) Subir um lance de escada.	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro.	1	2	3
h) Andar vários quarteirões.	1	2	3
i) Andar um quarteirão.	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, tu tiveste algum dos seguintes problemas com o teu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de tua saúde física? (circule uma em cada linha)

	SIM	NÃO
a) Tu diminuístes a quantidade de tempo que te dedicavas ao teu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizaste menos tarefas do que tu gostarias?	1	2
c) Estiveste limitado no teu trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Tiveste dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (por ex.: necessitaste de um esforço extra?)	1	2

QUEST _____

sf1 _____

sf2 _____

sf3a _____

sf3b _____

sf3c _____

sf3d _____

sf3e _____

sf3f _____

sf3g _____

sf3h _____

sf3i _____

sf3j _____

sf4a _____

sf4b _____

sf4c _____

sf4d _____

5. Durante as últimas 4 semanas, tu tiveste algum dos seguintes problemas com o teu trabalho ou outra atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional?

	SIM	NÃO
a) Tu vens diminuindo a quantidade de tempo que te dedicavas ao teu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizaste menos tarefas do que tu gostarias?	1	2
c) Não trabalhaste ou não fizeste qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente fazes?	1	2

sf5a __

sf5b __

sf5c __

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira tua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas tuas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

sf6 __

- De forma nenhuma 1
 Ligeiramente 2
 Moderadamente 3
 Bastante 4
 Extremamente 5

7. Quanta dor no corpo tu sentiste durante as últimas 4 semanas? (circule uma)

sf7 __

- Nenhuma 1
 Muito leve 2
 Leve 3
 Moderada 4
 Grave 5
 Muito grave 6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu no teu trabalho normal? (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa) (circule uma)

sf8 __

- De maneira alguma 1
 Um pouco 2
 Moderadamente 3
 Bastante 4
 Extremamente 5

9. Estas questões são como tu te sentes e como tudo tem acontecido contigo durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como tu te sentes. Em relação as últimas 4 semanas: (circule um nº para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo tu tens te sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo tu tens te sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo tu tens te sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo tu tens te sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo tu tens te sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo tu tens te sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo tu tens te sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo tu tens te sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo tu tens te sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

sf9a __

sf9b __

sf9c __

sf9d __

sf9e __

sf9f __

sf9g __

sf9h __

sf9i __

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do teu tempo a tua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as tuas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)? (circule uma)

- Todo o tempo 1
 A maior parte do tempo 2
 Alguma parte do tempo 3
 Uma pequena parte do tempo 4
 Nenhuma parte do tempo 5

sf10 __

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para ti?
(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

sf11a __

sf11b __

sf11c __

sf11d __

❖ Neste momento, gostaríamos que você lesse com atenção os eventos vitais listados abaixo, marcando se eles que aconteceram ou não no ÚLTIMO ANO.

- | | | | |
|---|---------|---------|-----------|
| a) Morte do cônjuge | (1) sim | (0) não | eventa __ |
| | (1) sim | (0) não | eventb __ |
| b) Separação | (1) sim | (0) não | eventc __ |
| | (1) sim | (0) não | eventd __ |
| c) Casamento | (1) sim | (0) não | evente __ |
| d) Morte de alguém da família | (1) sim | (0) não | eventf __ |
| | (1) sim | (0) não | eventg __ |
| e) Gravidez | (1) sim | (0) não | eventh __ |
| | (1) sim | (0) não | eventi __ |
| f) Doença na família | (1) sim | (0) não | eventj __ |
| | (1) sim | (0) não | eventk __ |
| g) Acréscimo ou diminuição do número de pessoas morando em sua casa | (1) sim | (0) não | eventl __ |
| | (1) sim | (0) não | eventm __ |
| h) Nascimento na família | (1) sim | (0) não | eventn __ |
| | (1) sim | (0) não | evento __ |
| i) Mudança de casa | (1) sim | (0) não | eventp __ |
| | (1) sim | (0) não | eventq __ |
| j) Mudança de escola | (1) sim | (0) não | eventr __ |
| | (1) sim | (0) não | events __ |
| | (1) sim | (0) não | eventt __ |
| k) Reconciliação matrimonial | (1) sim | (0) não | eventu __ |
| | (1) sim | (0) não | eventw __ |
| l) Aposentadoria | (1) sim | (0) não | eventv __ |
| | (1) sim | (0) não | eventx __ |
| m) Perda de emprego | (1) sim | (0) não | eventy __ |
| | | | eventz __ |

- n) Mudança de trabalho (favorável ou desfavorável)
- o) Dificuldades com a chefia
- p) Reconhecimento profissional
- q) Acidentes
- r) Perdas financeiras
- s) Dificuldades sexuais
- t) Problemas de saúde
- u) Morte de um amigo
- w) Dívidas
- v) Mudanças de hábitos pessoais
- x) Mudanças de atividades recreativas
- y) Mudanças de atividades religiosas
- z) Mudanças de atividades sociais

qlusoua ___
 qlusoub ___
 qlusouc ___
 qlusoud ___
 qlusoud1 ___
 qlusoue ___
 qlusouf ___
 qlusoug ___
 qlusouh ___
 qlusoui ___
 qlusouj ___

❖ **Agora vamos falar sobre o uso de algumas substâncias.**

12 – Na tua vida, qual (is) dessas substâncias tu já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)	NÃO	SIM
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouthes...)	0	1
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1
d.1 Crack (pedra)	0	1
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepan, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1
j. Outras, Especificar: _____	0	1

freqa ___
 freqb ___
 freqc ___
 freqd ___
 freqd1 ___
 freqe ___
 freqf ___
 freqg ___
 freqh ___
 freqi ___
 freqj ___

13 – Durante os últimos três meses, com que frequência tu utilizou essa (s) substância (s) que mencionou?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
d.1 Crack (pedra)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4

fortdja ___
 fortdjb ___
 fortdjc ___
 fortdjd ___
 fortdjd1 ___
 fortdje ___
 fortdjf ___
 fortdjg ___
 fortdjh ___

g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar:	0	1	2	3	4

fortdji ___
fortdjj ___

14 – Durante os últimos três meses, com que frequência tiveste um forte desejo ou urgência em consumir a (s) substância (s)? (vezes quase todo dia)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
d.1 Crack (pedra)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar:	0	1	2	3	4

probsaa ___
probsab ___
probsac ___
probsad ___
probsad1 ___
probsae ___
probsaf ___
probsag ___
probsah ___
probsai ___
probsaj ___

15 – Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de substância (s) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
d.1 Crack (pedra)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar:	0	1	2	3	4

fazcoia ___
fazcoib ___
fazcoic ___
fazcoid ___
fazcoid1 ___
fazcoie ___
fazcoif ___
fazcoig ___
fazcoih ___
fazcoii ___
fazcoij ___

16 – Durante os últimos três meses, com que frequência por causa do teu uso de substância (s) tu deixas de fazer coisas que eram normalmente esperadas por ti?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
d.1 Crack (pedra)	0	1	2	3	4

preoca ___
preocb ___
preocc ___
preocd ___
preocd1 ___
preoce ___
preocf ___
preocg ___
preoch ___

e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar:	0	1	2	3	4

preoci ___
preocj ___

17 – Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com teu uso de substância (s)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2
d.1 Crack (pedra)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir)	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2

diparaa ___
diparab ___
diparac ___
diparad ___
diparad1 ___
diparae ___
diparaf ___
diparag ___
diparah ___
diparai ___
diparaj ___

injeção ___

18 – Alguma vez tu já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de substância(s)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2
d.1 Crack (pedra)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir)	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2
19 – Alguma vez tu já usaste substância(s) por injeção? (Apenas uso não-médico)	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
	0	1	2

idadrog ___

resil01 ___

resil02 ___

resil03 ___

resil04 ___

resil05 ___

resil06 ___

20. Com que idade (em anos) tu experimentaste alguma substância (incluindo álcool e tabaco) pela primeira vez? ___ anos

❖ **Gostaríamos que tu respondesses algumas questões de acordo com o teu comportamento na maior parte do tempo. Por favor, marque com um “X” na numeração de 1 a 7 apresentada abaixo de cada frase.**

21. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

22. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

23. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

24. Manter interesse nas coisas é importante para mim
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

25. Eu posso estar por minha conta se eu precisar
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

26. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

27. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

28. Eu sou amigo de mim mesmo
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

29. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

30. Eu sou determinado
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

31. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

32. Eu faço as coisas um dia de cada vez
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

33. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

34. Eu sou disciplinado
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

35. Eu mantenho interesse nas coisas
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

36. Eu normalmente posso achar motivo para rir
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

37. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

38. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar

resil07 __

resil08 __

resil09 __

resil10 __

resil11 __

resil12 __

resil13 __

resil14 __

resil15 __

resil16 __

resil17 __

resil18 __

resil19 __

resil20 __

resil21 __

resil22 __

resil23 __

resil24 __

resil25 __

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

39. Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

40. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

41. Minha vida tem sentido

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

42. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

43. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

44. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

45. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

❖ **Gostaríamos que você preenchesse alguns dados para mantermos contato.**

❖ Telefone: _____

❖ Endereço: _____

❖ Referencia para o endereço: _____

❖ Telefone de familiares: _____

❖ **Agradecemos pela tua colaboração em responder nosso questionário. OBRIGADA!**

B.2 - Questionário - entrevista
Universidade Católica de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento

Transtornos de Humor: epidemiologia, fatores neuroquímicos e psicossociais no tratamento psicoterapêutico

Mesmo que você já tenha sido diagnosticado anteriormente, esta avaliação inicial é muito importante para nós, é a partir dela e da coleta de sangue que faremos (fizemos) que poderemos avaliar melhora de seus sintomas.

Por favor, seja o mais sincero possível em todas as questões a seguir.

QUEST: _ _ _

Quest _ _ _

→ Para começar eu gostaria de te perguntar sobre doenças clínicas que tiveste durante a vida.

1. Você já teve alguma destas doenças? (atual e passada)

a) Infecção SNC (Poliomielite, encefalite, meningite)	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei	
b) Infecção freqüente da garganta	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei	doencaa _
c) Coma	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei	doencab _
d) Convulsão/ataques	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei	doencac _
e) Ferimentos na cabeça (com perda de consciência)	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei	doencad _
f) Enxaqueca	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei	doencae _
g) Asma	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei	doencaf _
h) Diabetes	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei	doencag _
i) Hipotireoidismo	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei	doencah _
j) Hipertireoidismo	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei	doencaj _
k) Febre Reumática	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei	doencaj _
l) Derrame cerebral	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei	doencak _
				doencal _

2. Você é portador de alguma doença não perguntada?

(0) Não (1) Sim, quais?

Doença 1: _____ (88) Não se aplica

Doença 2: _____ (88) Não se aplica

Doença 3: _____ (88) Não se aplica

outrad _

doencam _

doencan _

doencao _

3. Você tem filhos? (00) Não () Sim, quantos? _ _ filhos

qfilhos _ _

4. Há alguém com história de doença psiquiátrica na tua família?

(0) Não (1) Sim

psiqfam _

SE SIM: Eu gostaria saber qual familiar, que doença ele tem/tinha, se ele recebeu tratamento medicamento e se foi internado por estes problemas.

Familiar	Doença	Psicofármaco	Internação
(1) Mãe		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
(2) Pai		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
(3) Irmãos		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
N° Total:		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
(4) Filhos		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
N° Total:		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim

fam1 _ _

doen1 _ _

med1 _

inter1 _

fam2 _ _

doen2 _ _

med2 _

		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim	inter2 __
(5) Avó materna		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim	fam3 __ __
(6) Avô materno		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim	doen3 __ __
(7) Avó paterna		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim	med3 __
(8) Avô paterno		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim	inter3 __
(9) Tios maternos		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim	fam4 __ __
		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim	doen4 __ __
N° Total:		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim	med4 __
(10) Tios paternos		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim	inter4 __
		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim	fam5 __ __
N° Total:		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim	doen5 __ __
				med5 __
				inter5 __

→ **Agora eu vou te perguntar sobre consumo de cigarros.**

5. Alguma vez na vida, você fumou cigarro?

(0) Não [vá para a próxima pag.] (1) Sim, no passado (2) Sim, atualmente

Se o entrevistado fumou menos do que 20 cartelas de cigarro na vida, ou menos do que 1 cigarro por dia em um ano, então codifique como "não".

6. Que idade você tinha quando iniciou a fumar, regularmente? __ __ anos

["regularmente" significa pelo menos 1 cigarro a cada 30 dias]

SE SIM, no passado

7. Que idade você tinha quando parou totalmente de fumar cigarros? __ __ anos

8. Em média, no tempo todo em que você fumou quantos cigarros por dia você fumava?

__ __ __ cigarros/dia

SE SIM, atualmente

9. Quantos cigarros você fuma por dia? __ __ __ cigarros/dia

→ **BIOLOGICAL RYTHM INTERVIEW OF ASSESSMENT IN NEUROPSYCHIATRY – BRIAN**

Dos aspectos indicados abaixo assinale a opção que melhor descreve a conduta do paciente nos últimos 15 dias.

(0) nenhuma (1) pouca (2) bastante (3) muita

SONO

- () Qual o seu grau de dificuldade em dormir na hora habitual. sono1 __
- () Qual o seu grau de dificuldade em acordar na hora habitual. sono2 __
- () Qual o seu grau de dificuldade em sair da cama depois de despertar. sono3 __
- () Qual o seu grau de dificuldade em sentir-se descansado com o número de horas que dorme (estar descansado inclui a sensação subjetiva e desempenho normal em tarefas diárias como dirigir, raciocinar e trabalhar). sono4 __
- () Qual o seu grau de dificuldade em “desligar” nos momentos de descanso? sono5 __

ATIVIDADES

- () Qual o seu grau de dificuldade em terminar todas as atividades que faz em seu trabalho? ativ6 __
- () Qual o seu grau de dificuldade em terminar suas atividades habituais (limpar a casa, fazer compras)? ativ7 __
- () Qual o seu grau de dificuldade em manter seu ritmo de atividade física (por exemplo: tomar um ônibus/metro ou praticar um esporte – se isto faz parte de sua rotina) ativ8 __
- () Qual é seu grau de dificuldade em cumprir o horário habitual de suas tarefas. ativ9 __
- () Qual o seu grau de dificuldade em manter seu nível de desejo/atividade sexual? ativ10 __

SOCIAL

- () Qual o seu grau de dificuldade em relacionar-se e comunicar-se com as pessoas com quem convive? social11 __
- () Qual o seu grau de dificuldade em usar de forma equilibrada aparelhos eletrônicos como TV, internet, etc (sem que isto prejudique seu contato com as pessoas com quem convive ou gastem um número de horas desproporcionais as seus outros afazeres). social12 __
- () Qual o grau de dificuldade em ajustar suas rotinas e padrão de sono ao das pessoas com quem convive (familiares, vizinhos, amigos). social13 __
- () Qual o grau de dificuldade em disponibilizar de tempo e atenção para as pessoas com quem convive (familiares, vizinhos, amigos)? social14 __

ALIMENTAÇÃO

- () Qual o seu grau de dificuldade em manter o horário das suas refeições (café da manhã, almoço e jantar)? alim15 __
- () Qual o seu grau de dificuldade em manter seu padrão alimentar habitual no que se refere a não pular refeições? alim16 __
- () Qual o seu grau de dificuldade em manter seu padrão alimentar habitual no que se refere a quantidade de alimento ingerido? alim17 __
- () Qual o seu grau de dificuldade em consumir com moderação estimulantes (como café e coca-cola) ou chocolates/doces? alim18 __

RITMO PREDOMINANTE (vespertino ou matutino)

Esta parte da escala é opcional e se refere aos seus hábitos. Considere aqui os últimos 12 meses.

(1) nunca (2) raramente (3) quase sempre (4) sempre

- () Você tem a tendência a estar mais ativo à noite (trabalho, relações interpessoais)?
 () Você tem a sensação que pela manhã é mais produtivo?
 () Você tem trocado seu dia pela noite?

ritmo19 __

ritmo20 __

ritmo21 __

→ As seguintes questões servirão para checar como tens te sentido nos último 15 dias.

Todos os itens devem ser preenchidos. Assinalar o número apropriado.

1. HUMOR DEPRIMIDO (Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

- (0) Ausente
 (1) Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido
 (2) Sentimentos relatados espontaneamente com palavras
 (3) Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro.
 (4) Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não-verbal do paciente

depre1 __

2. SENTIMENTOS DE CULPA

- (0) Ausente
 (1) Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros
 (2) Idéias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más ações
 (3) A doença atual é um castigo
 (4) Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras

depre2 __

3. SUICÍDIO

- (0) Ausente
 (1) Sente que a vida não vale a pena
 (2) Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte
 (3) Idéias ou gestos suicidas
 (4) Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marcar 4)

depre3 __

4. INSÔNIA INICIAL

- (0) Sem dificuldades para conciliar o sono
 (1) Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora
 (2) Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites

depre4 __

5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

- (0) Sem dificuldades
 (1) O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite
 (2) Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2 (exceto p/ urinar)

depre5 __

6. INSÔNIA TARDIA

- (0) Sem dificuldades
- (1) Acorda de madrugada, mas volta a dormir
- (2) Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama

depre6 __

7. TRABALHO E ATIVIDADES

- (0) Sem dificuldades
- (1) Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos
- (2) Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade)
- (3) Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo)
- (4) Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda

depre7 __

8. RETARDO (*lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída*)

- (0) Pensamento e fala normal
- (1) Leve retardo à entrevista
- (2) Retardo óbvio à entrevista
- (3) Entrevista difícil
- (4) Estupor completo

depre8 __

9. AGITAÇÃO

- (0) Nenhuma
- (1) Inquietude
- (2) Brinca com as mãos, com os cabelos, etc
- (3) Mexe-se, não consegue sentar quieto
- (4) Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

depre9 __

10. ANSIEDADE PSÍQUICA

- (0) Sem dificuldade
- (1) Tensão e irritabilidade subjetivas
- (2) Preocupação com trivialidades
- (3) Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala
- (4) Medos expressos sem serem inquiridos

depre10 __

11. ANSIEDADE SOMÁTICA - Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como:

- *Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação;*

- *Cardiovasculares: palpitações, cefaléia;*

- *Respiratórios: hiperventilação, suspiros; Freqüência urinária; Sudorese*

(0) Ausente

(1) Leve

(2) Moderada

(3) Grave

(4) Incapacitante

depre11 __

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTRINTESTINAIS

(0) Nenhum

(1) Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdômen

(2) Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos

depre12 __

13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

(0) Nenhum

(1) Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias.

Perda de energia e cansaço

(2) Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido (marcar 2)

depre13 __

14. SINTOMAS GENITAIS (Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais)

(0) Ausentes

(1) Leves

(2) Intensos

depre14 __

15. HIPOCONDRIA

(0) Ausente

(1) Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)

(2) Preocupação com a saúde

(3) Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc

(4) Idéias delirantes hipocondríacas

depre15 __

16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)

- A - Quando avaliada pela história clínica

(0) Sem perda de peso

(1) Provável perda de peso associada à moléstia atual

(2) Perda de peso definida (de acordo com o paciente)

(3) Não avaliada

depre16a __

- B - Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso

- (0) Menos de 0,5 Kg de perda por semana
- (1) Mais de 0,5 Kg de perda por semana
- (2) Mais de 1 Kg de perda por semana
- (3) Não avaliada

depre16b __

17. CONSCIÊNCIA

- (0) Reconhece que está deprimido e doente
- (1) Reconhece a doença, mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc
- (2) Nega estar doente
- (8) Não está doente

depre17 __

→ YOUNG MANIA RATING SCALE (último 15 dias)

01. HUMOR E AFETO ELEVADOS

- (0) Ausência de elevação do humor ou afeto
- (1) Humor ou afeto discretos ou possivelmente aumentados, quando questionado
- (2) Relato subjetivo de elevação clara do humor; mostra-se otimista, autoconfiante, alegre; afeto apropriado ao conteúdo do pensamento
- (3) Afeto elevado ou inapropriado ao conteúdo do pensamento; jocoso
- (4) Eufórico; risos inadequados, cantando

ymrs1 __

02. ATIVIDADE MOTORA - ENERGIA AUMENTADA

- (0) Ausente
- (1) Relato subjetivo de aumento da energia ou atividade motora
- (2) Apresenta-se animado ou com gestos aumentados
- (3) Energia excessiva; às vezes hiperativo; inquieto (mas pode ser acalmado)
- (4) Excitação motora; hiperatividade contínua (não pode ser acalmado)

ymrs2 __

03. INTERESSE SEXUAL

- (0) Normal; sem aumento
- (1) Discreta ou possivelmente aumentado
- (2) Descreve aumento subjetivo, quando questionado
- (3) Conteúdo sexual espontâneo; discurso centrado em questões sexuais; auto-relato de hipersexualidade

ymrs3 __

(4) Relato confirmado ou observação direta de comportamento explicitamente sexualizado, pelo entrevistador ou outras pessoas

04. SONO

(0) Não relata diminuição do sono

(1) Dorme menos que a quantidade normal, cerca de 1 hora a menos do que o seu habitual.

(2) Dorme menos que a quantidade normal, mais que 1 hora a menos do que o seu habitual.

(3) Relata diminuição da necessidade de sono

(4) Nega necessidade de sono

ymrs4 __

05. IRRITABILIDADE

(0) Ausente

(2) Subjetivamente aumentada

(4) Irritável em alguns momentos durante a entrevista; episódios recentes (nas últimas 24 horas) de ira ou irritação na enfermaria

(6) Irritável durante a maior parte da entrevista; ríspido e lacônico o tempo todo

(8) Hostil; não cooperativo; entrevista impossível

ymrs5 __

06. FALA (VELOCIDADE E QUANTIDADE)

(0) Sem aumento

(2) Percebe-se mais falante do que o seu habitual

(4) Aumento da velocidade ou quantidade da fala em alguns momentos; verborréico, às vezes (com solicitação, consegue-se interromper a fala)

(6) Quantidade e velocidade constantemente aumentadas; dificuldade para ser interrompido (não atende a solicitações; fala junto com o entrevistador)

(8) Fala pressionada, ininterruptível, contínua (ignora a solicitação do entrevistador)

ymrs6 __

07. LINGUAGEM – DISTÚRBIO DO PENSAMENTO

(0) Sem alterações

(1) Circunstancial; pensamentos rápidos

(2) Perde objetivos do pensamento; muda de assuntos freqüentemente; pensamentos muito acelerados

(3) Fuga de idéias; tangencialidade; dificuldade para acompanhar o pensamento; ecolalia consonante

(4) Incoerência; comunicação impossível

ymrs7 __

08. CONTEÚDO

(0) Normal

(2) Novos interesses e planos compatíveis com a condição sócio-cultural do paciente, mas questionáveis

ymrs8 __

- (4) Projetos especiais totalmente incompatíveis com a condição sócio-econômica do paciente; hiper-religioso
- (6) Idéias supervalorizadas
- (8) Delírios

09. COMPORTAMENTO DISRUPTIVO AGRESSIVO

- (0) Ausente, cooperativo
- (2) Sarcástico; barulhento, às vezes, desconfiado
- (4) Ameaça o entrevistador; gritando; entrevista dificultada
- (6) Agressivo; destrutivo; entrevista impossível

ymrs9 __

10. APARÊNCIA

- (0) Arrumado e vestido apropriadamente
- (1) Descuidado minimamente; adornos ou roupas minimamente inadequados ou exagerados
- (2) Precariamente asseado; despenteado moderadamente; vestido com exagero
- (3) Desgrenhado; vestido parcialmente; maquiagem extravagante
- (4) Completamente descuidado; com muitos adornos e adereços; roupas bizarras

ymrs10 __

11. INSIGHT (DISCERNIMENTO)

- (0) Insight presente: espontaneamente refere estar doente e concorda com a necessidade de tratamento
- (1) Insight duvidoso: com argumentação, admite possível doença e necessidade de tratamento
- (2) Insight prejudicado: espontaneamente admite alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença, ou discorda da necessidade de tratamento
- (3) Insight ausente: com argumentação, admite de forma vaga alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença e discorda da necessidade de tratamento
- (4) Insight ausente: nega a doença, qualquer alteração comportamental e necessidade de tratamento

ymrs11 __

→ HAMILTON ANXIETY SCALE (HAM-A)

- (0) ausência (1) intensidade ligeira (2) intensidade média
- (3) intensidade forte (4) intensidade máxima (incapacitante)

() HUMOR ANSIOSO

- inquietude, temor do pior, apreensão quanto ao futuro ou presente, irritabilidade

ansie1 __

() TENSÃO

- sensação de tensão, fadigabilidade, tremores, choro fácil, incapacidade de relaxar, agitação, reações de sobressalto

ansie2 __

() MEDO

- de escuro, de desconhecidos, de multidão, de ser abandonado, de animais grandes, de trânsito

ansie3 __

() INSÔNIA

- dificuldade de adormecer, sonhos penosos, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga ao acordar, pesadelos, terrores noturno

ansie4 __

() DIFICULDADES INTELECTUAIS

- dificuldade de concentração, distúrbios de memória

ansie5 __

() HUMOR DEPRESSIVO

- perda de interesse, humor variável, indiferença às atividades de rotina, despertar precoce, depressão

ansie6 __

() SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (MUSCULARES)

- dores e lassidão muscular, rigidez muscular, mioclonias, ranger de dentes, voz insegura

ansie7 __

() SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (SENSORIAIS)

- visão turva, ondas de calor ou frio, sensação de fraqueza, sensação de picada, zumbidos

ansie8 __

() CARDIOVASCULARES

- taquicardia, palpitações, dores pré-cordiais, batidas, pulsações arteriais, sensação de desmaio

ansie9 __

() SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

- sensação de opressão, dispnéia, constrição torácica, suspiro, bolo faríngeo

ansie10 __

() SINTOMAS GASTROINTESTINAIS

- dificuldade de engolir, aerofagia, dispepsia, dor pré ou pós-prandial, queimações, empanzinamento, náuseas, vômitos, cólicas diarreias, constipação, perda de peso

ansie11 __

() SINTOMAS GÊNITO-URINÁRIOS

- micções frequentes, urgência de micção, frigidez amenorréia, ejaculação precoce, ausência de ereção, impotência

ansie12 __

() SINTOMAS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO

- secura na boca, ruborização, palidez, tendência à sudoração, vertigens, cefaléia de tensão

ansie13 __

() COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA

- Geral: tenso, pouco à vontade, agitação das mãos, dos dedos tíques, inquietação, respiração suspirosa.
- Fisiológico: eructações, taquicardia em repouso, ritmo respiratório > 20 rpm

ansie14 __

Encaminhamento: (0) não

(1) sim, ensaio clínico

(2) sim, psicoeducação

Data da coleta: ___ / ___ / _____

Horário: ___ : ___

Observações: _____

encami __

dtcoleta

___ / ___ / ___

hrcoleta

___ : ___