



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CAROLINE SAMPAIO ALVES NUNES

**A GRAVIDADE DOS SINTOMAS, A FUNCIONALIDADE E A
QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES COM
TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNO DEPRESSIVO
MAIOR**

Londrina
2016

CAROLINE SAMPAIO ALVES NUNES

**A GRAVIDADE DOS SINTOMAS, A FUNCIONALIDADE E A
QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES COM
TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNO DEPRESSIVO
MAIOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sandra Odebrecht Vargas Nunes.

Coorientador: Prof. Dr. Décio Sabbatini Barbosa

Londrina
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Nunes, Caroline.

A GRAVIDADE DOS SINTOMAS, A FUNCIONALIDADE E A QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES COM TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR / Caroline Nunes. - Londrina, 2016.
155 f.

Orientador: Sandra Odebrecht Vargas Nunes.

Coorientador: Décio Sabattini Barbosa.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2016.

Inclui bibliografia.

1. Qualidade de vida - Tese. 2. Transtorno de Depressão Maior - Tese. 3. Transtorno de Ansiedade - Tese. 4. Funcionalidade - Tese. I. Odebrecht Vargas Nunes, Sandra. II. Sabattini Barbosa, Décio. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. IV. Título.

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Aos 17 dias do mês de agosto do ano de 2016, na sala 551 do Centro De Ciências Da Saúde, desta Universidade, às 10:30 horas, reuniu-se a Banca Examinadora homologada pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, composta por Dra. Sandra Odebrecht Vargas Nunes, Dr. Heber Odebrecht Vargas e Dr. Marcos Liboni. A reunião teve por objetivo julgar o trabalho da estudante CAROLINE SAMPAIO ALVES NUNES sob o título: "A QUALIDADE DE VIDA, A GRAVIDADE DOS SINTOMAS E A FUNCIONALIDADE EM PACIENTES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR E TRANSTORNO BIPOLAR". Os trabalhos foram abertos pela professora Dra. Sandra Odebrecht Vargas Nunes. A seguir, foi dada a palavra à estudante para apresentação do trabalho. Cada examinador arguiu a Mestranda, com tempos iguais de arguição e resposta. Terminadas as arguições, procedeu-se ao julgamento do trabalho, concluindo a Banca Examinadora por sua Aprovação. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente ata, que vai assinada pelos membros da Banca Examinadora.

A estudante deverá reformular seu trabalho no prazo de _____ dias: () SIM (X) Não

Se houver alteração no título do trabalho, informar o novo título abaixo:

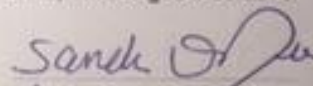
Obs.: Este documento não deve conter rasuras ou corretivo e deve ser preenchido de forma legível.

Londrina, 17 de Agosto de 2016.

PRESIDENTE

Dra. SANDRA ODEBRECHT VARGAS NUNES

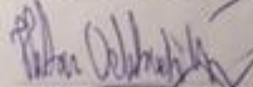
UEL



TITULARES

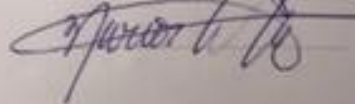
Dr. HEBER ODEBRECHT VARGAS

UEL



Dr. MARCOS LIBONI

UEL



CAROLINE SAMPAIO ALVES NUNES

**A GRAVIDADE DOS SINTOMAS, A FUNCIONALIDADE E A
QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES COM TRANSTORNO
BIPOLAR E TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sandra Odebrecht Vargas
Nunes
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Coorientador: Professor Décio Sabbatini Barbosa
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Marcos Liboni
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Heber Odebrecht Vargas
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 17 de agosto de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades. Creio nas orações e nunca fecharei meus olhos para dormir, sem pedir antes a devida orientação a fim de ser paciente com os outros e tolerante com os que não acreditam no que eu acredito.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

A minha orientadora Prof^a Dr^a Sandra Odebrecht Vargas Nunes, minha profunda gratidão, pelo carinho, pela persistência, pela vontade de nos fazer pessoas corretas, pela transmissão de conhecimento, dedicação, pelo desempenho, pelo profissionalismo, pela competência, pela capacidade, pelas incansáveis tentativas de sempre melhorar, de nos fazer refletir, por me fazer ouvir e entender, por compartilhar com grande sabedoria e generosidade e por perseverar comigo todos os dias necessários. Agradeço pelo suporte, que lhe coube, e por ser além de minha tia querida e amada, uma professora admirável e incansável. Com sua excelência, conseguiu me fazer superar todos os obstáculos, todas as pedras e todas as pessoas indevidas que passaram em nossos caminhos, você me fez admira-lá ainda mais. Seus ensinamentos ficarão para sempre guardados, minha profunda gratidão e admiração pela busca incessante do conhecimento e vontade de ensinar sempre.

Ao meu pai, Silvio Alves Nunes Filho, fonte inimaginável de caráter, carinho e amor e minha mãe Maria Aparecida Sampaio Alves Nunes, exemplo de doação, pelo amor, incentivo e apoio incondicional, me ajudando incansavelmente todos os dias de todas as formas, principalmente no suporte emocional e cuidando das minhas queridas filhas Maria Eduarda e Luisa.

Ao meu querido e incansável marido, Ycaro, exemplo de homem que trabalha com olhos no futuro sempre, com ousadia, sem medo de vencer, me apoiando de diversas maneiras à crescer e superar as dificuldades.

As minhas filhas Maria Eduarda e Luisa que são a razão da minha existência e felicidade, sem elas nada teria sentido em minha vida, desde o momento em que elas cresciam dentro de mim, a minha vontade de vencer foi sempre por elas. Elas vieram para iluminar a minha vida como uma luz sublime e mágica e são o maior presente que Deus poderia me dar.

Ao meu querido irmão Bruno, inspiração de bondade e paciência, que sempre esteve presente em minha vida. E sua eterna companheira Juliely, guerreira e amiga.

A minha madrinha Maristela, que sempre representou uma fonte de inspiração para minha formação, exemplo de mulher, companheirismo e dedicação.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Minha profunda gratidão e meu carinho a minha orientadora Prof^ª Dr^a Sandra Odebrecht Vargas Nunes, por compartilhar com grande sabedoria e generosidade seu profundo conhecimento e por perseverar comigo todos os dias necessários. Agradeço pelo suporte, que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Ao Dr. Michael Maes, pela contribuição nas análises estatísticas e pelos valorosos ensinamentos, oportunizando, assim a concretização desse estudo.

A minha querida cunhada, Juliely, que com grande respeito e carinho me ajudou inúmeras vezes na formatação de textos e tabelas.

Ao Dr. Heber Odebrecht Vargas, pelo incentivo e dedicação e por fazer parte da construção e realização desse sonho.

Aos pacientes do Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário que contribuíram nos ensinamentos da minha prática clínica.

Aos colegas da pós-graduação em Ciências da Saúde que me ajudaram a coletar os dados e ao esforço conjunto.

Aos docentes do curso de pós graduação em Ciências da Saúde pelos Ensinamentos.

NUNES, Caroline Sampaio Alves. **A gravidade dos sintomas, a funcionalidade e a qualidade de vida nos pacientes com transtorno bipolar e transtorno depressivo maior.** 2016. 162 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Londrina; Londrina, 2016.

RESUMO

Objetivos: O presente estudo visa delinear os fatores clínicos preditores da qualidade de vida (QV) em pacientes com transtornos do humor (transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar), bem como funcionalidade no trabalho, uso de estabilizadores do humor, traumas de infância, comportamento suicida, a frequência dos episódios e a gravidade dos sintomas das doenças. **Métodos:** Neste estudo transversal, foram recrutados 68 pacientes com transtorno bipolar (TB), 37 pacientes com transtorno depressivo maior e 66 controles saudáveis. Foi utilizado um questionário estruturado para avaliar os dados clínicos, sócio-demográficos, assim como: histórico familiar de transtornos mentais. Foi utilizado o instrumento de avaliação de QV, da Organização Mundial de Saúde (OMS), na versão abreviada com 26 questões (WHOQOL-Bref). Também foi utilizada a Escala Hamilton de Depressão de 17 itens (HDRS₁₇), a Escala Hamilton de Ansiedade (HAM-A), Escala de Mania de Young, Teste de Triagem para Álcool, Tabagismo e Outras Substâncias envolvidas e Questionário sobre Traumas de Infância. **Resultados:** Na amostra de 171 indivíduos, 72,1% da variância na QV foi relacionada à gravidade dos sintomas de depressão e ansiedade (HDRS₁₇ com 20.5% e HAM-A com 3.5%), trauma de infância (5.8%), diagnóstico de transtornos do humor (5.0%), baixa renda (10.8%), uso de estabilizadores de humor, como anticonvulsivantes (9.1%), também como idade (3.4%). O domínio físico foi associado a HDRS₁₇, HAM-A, a não funcionalidade laboral e ao uso de estabilizadores de humor. Similarmente, o domínio psicológico foi associado a HDRS₁₇, estabilizadores de humor, baixa renda, trauma de infância e ideação suicida. O domínio das relações sociais foi associado a HDRS₁₇, baixa renda e trauma de infância. O domínio ambiental foi associado a HDRS₁₇, baixa renda e estabilizador de humor. **Conclusões:** Os resultados demonstraram que os piores escores de QV podem ser relacionados à gravidade dos sintomas depressivos e de ansiedade, bem como por maus- tratos infantis, funcionalidade laboral e baixa renda. O uso de estabilizadores de humor pode representar um impacto negativo na QV.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Transtorno depressivo. Transtorno bipolar. Transtorno de ansiedade. Funcionamento. Maus-tratos infantis. Suicídio.

NUNES, Caroline Sampaio Alves. **Symptom severity, functioning, and quality of life in patients with bipolar disorder and major depressive disorder.** 2016. 162 f. Master in Health Sciences –Londrina State University, Londrina, 2016.

ABSTRACT

Objective: This study was to delineate the clinical predictors of quality of life (QoL) in patients with mood disorders (either bipolar disorder or major depressive disorder), including diagnoses, work functioning, use of mood stabilizers, childhood trauma, suicidal behavior, frequency of episodes, and symptom severity. **Methods:** In this cross-sectional study, we included 68 bipolar disorder (BD) patients, 37 major depressed patients and 66 healthy controls recruited. A structured questionnaire was used to assess socio-demographic and clinical data as well as familial history of mental disorders. QoL was assessed employing the World Health Organization (WHO) QoL-BREF scale. We also used the 17 item version Hamilton Depression Rating Scale (HDRS₁₇) and Hamilton Anxiety Rating scales (HAM-A), Young Mania Rating Scale; Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test; and Childhood Trauma Questionnaire. **Results:** In a sample of 171 individuals, 72.1% of the variance in the QoL was predicted by the severity of depressive and anxiety symptoms (HDRS₁₇ with 20.5%, HAM-A with 3.5%), childhood trauma (5.8%), mood disorders diagnoses (5.0%), lower income (10.8%), use of mood stabilizers, such as anticonvulsants (9.1%), and age (3.4%). Physical health domain was also associated with HDRS₁₇, HAM-A, no work status and mood stabilizers. Similarly, psychological health domain was associated with HDRS₁₇, mood stabilizers, lower income, childhood trauma and suicidal ideation. Likewise, social relationship domain was associated with HDRS₁₇, lower income, and childhood trauma. Environment domain was associated with HDRS₁₇, lower income and mood stabilizers. **Conclusions:** The results show that QoL may be highly predicted by state markers of severity depression and anxiety, work functioning, lower income and childhood trauma. Use of mood stabilizers, such as anticonvulsants may negatively impact QoL.

Keywords: Quality of life. Depressive disorder. Bipolar disorder. Anxiety disorder. Functioning. Child abuse. Suicide.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEHU	Ambulatorio de Especialidades do Hospital Universitário
APA	Associação American de Psiquiatria
ASSIST	Acohol Smoking and Substance Involvement Screening Test – Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco e outras Drogras
BMI	Body Mass Index – Índice de Massa Corpórea
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire - Questionário de Trauma na Infância
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – 4a edição
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – 5a edição
HAM-A	Hamilton Anxiety Rating Scale - Escala de avaliação para Ansiedade de Hamilton
HDRS 17	Hamilton Depression Rating Scale, 17 Items - Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton , 17 itens
HUL	Hospital Universitário de Londrina
IMC	Índice de Massa Corpórea
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de vida
QoL	Quality of life
SCID-I	Entrevista Clínica Estruturada, baseada na Versão Clínica do DSM-IV, Eixo I
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TB	Transtorno Bipolar
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TUT	Transtorno por Uso de Tabaco
WHO	World Health Organization

WHOQoL-BREF World Health Organization Quality of Life Instrument, brief version. Escala de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, versão abreviada

YMRS Young Mania Rate Scale - Escala de Avaliação de Mania de Young

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REFERENCIAL TEORICO	17
2.1	QUALIDADE DE VIDA	17
2.2	TRANSTORNO DO HUMOR E TRANSTORNO DA ANSIEDADE	18
2.3	TRANSTORNO DO HUMOR E QUALIDADE DE VIDA	18
2.4	TRANSTORNO DO HUMOR E COMORBIDADES	19
2.5	TRANSTORNO DO HUMOR, TRATAMENTO e QUALIDADE DE VIDA	20
3	OBJETIVOS	21
3.1	Objetivo Geral	21
3.2	Objetivo Especifico	21
4	METODOLOGIA	22
4.1	Delineamento da Pesquisa	22
4.2	Local de Estudo	22
4.3	População e Amostra	22
4.4	Cr�terios de Inclus� e Exclus�o	22
4.5	Procedimento de Coleta de Dados	23
4.5.1	Coleta de Dados	23
4.5.2	Instrumentos para Coleta de Dados	23
4.5.2.1	Question�rio	23
4.5.2.2	Avalia�o do Diagn�stico dos Transtornos de Ansiedade e Transtorno do Humor	24
4.5.2.3	Avalia�o da Gravidade da Depress�o	24
4.5.2.4	Avalia�o da Gravidade da Ansiedade (HAM-A)	25
4.5.2.5	Avalia�o da Gravidade da Mania	25
4.5.2.6	Escala de Qualidade de Vida	25
4.5.2.7	Escala de Trauma na Inf�ncia	25

4.5.2.8	Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco e Outras Substâncias (ASSIST versão 3.0)	26
4.5.2.9	Índice de Massa Corpórea (IMCO).....	26
4.5.2.10	História Familiar	26
4.6	Análises Estatísticas	26
5	RESULTADO E DISCUSSÃO	28
TABELAS	46
6	CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES	56
APENDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido		56
APENDICE B – Questionário		58
ANEXOS	149
ANEXO A – Parecer CEP - Aprovação do Projeto de Pesquisa		149
ANEXO B – RELAÇÃO DE PESQUISAS CADASTRADAS.....		153

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) dentro do estudo de Carga de Global de Doenças desenvolveu o cálculo dos anos de vida ajustados à invalidez (DALYs), para quantificar de anos de vida perdidos em resultado de morte prematura e de invalidez¹. A OMS reportou que o transtorno bipolar (TB) e o transtorno depressivo maior (TDM) estão entre as principais causas no mundo, de anos de vida ajustados à invalidez (DALYs), entre adultos jovens (entre 15-44 anos de idade), para ambos os sexos^{1,2}.

A OMS desenvolveu um instrumento para avaliação da qualidade de vida (QV) para que se possa mensurar o impacto da doença na incapacitação da execução de atividades rotineiras e no comportamento. A OMS também descreveu a QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas e padrões. A mensuração de QV abrange varios domínios, incluindo domínios físicos, psicológicos, das relações sociais e do meio ambiente³.

Pacientes com transtornos do humor, tanto o TB como o TDM apresentam incapacidades funcionais que vão desde leve à completa incapacidade. No transtorno bipolar tipo I, aproximadamente 30%, apresentaram incapacidade grave no desempenho de papéis laborais, enquanto no transtorno bipolar tipo II, cerca de 15% dos pacientes, apresentam algum tipo de disfunção entre os episódios⁴. Pacientes com transtornos do humor demonstram dificuldades quanto à produtividade no trabalho e incapacidade funcional, acarretando a uma baixa QV⁵⁻¹³. Foi possível identificar a redução da capacidade funcional e a diminuição da QV em todas as fases de transtornos do humor, tais como nos estados maníacos, depressivos e eufímicos¹⁰.

Além disso, pacientes com episódios depressivos e maníacos recorrentes apresentam durante o estado eufímico, sintomas subsindrômicos ou residuais de depressão ou hipomaníaco, podendo comprometer a QV¹⁰. Foi relatado que a QV é mais baixa em pacientes com TB quando comparado aos demais transtornos do humor e ansiedade^{8,14}.

Pacientes diagnosticados com transtorno por uso do tabaco (TUT), associado ou não à algum transtorno mental, apresentam comprometimento da QV, comparados aos não fumantes¹⁵⁻¹⁷. Pacientes com TB e TDM comórbidos com transtornos de ansiedade apresentam maior incapacidade quando comparados à indivíduos com transtornos de

ansiedade somente¹⁸. Pacientes com transtornos do humor e ansiedade comórbidos apresentam prognóstico ainda pior, sintomas de maior severidade, índices mais baixos de remissão, maior comportamento suicida além de um pior desempenho na QV¹⁹.

Maus tratos infantis podem estar relacionados a consequências adversas a longo prazo para saúde, tanto física quanto emocionalmente, além de acarretar transtornos mentais entre outras doenças clínicas²⁰, ocasionando assim uma redução na QV na vida adulta²¹. Ademais, as consequências psicológicas e comportamentais a longo prazo ligadas ao abuso infantil incluem abuso de substâncias psicoativas, depressão, ansiedade e comportamento suicida²⁰. Em indivíduos com baixa renda, o abuso infantil e a negligência são associados a importantes psicopatologias na vida adulta²².

Ambos TB e TDM estão associados à um forte aumento da taxa de transtorno por uso de substâncias psicoativas, principalmente o transtorno por uso de álcool, uma média aproximada de 29% (23,1% a 34,8%) para TB e 14,3% (12,8% a 15,8%) para TDM¹⁹⁻²³. Estas comorbidades estão fortemente associadas ao histórico familiar de transtorno do humor, início precoce do uso de álcool, assim como a severidade dos sintomas e um prognóstico pior do que para os indivíduos que só possuem um ou outro diagnóstico²³⁻²⁴.

Considerando que os indivíduos portadores de TB e TDM que buscam tratamento em um hospital universitário têm alta comorbidade, as seguintes hipóteses foram consideradas:

A. Pacientes com transtorno do humor, tanto TB como TDM apresentam uma pior QV quando também foram expostos à traumas de infância e possuem histórico familiar de TB, bem como TDM e suicídio;

B. Pacientes com transtornos do humor comórbido com transtornos de ansiedade apresentam menor escores na QV, maior risco de suicidio do que pacientes com um desses transtornos somente;

C. O uso de estabilizadores do humor contribui para aumentar a QoL, enquanto o uso de hipnóticos, tabaco e álcool podem reduzir a QV.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 QUALIDADE DE VIDA

A mensuração da qualidade de vida por um instrumento proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), vem crescendo em importância como medida de avaliação de seguimento de tratamento e acompanhamento dos pacientes em medicina. A OMS desenvolveu o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), que é um instrumento composto de cem questões. A necessidade de um instrumento mais curto, para uso em extensos estudos epidemiológicos, fez com que a OMS desenvolvesse a versão abreviada com 26 questões (WHOQOL-Bref), sendo duas questões gerais neutras e as demais 24 questões representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original e este instrumento foi traduzido para o português por Fleck et al (2000)²⁵. WHOQoL-bref consta de 4 domínios, Domínio Físico, Domínio das Relações Sociais, Domínio do Meio-Ambiente e Domínio Psicológico.

Além destes quatro domínios, o WHOQOL-Bref é composto também por um domínio que analisa a qualidade de vida global. Cada domínio é composto por questões, cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5.

O Domínio Físico compreende: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividade de vida cotidiana, dependência de medicação, capacitação de trabalho.

O Domínio Psicológico compreende: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religiosidade/crenças pessoais.

O Domínio de Relações Sociais compreende: relações pessoais, suporte social e atividade sexual.

O Domínio do meio ambiente compreende: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) e transporte.

O instrumento em questão é auto-aplicável. A versão brasileira do WHOQOLBref, traduzida e validada pelo grupo de estudos em qualidade de vida da OMS no Brasil, foi a utilizada neste estudo (Fleck e colaboradores, 2000).

2.2 TRANSTORNOS DO HUMOR E TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

A Organização Mundial da Saúde (OMS), na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), inseriu os transtornos mentais e de comportamentos o transtorno do humor que compreende, entre outros, F30 Episódios maníaco, F31 transtorno afetivo bipolar, F32 Episódio depressivo, F33 transtorno depressivo recorrente (OMS,1993)²⁶.

Os transtornos de ansiedade são classificados nas diretrizes diagnósticas da Organização Mundial de Saúde (1993)²⁶, como F40 (transtornos fóbicos), F41.0 (transtorno de pânico), F42 (transtornos obsessivo-compulsivo), F43 (transtorno de estresse), F41.1 (transtorno de ansiedade generalizada), F40.8 (outro transtorno de ansiedade), F40.9 (transtorno de ansiedade não especificado). Na classificação do DSM-IV, da American Psychiatric Association (2000)²⁷, segue os critérios parecidos com o da OMS (1993). Na nova classificação do DSM-5 pertencem ao grupo dos transtornos de ansiedade apenas o transtorno de pânico, transtornos fóbicos e transtorno de ansiedade generalizada (TAG), no entanto, os transtornos obsessivo-compulsivo (TOC), o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), os transtornos de estresse pós-traumáticos são classificados em uma nova classificação do DSM-5 da entidade American Psychiatric Association(2013)²⁸.

Os transtornos do humor incluem o transtorno afetivo bipolar e os transtornos depressivos e são diagnosticados como transtornos mentais e comportamentais pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) ²⁶.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5 separa em duas entidades os transtornos depressivos dos transtornos bipolares e transtornos relacionados. Os transtornos bipolares podem ter dois subtipos, tipo 1 e tipo 2 , sendo que no transtorno bipolar tipo 1 há os sintomas maníacos e no transtorno bipolar tipo 2 há sintomas hipomaníacos²⁸.

2.3 TRANSTORNOS DO HUMOR E QUALIDADE DE VIDA

Nos transtornos do humor, a gravidade dos sintomas depressivos e a recorrência foram associados à baixa QV. Os sintomas depressivos residuais incapacitam a QV em indivíduos com transtornos do humor²⁹. A persistência de sintomas depressivos, maníacos e hipomaníacos durante a remissão podem ser indicadores de recorrência ²⁸.

A recuperação não deve ser definida pela remissão sintomática ou pela remissão sindrômica apenas, ela deve incluir, preferivelmente, a recuperação sintomática, recuperação sindrômica, recuperação funcional e a restituição de uma QV aceitável para o paciente com depressão bipolar e unipolar³³. A QV entre TB e TDM deve envolver uma recuperação psicossocial funcional como a QV, não somente pela melhora da gravidade dos sintomas³⁰⁻³³.

Pacientes com transtornos do humor e comportamento suicida, tanto ideação como tentativas suicidas, apresentam piores escores na QV³⁴. É importante verificar que diante do diagnóstico de transtorno bipolar, o risco de suicídio é estimado ser pelo menos 15 vezes maior se relacionado à população comum. Na depressão maior, a hipótese de comportamento suicida permanece todo tempo^{28,35-37}.

2.4 TRANSTORNOS DO HUMOR E COMORBIDADES

Os piores escores em qualidade de vida foram nos pacientes com transtorno do humor e comorbidades.

A comorbidade dos transtornos do humor com transtornos de ansiedade apresentam, maiores episódios de sintomas depressivos, com maior severidade, mais transtornos por uso de substâncias, maior comportamento suicida, produtividade baixa e QV¹⁹. A QV em pacientes com transtornos do humor e transtorno por uso de tabaco (TUT) revelaram que fumantes possuem QV inferiores quando comparados à não fumantes^{15-17,38}.

Maus tratos infantis em transtornos do humor estão relacionados a piores escores em QV. Para muitas crianças, esses efeitos se estendem por muito além da infância, adentrando a adolescência e na adultez, comprometendo potencialmente a produtividade, e apresentando impacto na saúde e na QV²⁰. Os pacientes adultos com transtornos mentais e que experimentaram abuso infantil e negligência na infância, tiveram pior QV, bem como tiveram maior gravidade nos sintomas de ansiedade e dos transtornos depressivos. A associação entre adversidades na infância e transtornos do humor resulta em piores sintomas depressivos na vida adulta³⁹.

Os indivíduos que sofreram mais abuso infantil e negligência, tiveram mais históricos familiares de alcoolismo e uso ilegal de drogas, um maior número de episódios depressivos, mais fase depressiva de sintomas bipolares, maior severidade nos sintomas depressivos e de ansiedade, maior incapacidade laboral e apresentaram piores escores em QV^{9,11,40}.

2.5 TRANSTORNOS DO HUMOR, TRATAMENTO e QUALIDADE DE VIDA

O uso de antidepressivos e de estabilizadores do humor podem melhorar a QV. O uso de pelo menos um agente estabilizador de humor (lítio, ácido valpróico, divalproex, carbamazepina, lamotrigina) foi aprovado no tratamento agudo da mania, depressão e na prevenção de recidivas, a melhora clínica leva a melhor QV⁴¹⁻⁴³.

Apesar dos consistentes avanços na farmacoterapia dos transtornos do humor, muitos tratamentos reduzem a gravidade dos sintomas, mas não melhoram a QV e a funcionalidade. O tratamento de pacientes com TDM e TB seria necessário a inclusão de melhora em várias dimensões como: a redução da gravidade dos sintomas, a melhora de funcionalidade e a melhora da QV³³. Pacientes com transtornos do humor podem apresentar sintomas subsindrômicos devidos à remissão incompleta que podem ser um forte componente para o curso crônico e a incapacidade funcional observados no longo prazo dos transtornos de humor.³⁰⁻³².

Os transtornos do humor são os transtornos psiquiátricos com as estratégias terapêuticas bem definidas, mas muitos pacientes com TDM e TB apresentam sintomas residuais e estes sintomas subsindrômicos levam a piores scores em QV²⁹, portanto é importante que o tratamento alcance redução da gravidade dos sintomas, melhore a funcionalidade e melhore a QV.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida em pacientes com transtorno depressivo maior e transtorno bipolar e controles

3.2 Objetivos Específicos

1. Descrever as características sócio-demográficas, clínicas e história familiar de transtornos mentais, em pacientes com transtornos do humor comparados aos controles;

2. Analisar por meio do instrumento de qualidade de vida, versão abreviada com 26 questões (o WHOQoL-Bref) os domínios físicos, psicológicos, das relações sociais e do meio ambiente, em pacientes com transtornos do humor e controles;

3. Analisar a gravidade dos sintomas maníacos, depressivos e de ansiedade por meio das escalas: Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton, 17 itens, Escala de avaliação para Ansiedade de Hamilton e a Escala de Avaliação de Mania de Young, em pacientes com transtornos do humor e controles;

4. Avaliar os maus-tratos na infância por meio do questionário Traumas na Infância (Childhood Trauma Questionnaire), em pacientes com transtornos do humor e controles; avaliar o risco para o uso do álcool e risco para o uso de sedativos por meio do Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco e outras Drogas, em pacientes com transtornos do humor e controles e avaliar o comportamento suicida, em pacientes com transtornos do humor e controles.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento da Pesquisa

Foi realizado um estudo transversal, observacional, não intervencionista.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado na Universidade Estadual de Londrina (UEL), localizada na cidade de Londrina, região norte do estado do Paraná, Brasil. Os casos foram pacientes depressivos e bipolares, do Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário (AEHU). Os controles foram funcionários e estudantes da UEL, pareados por sexo e idade com os casos.

4.3 População e Amostra

A amostra foi de conveniência de tempo e lugar, e incluiu pacientes ambulatoriais com transtorno bipolar (n=68) e depressão maior (n=37), recrutados no Ambulatório de Psiquiatria e no Centro de Cessação do Tabaco da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Também foram inclusos controles saudáveis (n=66) recrutados dentre os funcionários da UEL, Londrina, Paraná, Brasil.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão para ambos os grupos foram: idade entre 18 e 65 anos, ambos os sexos, qualquer etnia e consentimento de participação voluntária no estudo.

Os critérios de exclusão para ambos os grupos foram: a) outros diagnósticos em eixo-1 além de TB/TDM/TUT e transtornos de ansiedade, como esquizofrenia, síndromes psico-orgânicas, retardo mental e todos os demais transtornos por uso de substâncias exceto TUT; e b) doenças médicas ou uso de substâncias que possam causar transtornos de humor. Controles normais tiveram como critério de exclusão, qualquer transtorno psiquiátrico em eixo-1, salvo transtornos de ansiedade e TUT.

O critério de exclusão para pacientes e controles foram: a) transtornos neurodegenerativos, como as doenças de Parkinson e Alzheimer; b) outros transtornos cognitivos que pudessem comprometer o entendimento dos termos e condições do estudo; c)

doenças clínicas incluindo insuficiência cardíaca, neoplasias, transtornos autoimunes, esclerose múltipla, doença inflamatória intestinal, lúpus e transtornos de tireoide, doenças infecciosas, incluindo síndrome da imunodeficiência adquirida e hepatite, etc e d) mulheres grávidas.

4.5 Procedimento de Coleta de Dados

Os dados foram coletados, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL, com parecer CAAE34935814.2.0000.5231, conforme a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Anexo A). A presente pesquisa é um braço da pesquisa cadastrada na PROPPG sob o número 08953, o título do projeto: “Avaliação dos marcadores biológicos em pacientes em tratamento por transtorno afetivo bipolar e por transtorno por uso de tabaco”. O questionário teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Universidade Estadual de Londrina (UEL), número CAAE 34935814.2.0000.5231.

4.5.1 Coleta de Dados

Todos os entrevistados, casos e controles, receberam previamente todas as informações pertinentes à pesquisa, o compromisso da manutenção do sigilo dos dados, a possibilidade de retirar o consentimento na participação a qualquer momento, sem sofrer nenhuma censura. Nessa ocasião, também tiveram sanadas todas suas dúvidas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias (Apêndice A).

Semanalmente, os pesquisadores fizeram a análise crítica dos dados coletados e procederam à busca dos dados incompletos. Em seguida, os instrumentos completos foram encaminhados para digitação do banco de dados.

4.5.2 Instrumentos Para a Coleta de Dados

Para a coleta de dados, foram utilizados os instrumentos:

4.5.2.1. Questionário

Todos os participantes foram submetidos à uma entrevista estruturada compreendendo dados demográficos, tais como anos de estudo, situação profissional,

emprego versus desemprego (aposentadoria ou pensão por invalidez), estado civil (casado + coabitantes versus viúvos + solteiros),

Para a coleta de dados, foram utilizado um questionário (Apêndice B). Neste questionário foram coletados os dados clínicos e psiquiátricos, incluindo o número de crises depressivas ao longo da vida, número de manias ao longo da vida, número total de episódios, número de hospitalizações psiquiátricas, histórico familiar em primeiro grau de uso de álcool, uso de drogas ilegais, depressões, transtornos bipolares e tentativas de suicídio. Também foram considerados os tratamentos farmacológicos (como antidepressivos, drogas anti-psicóticas, lítio, demais estabilizadores de humor além do lítio, anti-hipertensivos e estatinas).

O cálculo da renda familiar foi feito pelos seguintes grupos: grupo 0 = 0 a 100 reais, grupo 1 = 1000 a 2000 reais, grupo 2 = 2000 a 3000 reais, grupo 3 = 3000 a 4000 reais e grupo 4 acima de 4000 reais.

Entre as características clínicas avaliadas, foram encontrados: a severidade do transtornos de ansiedade, índice de massa corpórea (IMC), história familiar de transtornos mentais, entre outros. As doenças relacionadas ao uso de tabaco como doença cardiovascular, câncer, diabetes tipo 2, hipertensão arterial, alergias e doenças pulmonares obstrutivas crônicas foram também analisadas.

4.5.2.2 Avaliação do Diagnóstico dos Transtornos de Ansiedade e Transtorno do Humor

Os critérios diagnósticos para pesquisa de episódio ou transtornos de ansiedade (transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada), bem como de transtornos depressivos, transtorno afetivo bipolar foram avaliados por médicos psiquiatras treinados, com experiência clínica e familiarizados com o instrumento, de acordo com a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-5, versão clínica (SCID-I), baseada nos critérios diagnósticos, do eixo I, da Associação Americana de Psiquiatria (APA), do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta edição, DSM-IV²⁷, traduzida e adaptada para o português por Del-Ben et al. (2001)⁴⁴ Os criterios diagnósticos também feitos pela Organização Mundial da Saúde, (1993)²⁶.

4.5.2.3 Avaliação da Gravidade da Depressão

A avaliação da gravidade da depressão foi feita pela Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HDRS), desenvolvida por Hamilton (1960)⁴⁵, traduzida e adaptada para a população brasileira por Moreno e Moreno(1998)⁴⁶. A escala HDRS utilizada será a versão de 17 itens. Os escores de 7 ou menos podem ser consideradas normal, entre 8 e 13 indicam depressão leve; entre 14 e 18 depressão moderada; entre 19 e 22 grave e de 23 ou acima muito grave.

4.5.2.4 Avaliação da Gravidade da Ansiedade (HAM-A)

A Escala de Avaliação para Ansiedade de Hamilton (HAM-A) desenvolvida por Hamilton(1959)⁴⁷ compreende 14 itens distribuídos em dois grupos, sendo o primeiro grupo, com 7 itens, relacionado a sintomas de humor ansioso e o segundo grupo, também com 7 itens, relacionado a sintomas físicos de ansiedade, o que possibilita obter escores parciais, ou seja, separadamente para cada grupo de itens. O escore total é obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos em todos os 14 itens da escala, cujo resultado varia de 0 a 56. Os escores abaixo de 17 indicam ansiedade leve, entre 18 e 24 indicam ansiedade moderada, entre 25 e 30 ansiedade grave e acima de 30 muito grave.

4.5.2.5 Avaliação da Gravidade da Mania

A escala de avaliação de Mania de Young (YMRS) constitui-se de 11 itens baseados nos sintomas centrais da mania. Quatro dos itens YMRS são classificados em uma escala de 0-8, com os restantes 5 itens que estão sendo classificados em uma escala 0-4. Uma pontuação de ≤ 12 indica remissão dos sintomas. YMRS foi traduzido e adaptado para a população brasileira⁴⁸.

4.5.2.6 Escala de Qualidade de Vida

A qualidade de vida foi avaliada por meio da utilização do World Health Organization Quality of Life Instrument, brief version (WHOQoL-BREF), adaptado e validado para a língua portuguesa por Fleck et al.(2000)²⁵. O WHOQoL-BREF consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida composto por 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

4.5.2.7 Escala de Trauma na Infância

O Questionário Sobre Traumas na Infância (Childhood Trauma Questionnaire) é um instrumento aplicável em adolescentes e adultos que investiga história de abuso e negligência durante a infância. O instrumento apresenta escores a partir de uma escala do tipo Likert de cinco pontos de acordo com a frequência de eventos na infância. Este é um instrumento de auto-administrado usado para documentar a história de maus-tratos na infância em cinco domínios: abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligência emocional e negligência física. No presente trabalho utilizou-se escores totais. O questionário foi administrado por entrevistador nos casos e nos controles, que não tinham condições de ler, nestes casos o entrevistador lia as perguntas de forma pausada, sem nenhuma outra explicação ou utilização de sinônimos. Os 28 itens foram validados para uma versão em português por Grassi-Oliveira et al(2006)⁴⁹.

4.5.2.8. Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco e Outras Substâncias (ASSIST versão 3.0)

O ASSIST (Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test) é um questionário para rastreamento, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, que abrangem: tabaco, álcool, canabinóides, cocaína, estimulantes do tipo anfetamina, sedativos, alucinógenos, inalantes, opióides e outras drogas⁵⁰. A adaptação transcultural para a língua portuguesa foi realizada por Henrique et al(2004)⁵¹. Os escores para o álcool foram: 0-10 para baixo risco; 11- 26 para risco moderado; e ≥ 27 para alto risco. A pontuação para todas as outras substâncias foi: 0-3 para baixo risco; 4-26 para risco moderado; e ≥ 27 para alto risco.

4.5.2.9. Índice de Massa Corpórea (IMC)

O IMC foi calculado pela divisão do peso do indivíduo pelo quadrado de sua altura, em que peso está em quilogramas e a altura em metros, expresso em Kg/m^2 .

4.5.2.10. História Familiar

A história familiar transtornos mentais constou de relato da presença e tratamento dos transtornos psiquiátricos em familiares em primeiro grau dos casos e controles.

4.6 Análises Estatísticas

As diferenças em características clínicas e sócio- demográficas entre os grupos foram checadas através da análise de variância (ANOVAs) ou análises de tabelas de contingência (testes χ^2). Foram examinados resultados de três grupos de estudo divididos de acordo com o valor total de q25 e q75 WHOQoL-BREF dentro dos três grupos, assim sendo aqueles com valores WHOQoL-BREF totais baixo (<74.30, n=57), médio (entre 74.30 e 92.66, n=57) e alto (> 92.66, n=57). Associações entre uma variável dependente (escala total WHOQoL-BREF) e variáveis explanatórias múltiplas foram determinadas primeiramente utilizando a seleção automática de análise de regressão linear e conseqüentemente a análise univariável do Modelo Linear Generalizado (GLM) para computar o eta parcial ao quadrado. Que revela a porcentagem de variáveis encontradas no trabalho. A análise de regressão logística binária foi utilizada para delinear os prognosticadores mais significantes do grupo com baixo WHOQoL-BREF total como variável dependente e os indivíduos restantes como grupo de referência. A análise multivariada do modelo linear generalizado foi empregada para examinar os efeitos das variáveis explanatórias, como por exemplo sexo, educação, ideação suicida, diagnósticos, nos 4 subpontos WHOQoL-BREF. Para análise de todos os dados utilizamos o IBM SPSS Windows versão 22. A significância estatística estabelecida foi 0.05, teste bicaudal.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão estão apresentados na forma de artigo científico, submetidos, a periódicos indexados no Medline.

Caroline Sampaio Alves Nunes^c, Heber Odebrecht Vargas^{a,b}, Michael Maes ^c ,
Sandra Odebrecht Vargas Nunes^{a,b,c}

^aDepartment of Psychiatry, Health Sciences Center, Health Sciences Center, State University of Londrina, Londrina, Paraná, Brazil.

^bCenter of Approach and Treatment for Smokers, University Hospital, State University of Londrina, Londrina, Paraná, Brazil.

^c Health Sciences Graduation Program, Health Sciences Center, State University of Londrina, Londrina, Paraná, Brazil.

Corresponding author: Caroline Sampaio Alves Nunes

Address: Alameda Pé Vermelho, 50. Zip Code 86050-942. Londrina- Paraná, Brasil.

email: carolnunes@hotmail.com, phone number: 55(43)99603030,

hebevargas@sercomtel.com.br

sandranunes@sercomtel.com.br

Abstract

Objective: This study was to delineate the clinical predictors of quality of life (QoL) in patients with mood disorders (either bipolar disorder or major depressive disorder), including diagnoses, work functioning, use of mood stabilizers, childhood trauma, suicidal behavior, frequency of episodes, and symptom severity.

Methods: In this cross-sectional study, we included 68 bipolar disorder (BD) patients, 37 major depressed patients and 66 healthy controls recruited. A structured questionnaire was used to assess socio-demographic and clinical data as well as familial history of mental disorders. QoL was assessed employing the World Health Organization (WHO) QoL-BREF scale. We also used the 17 item version Hamilton Depression Rating Scale (HDRS₁₇) and Hamilton Anxiety Rating scales (HAM-A), Young Mania Rating Scale; Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test; and Childhood Trauma Questionnaire.

Results: In a sample of 171 individuals, 72.1% of the variance in the QoL was predicted by the severity of depressive and anxiety symptoms (HDRS₁₇ with 20.5%, HAM-A with 3.5%), childhood trauma (5.8%), mood disorders diagnoses (5.0%), lower income (10.8%), use of mood stabilizers, such as anticonvulsants (9.1%), and age (3.4%). Physical health domain was also associated with HDRS₁₇, HAM-A, no work status and mood stabilizers. Similarly, psychological health domain was associated with HDRS₁₇, mood stabilizers, lower income, childhood trauma and suicidal ideation. Likewise, social relationship domain was associated with HDRS₁₇, lower income, and childhood trauma. Environment domain was associated with HDRS₁₇, lower income and mood stabilizers.

Conclusions: The results show that QoL may be highly predicted by state markers of severity depression and anxiety, work functioning, lower income and childhood trauma. Use of mood stabilizers, such as anticonvulsants may negatively impact QoL.

Keywords: quality of life, depressive disorder, bipolar disorder, anxiety disorder, functioning, child abuse, suicide.

Background

The World Health Organization (WHO) in the Global Burden of Diseases study has reported that bipolar disorder (BD) and major depression (MDD) were among leading cause of disability-adjusted life years in the worldwide among young adults (i.e.15-44 years of age), for both males and females[1,2]. The WHO has described quality of life (QoL) as an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goal, expectation, standards and concerns. The WHO was also developed a QoL assessment instrument to measure the impact of the disease on the impairment of daily activities and behavior, which comprises a broad of domains, including physical health, psychological health, social relationships, and environment [3].

Patients with mood disorders, either BD or MDD, show functional impairments ranging from mild to complete incapacity. In bipolar I disorder approximately 30% show severe impairment in work role function, while in bipolar II disorder 15% have some inter-episode dysfunction[4]. Patients with mood disorders show difficulties in work productivity and functional disability, contributing to a poor QoL [5-13]. Decreased functional work capacity and a lowered QoL are found in all phases of mood disorders, i.e. manic, depressive and euthymic states [10]. In addition, patients with recurrent episodes show - in euthymic state - subsyndromal or residual symptoms of depression or hypomania, which can compromise QoL[10]. It is reported that QoL is poorer in BD patients than in other mood disorders and anxiety disorders [8,14].

Patients with tobacco use disorder (TUD) associated or not with a mental disorder show an impaired QoL compared to non-smokers[15-17]. Patients with comorbid mood disorders and anxiety disorders present greater functional impairment than individuals with anxiety disorders alone [18]. Patients with comorbid mood and anxiety disorders show a worse prognosis, more severity of symptoms, lower remission rates, more suicidal behavior as well as a worse functioning and a lower QoL[19].

Childhood trauma may be related to adverse long term health consequences in later life, either physically or emotionally, and impact mental disorders among other medical diseases[20], thereby causing reduced QoL in adult life[21]. In addition, the psychological and behavioral long-term consequences of childhood abuse include substance abuse, depression, anxiety and suicidal behavior [20]. In people with a low income, childhood abuse and neglect are important predictors of psychopathology in adulthood [22].

Substance use disorders frequently are associated with MDD and BD, as well as contribute to reduction of QoL, impairment in functioning and more depressive symptom severity [23]. These comorbidities are associated with a strong family history of mood disorder, an early onset of alcohol use, as well as a severity of symptoms and a worse prognosis than individuals who have only one or the other [23,24].

The focus of this study is to delineate whether QoL in patients with mood disorders, such as BD or MDD, have impact in depressive symptom severity and work disability. The hypotheses are that: a) patients with mood disorders, either BD or MDD, with more depressive symptom severity, suicidal behaviors and impairment in functioning have a lower QoL, when they have also been exposed to childhood trauma and have a familial history of BD/MDD/suicide; b) patients with comorbid mood and anxiety disorders show a lower QoL than patients with either of these disorders alone; and c) use of mood targeting drugs have a protective effect increasing QoL, while use of hypnotics, tobacco and alcohol may lower QoL.

Methods

Study population

This cross-sectional study included outpatients with bipolar disorder (n=68) and major depressive disorder (n=37) who were recruited from the Psychiatric Ambulatory Clinic and the Center of Cigarette Smoking Cessation Service, State University of Londrina (UEL). We also included healthy controls (n=66) recruited from staff at UEL, Londrina, Paraná, Brazil. Participants were men and women aged 18–65 years old from any ethnicity. The study was conducted from February 2015 to February 2016. All subjects gave written informed consent to participate in the study after the approval of this research by the Ethics Research Committee at UEL (number number CAAE 34935814.2.0000.5231).

The exclusion criteria for patients were: a) other axis-1 diagnoses beside BD/MDD/TUD and anxiety disorders, e.g. schizophrenia, psycho-organic syndromes, mental retardation, all substance use disorders except TUD; and b) secondary mood disorders, e.g. induced by drug treatments (e.g. interferon-based immunotherapy). Normal controls were excluded for any axis-1 psychiatric disorder except anxiety disorders and TUD. Exclusion criteria for patients and controls were the presence of a) neurodegenerative disorders, e.g. Parkinson disorder and Alzheimer disease; b) other cognitive disorders that would compromise the understanding of the study terms and conditions; c) medical diseases

including heart failure, neoplasm, autoimmune disorders, including multiple sclerosis, inflammatory bowel disease, lupus and thyroid disorders, infectious disorders, including acquired immunodeficiency syndrome and hepatitis, etc.; and d) pregnant women.

We made the diagnoses of bipolar disorder, major depressive disorder, comorbidities with generalized anxiety disorder (GAD), obsessive-compulsive disorder (OCD), posttraumatic stress disorder (PTSD), panic disorder and phobias (specific phobia and social phobia), using the 10th edition of the International Classification of Diseases (ICD-10) and the diagnostic criteria of the DSM-IV, Axis I using the Structured Clinical Interview for DSM-IV translated and validated for the Brazilian population[25]. All patients and controls were assessed by trained psychiatrists. The diagnosis of TUD was also made using the criteria of the DSM-IV, axis I by the same psychiatrists. The diagnosis of TUD was made when patients were currently smoking. We considered two other diagnostic groups, i.e. never-smokers (subjects without TUD who reported that they did never had smoked a cigarette or less than 100 cigarettes in their lifetime) and patients with TUD who are in remission for at least 6 months.

Measures

All participants underwent a structured interview which comprised socio-demographic data, i.e. years of education, working status, work versus not working (pension or disability payment), marital status (married or live together versus widowed or single). The income was calculated approximately using a US dollar/month scale and classified as follows: group 0 = up to 300; group 1 = 300 to 600; group 2 = 600 to 1000; group 3 = 1000 to 1500; and group 4 = over 1500 US dollars a month.

Clinical data, including number of lifetime depressions, number of lifetime manias, total number of episodes, number of psychiatric hospitalization, and first-degree family history for alcohol, illegal drugs, depression, bipolar disorder, suicide ideation and suicide attempts. We also assessed pharmacological treatments (i.e. antidepressants, antipsychotic drugs, lithium, and mood stabilizers other than lithium, antihypertensive and statins).

Severity of depression was measured using the Hamilton Depression Rating Scale HDRS₁₇ [26]. The HDRS₁₇ was translated and adapted for the Brazilian population[27]. Severity of anxiety was measured using the Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)[28]. Each of the 14 items is scored from 0 to 4 and a total score <17 indicates mild severity; 18-24 mild to moderate severity and >25 moderate to severe. The severity of manic symptoms was

measured using the Young Mania Rating Scale (YMRS). The YMRS is an 11-item clinician-rated scale designed to assess severity of manic symptoms that was translated and adapted for the Brazilian population [29].

We measured quality of life using the WHO Quality of Life (WHOQoL)-BREF. This instrument comprises 26 items and measures the 4 subdomains: 1) physical health: activities of daily living, dependence on medicinal substances and medical aids, energy and fatigue, mobility, pain and discomfort, sleep and rest, work capacity; 2) psychological health: bodily image and appearance, negative/positive feelings, self-esteem, spirituality/religion/personal beliefs, thinking, learning, memory and concentration; 3) social relationships: personal relationships, social support, sexual activity; and d) environment: financial resources, freedom, physical safety and security, health and social care (accessibility and quality), home environment, opportunities for acquiring new information and skills, participation in and opportunities for recreation/leisure activities, physical environment (pollution, noise, traffic, climate, transport). In this study we used the 4 domain scores and the sum on the 26 items. The WHOQoL-BREF was used in a validated Portuguese translation[30].

Childhood trauma was measured using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). The CTQ is an instrument with 28 items that was validated in a Portuguese translation[31]. It is a self-administered questionnaire designed to investigate the history of neglect and abuse during childhood in 5 domains: sexual abuse, physical abuse, emotional abuse, emotional neglect and physical neglect.

We used the alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) to screen for use of hypnotics and alcohol. This scale was developed by the WHO[32]. This questionnaire was translated and adapted to Portuguese[33]. BMI was calculated by dividing weight (in Kg) by height (in m) squared.

Statistical analyses

Differences in socio-demographic and clinical characteristics between groups were checked using analyses of variance (ANOVAs) or analyses of contingency tables (χ^2 tests). We examined the effects of three study groups divided according the q25 and q75 WHOQoL-BREF total score values into three groups, i.e. those with low (<74.30 , $n=57$), medium (between 74.30 and 92.66 , $n=57$) and high (> 92.66 , $n=57$) WHOQoL-BREF total score values. Associations between one dependent variable (total WHOQoL-BREF score) and multiple explanatory variables were assessed using firstly stepwise automatic linear

regression analysis and consequently univariate general linear model (GLM) analysis (to compute the partial eta squared). Binary logistic regression analysis was used to delineate the most significant predictors of the group with the low WHOQoL-BREF total score as dependent variable and the remaining subjects as reference group. We employed multivariate general linear model (GLM) analyses to examine the effects of explanatory variables, e.g. age, sex, education, suicidal ideation, diagnoses, etc on the 4 WHOQoL-BREF domain sub scores. We used the IBM SPSS Windows version 22 to analyze all data. Statistical significance was set at 0.05, two tailed.

Results

Table 1 shows the socio-demographic and clinical data of our study population the subjects were classified according to their total WHOQoL-BREF score into low (<74.30), moderate (74.30 to 92.66) or high (> 92.66) score individuals. The cut-off values were chosen in order to obtain equal number of individuals in each group (n=57). There were significant differences between these three study groups in almost all variables, except number of psychiatric hospitalizations, alcohol use according to the ASSIST, BMI, use of lithium, antihypertensive and TUD. However, we did not use p-corrections to check the multiple statistical analyses on data presented in Table 1 and did not analyze multiple post-hoc comparisons among treatment means because these univariate statistical results of ANOVAs and analyses of contingency analyses were used to define the explanatory variables that were employed as determinants of independent association with the dependent variables (WHOQoL-BREF scores) in the ultimate multivariate GLM and logistic regression analyses.

Nevertheless, inspection of Table 1 suggests that in the low WHOQoL-BREF score group showed a higher number of females and subjects with fewer years of education, lower income and without work. They had increased frequency of depression episodes, mania episodes, lifetime suicidal ideation and suicidal attempts and they scored higher on the HDRS₁₇, HAM-A, YMRS, Assist hypnotics and childhood trauma. There were an increased number of individuals with comorbid and panic disorder and mood disorders, such as bipolar as well as major depression. In addition, in the low WHOQoL-BREF score group there may be more subjects using antidepressants, antipsychotics, lithium and especially mood stabilizers. Regarding first-degree familial history, in the low score group there was a higher frequency of subjects with a history of alcohol dependence and illegal drugs use, major depression, bipolar disorder and suicide attempts.

Table 2 shows the results of univariate general linear model (GLM) analysis performed on the significant explanatory variables, which were obtained by stepwise automatic linear regression analysis with WHOQoL-total score as dependent variable. In the stepwise automatic linear regression analysis we used all variables that were significantly different in Table 1. Seventy-two percent of the variance in the WHOQoL-BREF total score was explained by 7 variables, i.e. HDRS₁₇, income, use of mood stabilizers, childhood trauma, diagnosis (controls versus mood disorders), HAM-A and age. Mood stabilizers, a diagnosis of mood disorders, age, the HDRS₁₇, and HAM-A scores lowered the WHOQoL-total score (risk factors), while income was inversely associated with the WHOQoL-total score (protective factor). Forced entry of any of the remaining variables which yielded significant differences in Table 1 showed that not one was significant and that the significance levels of the predictor variables in Table 2 remained significant, e.g. work status ($F=3.56$, $df=1/148$, $p=0.061$), number of depressive episodes ($F=2.01$, $df=1/141$, $p=0.159$), number of previous suicidal attempts ($F=1.22$, $df=1/148$, $p=0.270$), current suicidal ideation ($F=1.32$, $df=1/148$, $p=0.252$), panic disorder ($F=0.609$, $df=1/148$, $p=0.437$), GAD + phobias ($F=0.170$, $df=1/142$, $p=0.681$), TUD ($F=0.047$, $df=1/148$, $p=0.829$), etc.

Table 3 shows the results of a binary logistic regression analysis conducted on the group of low WHOQoL total scores versus the two other groups combined (that is medium + high) and using all significant variables listed in Table 1 as explanatory variables. Three variables significantly increased the risk of belonging to the low WHOQoL total score group ($X^2=90.27$, $df=3$, $p<0.001$), i.e. increased HDRS₁₇ and childhood trauma scores and the use of mood stabilizers (positively associated with low WHOQoL total score). Using this logistic regression analysis, up to 85.2% of all subjects were classified correctly with a sensitivity of 78.3% and a specificity of 88.8%, while the Nagelkerke value (0.675) showed that an important part of the variance was explained by those 3 predictor variables.

Table 4 shows the results of 4 different multivariate GLM analyses with the 4 WHOQoL-BREF domain sub scores as dependent variables and the significant variables listed in Table 1 as explanatory variables. We found a significant association (see multivariate GLM analysis #1) between the WHOQoL domain scores and the diagnosis (divided as controls, BP1, BP2 and MDD). Pairwise Bonferroni-adjusted comparisons showed that there significant differences in the subdomain scores between controls and BP1, BP2 and major depression patients (at $p<0.01$). However, there were no significant differences between BP1, BP2 and major depression.

In GLM analysis #2 we entered diagnosis together with the state / severity measurements (HDRS₁₇, HAM-A, YMRS) together with socio-demographic data. Multivariate tests showed significant effects of diagnosis (marginally), HDRS₁₇, income and work status on the 4 domain scales, but not YMRS, age, sex or years of education.

GLM analysis #3 shows the best prediction of the 4 WHOQoL-BREF domain scores obtained by manual stepwise elimination of non-significant predictor variables. Multivariate tests showed that seven predictor variables were significantly associated with the 4 domains, i.e. HDRS₁₇, HAM-A, income, work status, childhood trauma score, use of mood stabilizers and current suicidal ideation. In this GLM analysis there was no significant multivariate effect of diagnosis ($F=1.37$, $df=12/432$, $p=0.180$). Forced entry of any of the remaining variables which yielded significant differences in Table 1 showed that not one was significant and that the significance levels of the predictor variables in Table 4 analysis #3 remained significant.

Results of subsequent between-subject (univariate) GLM analyses with WHOQoL-BREF scores as dependent variables and the 7 significant predictors as explaining variables indicated that 64.9% of the variance in the WHOQoL-BREF physical health domain could be predicted by the HDRS₁₇ and HAM-A, work status and the use of mood stabilizers; 62.3% of the variance in WHOQoL-BREF psychological health domain by the HDRS₁₇, mood stabilizers, income and presence of childhood trauma; 49.7% of the variance in WHOQoL-BREF social relationships by the HDRS₁₇, income and childhood trauma; and 45.5% of the WHOQoL-BREF environment score by the HDRS₁₇, income and use of mood stabilizers.

Table 5 shows the estimated mean values of the 4 WHOQoL-BREF domain scores estimated by the GLM analysis #3. Thus, suicidal ideation reduced psychological health by 2.8 units, having no work reduced physical health by 3 units, whereas the use of mood stabilizers reduced physical health, psychological health and environmental health by around 2 units each.

Discussion

The main finding of this study is that 72.1% of the variance in the QoL is predicted by the HDRS₁₇, HAM-A, childhood trauma, mood disorders diagnoses, work, use of mood stabilizers (all inversely) and age and income (positively). Physical health domain was associated with HDRS₁₇, HAM-A, work and mood stabilizers.. Psychological domain was associated with HDRS₁₇, mood stabilizers, income, childhood trauma and suicidal ideation. Social relationships were associated with HDRS₁₇, income, and childhood trauma; and

environment with HDRS₁₇, income and mood stabilizers. Furthermore, in these multivariate statistical analyses the total QoL score and sub scores were less related with the clinical DSM-IV diagnoses and number of depressive episodes than with the severity of depression and anxiety, while the severity of mania had no real impact. Finally, there were no significant associations with TUD, family history of MDD, BD, body mass index and gender.

In the present study, we found that patients with comorbid MDD and BD and anxiety disorders were found with more severe depressive symptoms. Consistent with our findings, previous studies, of comorbid mood and anxiety disorders have found an increased number of mood episodes, more severe depressive symptoms, more suicidal behavior, lower functioning and poor QoL. Furthermore, this comorbidity benefits of psychosocial interventions [19,34].

Our results are similar to patterns observed in previous research that non-remitted depressed symptoms were associated with impairment in QoL[35]. Furthermore if residual symptoms impairs the QoL in individuals with mood disorders, it is important to assessment residual symptoms, because they also are associated with poor outcomes, including suicide risk and functioning, as well as the persistence of even mild depressive, mania hypomania symptoms during remission is predictor of recurrence[4].

Current severe depressed and residual symptoms were associated with poor QoL. Recovery should not be defined merely by symptomatic remission or even syndromic remission; rather, recovery should include symptomatic recovery, syndromic recovery, functional recovery, and a return to an acceptable QoL for the patient with bipolar and major depressive disorder [7]. QoL among BD and MDD should involve psychosocial functional recovery as an indicator as a treatment response, not only symptoms[9,36-38].

In the current study, the patients who use mood stabilizers, such as anticonvulsants have presented worse QoL. The studied population were outpatients from a public hospital with persistent depression, severity depression and anxiety, lower income, and who were unresponsive to multiple treatment modalities. Unlike previous studies in the areas, the use of at least one mood-stabilizing agent (lithium, valproate, divalproex, carbamazepine, lamotrigine) has been approved for the acute treatment of mania, depression and the prevention of relapses[39-41]. On the other hand, even though these findings are different and rather unexpected, one study states that the reduction of the depressive symptom severity is not necessarily related to the improvement of QoL and functioning[42]. The importance of

QoL demands a multi-dimensional assessment including, among other things, the functioning as can be seen in WHOQoL BREF.

In our current study, the subjects who are not working (pension or disability payment) and use of mood stabilizers were associated with impairment of QoL. The functional impairment persists even during remission, in bipolar disorder approximately 30% show severe impairment in work role function, after the onset of illness and in MDD functional impairment may be complete incapacity leading to unable to attend the basic self-care needs[4].

In this study, subjects with childhood abuse and neglect have experienced poorer QoL. For many children, these effects extend far beyond childhood into adolescence and adulthood, potentially compromising the lifetime productivity, health burden, and QoL[20]. The QoL among mental disorders was associated with child abuse and neglect that could contribute to severity of anxiety and depressive disorders. The association between childhood adversities and clinical outcomes, including a worse depressive symptoms[43].

An important contribution of this study was in the assessment of suicidal behavior impairing the QoL. Another study has reported that impairment in QoL was associated with suicidal ideation and suicide attempts[44]. The evidence of variables associated to suicide attempts is age, psychiatric comorbidity and previous suicide attempts[45] It is important to verify the diagnosis of bipolar disorder that the risk of suicide is estimated to be at least 15 times compared to the general population. In major depressive disorder, the possibility of suicidal behavior exists at all times [4, 46-48].

Our study was unable to associate impairment in QoL in patients with TUD; on the other hand, other studies have found that smokers have poorer QoL compared to nonsmokers [15-17, 49]. To understand these discrepancies in the findings from different studies, most probably, in our study, we selected individuals, who did not have tobacco-related diseases, which are chronic diseases per se were associated with loss of productivity and poorer health-related QoL. We excluded BD and MDD if inflammatory or immune abnormalities were accompanied by other medical conditions or induced by medication, including infections, cancer, autoimmune illness, use of interferon. These conditions are known to involve peripheral inflammation and cell-mediated immune activation and development depressive symptoms in individuals[50]. Patients with a variety of inflammatory medical disorders have an elevated incidence of depression[51].

Furthermore, in this sample, the individuals who seek treatment in outpatients have experienced more child abuse and neglect, and have had more family history of alcohol dependence and illegal drugs use, a higher number of depressive episodes, more severity of depressive and anxiety symptoms, more unemployment and disability payment, and worse QoL. These findings were consistent with previous studies [8,9,11, 52].

The results of this study should be interpreted with regard to its strengths and limitations. Firstly, the childhood trauma questionnaire, which investigates history of abuse and neglect during childhood could be based on recall bias. Secondly, our study excluded bipolar or unipolar depression due to other medical condition. In clinical practice, these co-occurrences are common. Finally, the age of our sample was 18-60 years old, thus we cannot generalize these findings to older or younger populations.

Conclusions and implications for clinical practice

Taken together, these data suggest that impairment of QoL among patients with mood disorders are associated to have been exposed to experiences such as, childhood abuse and neglect, as well as, if its status was current severe depressed, work disability use mood stabilizers and they have suicidal ideation

The results show that QoL may be highly predicted by state markers of severity depression and anxiety, functioning, and childhood trauma. Use of mood stabilizers, such as anticonvulsants may negatively impact QoL.

In clinical practice, patients with mood disorders, either BD or MDD, with more depressive symptom severity, suicidal behaviors and impairment in work functioning have a lower QoL, when they have also been exposed to childhood trauma and have a familial history of BD/MDD/suicide. The use of mood stabilizer could improve severity of symptom, but not necessarily improve functioning and QoL.

Prevention and early intervention to reduce the occurrence of child abuse and neglect, as well as reduce severity of symptoms and functioning in BD and MDD could result in an improved QoL.

Funding

This study was supported by Health Sciences Postgraduate Program at Londrina State University, Paraná, Brazil (UEL), and Ministry for Science and Technology of Brazil (CNPq). CNPq number 470344/2013-0 and CNPq number 465928/2014-5.

Acknowledgements

The authors wish to thank the patients and families at Psychiatric Unit at UEL, Brazil.

Conflict of interest

The authors declare that they have no conflict of interest.

Informed consent

Informed consent was obtained from all individual participants included in the study. All subjects gave written informed consent to participate in the study after the approval of this research by the Ethics Research Committee at UEL (number CAAE 34935814.2.0000.5231).

Authors` Contributions

Sandra Odebrecht Vargas Nunes, Heber Odebrecht Vargas, Caroline Sampaio Alves Nunes conceived the study, collected the data, analyzed data. All the authors read and approved the final manuscript.

References

1. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman A, Michaud C, Ezzati M. et al. Disability-adjustedlifecycleyears (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematicanalysis for the Global Burden of Disease Study 2010.Lancet 2012; 380(9852):2197-2223.
2. Lopez, A.D.Mathers C, Ezzati M, Jamison D, Murray C. Global and regional burden of disease and risk factors 2001: systematic analysis of population health data. Lancet 2006; 367:1747–57.
3. World Health Organization The WHOQol Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995;41:1403-9.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. ed. Arlington: American Psychiatric Publishing 2013.
5. Young A, Klap R, Sherbourne C, Wells K. The quality of care for depressive and anxiety disorder in the United States. Arch Gen Psychiatry 2001;58:55-61.
6. Dean BB, Gerner D, Gerner RH. A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment and healthcare costs and utilization in bipolar disorder. Curr Med Res Opin 2004;20:139-154.
7. Bowden CL. Bipolar disorder and work loss.Am J Manag Care. 2005; 11(3 Suppl):S91-4.
8. Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. Health Qual Life Outcomes 2005;3:72.
9. Michalak EE, Yatham LN, Kolesar S, Lam RW. Bipolar disorder and quality of life: a patient-centered perspective.Qual Life Res.2006;15:25-37.
10. Goossens PJ, Hartong EG, Knoppert-van der Klein EA,vanAchterberg T. Self-reported psychopathological symptoms and quality of life in outpatients with bipolar disorder. Perspect Psychiatr Care 2008; 44:275-284.
11. Gutierrez-Rojas L, Gurpegui M, Ayuso-Mateos JL, Gutiérrez-Ariza JA, Ruiz-Veguilla M, Jurado D. Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general. Bipolar Disord.2008;10:625-34.

- 12.** Katon WJ, Lin E, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman E, Young B, Peterson D, McGregor M, McCulloch D. Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses. *N Engl J Med* 2010;363,27:2611-20.
- 13.** Ekman M, Granstrom O, Omerov S, Jacob J, Landen M. The societal cost of depression: evidence from 10,000 Swedish patients in psychiatric care. *J Affect Disord* 2013;150(3):790
- 14.** Martín-Subero M, Berk,L, Dood S , Maes, M., Kulkarni, J., De Castella, A., Fitzgerald, P. B. and Berk, M. 2014, Quality of life in bipolar and schizoaffective disorder - a naturalistic approach. *Compr Psychiatry* 2014;55-70: 1540-45.
- 15.** Castro MRP, Matsuo T, Nunes SOV. Clinical characteristics and quality of life of smokers at a referral center for smoking cessation. *J. Bras. Pneumol* 2010;36(1):67-74.
- 16.** Mitra M, Chung MC, Wilber N, Klein Walker D. Smoking status and quality of life: a longitudinal study among adults with disabilities. *Am J Prev Med.* 2004;27(3):258-60.
- 17.** Schmitz N, Kruse J, Kugler J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 2003;160(9):1670-6l.
- 18.** Fracalanza K, McCabe R, Taylor V, Antony M. Bipolar Disorder Comorbidity in Anxiety Disorders: Relationship to demographic profile, symptom severity, and functional impairment. *Eur. J. Psychiat* 2011;25(4):223-233.
- 19.** Schaffer A, McIntosh D, Goldstein BI, Rector NA, McIntyre RS, Beaulieu S, Swinson R, Yatham LN. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force. The CANMAT task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders. *Ann Clin Psychiatry* 2012;24(1):6-22.
- 20.** Krug, E. G, Dahlberg LL, Mercy J, Zwi A, Lozano R. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: World Health Organization. *World Report on Violence and Health.* Geneva: WHO 2002;59-86.
- 21.** Afifi, T O, Enns Murray W., Cox, B J. ,de Graaf, R; ten Have, M, Sareen J. Child Abuse and Health-Related Quality of Life in Adulthood. *J Nerv Ment Dis* 2007;195(10):797-882.
- 22.** Grassi-Oliveira R, Stein LM. Childhood maltreatment associated with PTSD and emotional distress in low-income adults: the burden of neglect. *Child Abuse Negl* 2008;32(12):1089-94.

23. Beaulieu S, Saury S, Sareen J, Tremblay J, Schütz CG, McIntyre RS, Schaffer A, The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid substance use disorders. *Ann Clin Psychiatry* 2012;24(1):38-55.
24. Quello S, Brady K, Sonne S. Mood Disorders and Substance Use Disorder: A Complex Comorbidity. *Sci Pract Perspect* 2005;3(1):13-21.
25. Del-Ben CM, Vilela JAA, Crippa JAS, Hallak JEC, Labate CM, Zuardi AW. Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV - Clinical Version translated into portuguese. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2001;23(3):156-9.
26. Hamilton, M. A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1960;23:56-62.
27. Moreno RA, Moreno DH. Hamilton and Montgomery & Åsberg depression rating scales. *Rev Psiquiatr Clin* 1998; 25(5):262-72.
28. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32:50-55.
29. Vilela, J.A.A., Crippa, J.A.S., Del-Ben, C.M. & Loureiro, S.R. Reliability and validity of a Portuguese version of the Young Mania Rating Scale. *Braz J Med Biol Res.* 2005;38:1429-39.
30. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQoLbref. *Rev Saúde Pública* 2000;34(2):178-83.
31. Grassi-Oliveira, R., Stein Lm Fau - Pezzi, J.C. & Pezzi, J.C. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Rev Saúde Pública* 2006;40(2):249-55.
32. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reability and feasibility. *Addiction* 2002;97(9):1183-94.
33. Henriques, HIF, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni ML. Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Rev. Assoc. Med. Bras* 2004; 50(2):199-206.

- 34.** Hawke L, Velyvis V, Parikh SV. Bipolar disorder with comorbid anxiety disorders: Impact of comorbidity on treatment outcome in cognitive-behavioral therapy and psychoeducation. *Int J Bipolar Disord.*2013;1:15.
- 35.** Woo J M , Jeon H J, Nohe, Kim H J, Lee S W, Lee K K, Kim S H, Hong J P. Importance of remission and residual somatic symptoms in health-related quality of life among outpatients with major depressive disorder: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2014,12:188.
- 36.** Harvey PD. Definig and achievinig recovery from bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67;Suppl 9:14-8; discussion 36-42.
- 37.** IsHak W W, Mirocha J, James D, Tobia G. Vilhauer J, Fakhry H, Pi S, Hanson E, Nashawati R, Peselow D, Cohen RM. Quality of life in major depressive disorder before/after multiple steps of treatment and one-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2015;131(1):51-60.
- 38.** Avila CC, Cabello M, Cieza A, Vieta E, Ayuso-Mateos JL. Functioning and disability in bipolar disorders: a systematic review of literature using the ICF as a reference. *Bipolar Disord.*2010;12;473-482.
- 39.** Schatzberg A, Cole J. DeBatista.C. *Manual of Clinical Psychopharmacology*. Sixth edition Washington: American Psychiatric Publishing 2007.
- 40** Yatham LN, Kennedy SH, Parikh S V, Schaffer A, Beaulieu S, Alda M, O'Donovan C, Macqueen G, McIntyre RS, Sharma V, Ravindran A, Young LT, Milev R, Bond DJ, Frey BN, Goldstein BI, Lafer B, Birmaher B, Ha K, Nolen WA, Berk M. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disord* 2013;15:1-44.
- 41.** Vieta E. Mood stabilization in the treatment of bipolar disorder: focus on quetiapine. *Hum Psychopharmacol* 2005;20(4):225-36.
- 42.** Cohen RM, Greenberg JM, IsHak WW. Incorporating multidimensional patient-reported outcomes of symptom severity, functioning, and quality of life in the Individual Burden of Illness Index for Depression to measure treatment impact and recovery in MDD. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(3):343-50. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.286.

- 43.** Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-Term Health Outcomes of Childhood Abuse The Long-term Health Outcomes of Childhood Abuse An Overview and a Call to Action. *J Gen Intern MED* 2003;18:864-870.
- 44.** Kwon JW, Kim JH: The impact of health-related quality of life on suicidal ideation and suicide attempts among Korean older adults. *J Gerontol Nurs* 2012;38:48-59.
- 45.** Sudupe J, et al., Suicide attempts and related factors in patients admitted to a general hospital: a ten-year cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2011;11:51.
- 46.** Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, H Moreno D, Turecki G, Reis C, Cassidy F, Sinyor M, Azorin J M, Kessing L V, Ha K, Goldstein T, Weizman A, Beautrais A, Chou Y H, Diazgranados N, Levitt A J, Zarate C A Jr, Rihmer Z, International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2015;17(1):1-16.
- 47.** Mann JJ: A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med* 2002; 136:302-11.
- 48.** Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH: Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001;286(24):3089-96.
- 49.** Cogle J, Hakes J, Macatee R, Chavarria J, Zvolensky M. Quality of life and risk of psychiatric disorders among regular users of alcohol, nicotine, and cannabis: An analysis of the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Psychiatr Res* 2015; 66-67,135-41.
- 50.** Leonard B, Maes M. Mechanistic explanations how cell-mediated immune activation, inflammation and oxidative and nitrosative stress pathways and their sequels and concomitants play a role in the pathophysiology of unipolar depression. *Neurosci Biobehav Rev* 2012; 36(2):764-85
- 51.** Benton, T, Staab, J, Evans, D L. Medical co-morbidity in depressive disorders. *Ann. Clin. Psychiatry* 2007;19: 289-303.
- 52.** Chahine E. Child Abuse and its Relation to Quality of Life of Male and Female Children . *Procedia Soc Behav Sci* 2014;159:161-168.

TABELAS

Table 1. Socio-demographic data of the study population classified according to the World Health Organization Quality of Life (WHOQoL)-BREF score in subjects divided into those with low (<74.3) moderate (74.3 to 92.66) or high (>92.66) scores.

	Score			F/X2	Df	P
	Low (n=57)	Moderate (n=57)	High (n=57)			
WHOQoL - Total score	64.1 (8.7)	83.6 (4.8)	101.5 (6.9)	407.97	2/168	<0.001
WHOQoL - Physical health	19.3(4.3)	25.2(3.5)	31.0 (2.8)	153.32	2/167	<0.001
WHOQoL -Psychological health	14.7(3.1)	20.6(2.7)	25.4(2.1)	221.24	2/168	<0.001
WHOQoL - Social relationships	7.2(2.1)	10.1(1.9)	12.5(1.6)	109.26	2/168	<0.001
WHOQoL – Environment	22.8(4.4)	27.7(3.3)	32.5(3.5)	91.85	2/168	<0.001
Age (years)	42.3(10.3)	45.5(10.9)	40.1(11.2)	3.60	2/168	0.030
Sex (F/M)	53/4	39/8	37/20	14.39	2	<0.001
Education(years)	9.4(4.3)	11.2(5.0)	13.0(5.7)	7.23	2/167	<0.001
Income*	2.6(1.4)	3.4(1.3)	4.0(1.3)	16.29	1/166	<0.001
Work (N/Y)	38/19	26/30	8/49	32.90	2	<0,001
Depression episodes (n°)	6.5(5.4)	2.2(3.1)	1.0(2.1)	31.31	2/168	<0.001
Mania episodes (n°)	4.4(5.8)	3.0(6.3)	0.6(2.0)	8.12	2/168	<0.001
Hospitalization (n°)	0.9(2.4)	0.5(1.6)	0.3(1.3)	1.42	2/168	0.242
HDRS ₁₇ score	12.5(6.3)	6.9(5.5)	2.2(2.7)	59.08	2/168	<0.002
HAM-A score	18.0(10.5)	10.7(8.8)	5.0(6.1)	31.59	2/168	<0.001
YMRS score	2.0(2.4)	1.6(3.2)	0.7(1.5)	4.62	2/168	0.011
Current suicidal ideation (N/Y)	31/21	50/7	55/2	23.53	2	<0.001
Suicidal attempt (n°)	1.42(3.12)	0.2(0.6)	0.1(0.4)	8.61	2/168	<0.001
Assist Alcohol score	5.1(8.7)	4.0(5.7)	2.7(3.4)	2.14	2/168	0.120
Assist hypnotics score	3.3(6.2)	1.3(3.5)	0.3(1.3)	7.47	2/168	<0.001
Childhood trauma score	58.0(19.4)	41.6(16.1)	34.3(10.6)	33.73	2/167	<0.001
BMI	27.3(5.7)	26.3(4.3)	25.9(4.4)	1.08	2/161	0.339
Panic Disorder (N/Y)	37/20	52/5	55/2	29.54	2	<0.001
OCD (N/Y)	53/4	49/8	57/0	8.60	2	0.014
GAD + Phobias (N/Y)	26/27	28/28	45/11	14.65	2	<0.001
Con/BP1/BP2/MDD	3/28/13/13	21/12/7/17	42/5/3/7	63. 89	6	<0.001
Con/Mood(N/Y)	3/54	21/36	42/15	56.41	2	<0.001
Antidepressants (N/Y)	32/23	39/16	42/9	7.41	2	0.025

Antipsychotics (N/Y)	38/17	45/10	46/5	7.55	2	0.023
Lithium(N/Y)	43/12	44/11	47/3	5.68	2	0.058
Mood stabilizers(N/Y)	31/24	49/6	47/3	27.49	2	<0.001
Antihypertensive(N/Y)	44/13	44/13	45/11	0.22	2	0.895
Statins(N/Y)	52/5	45/12	54/2	9.20	2	0.010
TUD(N/Y)	21/36	24/33	32/25	4.58	2	0.101
FH Alcohol (N/Y)	21/36	29/26	39/18	11.40	2	0.003
FH illegal drugs (N/Y)	34/23	47/9	52/5	18.28	2	<0.001
FH major depression (N/Y)	18/39	23/33	36/21	12.07	2	0.002
FH Bipolar disorder (N/Y)	37/20	42/13	51/7	8.21	2	0.017
FH Suicide attempts (N/Y)	36/21	42/14	52/5	12.58	2	0.002

Data are shown as mean (\pm SD) and were analyzed by ANOVA (continuous variables) or Chi-Square test (discrete variables).

WHOQOL-BREF: WHO Quality of Life-BREF; HDRS₁₇: Hamilton Depression Rating Scale-17 items; HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale; YMRS: Young Mania Rating Scale; ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test; BMI: Body Mass Index; Con: controls; MDD: major depressive disorder; BP1: Bipolar Disorder Type I; BP2: Bipolar Disorder Type II; GAD: Generalized Anxiety Disorder; OCD: Obsessive-Compulsive Disorder; FH: Family History; Mood: any mood disorder (major depressive, bipolar 1 or 2); TUD: Tobacco Use Disorder. *Income (see Methods)

Table 2. Result of univariate general linear model (GLM) analysis performed on the significant explanatory variables obtained by stepwise automatic GLM analysis with WHOQoL-total score as dependent variable.

Explanatory variables	F	Df	P	Partial Eta Squared
Model	54.90	7/149	<0.001	0.721
HDRS ₁₇	38.43	1/149	<0.001	0.205
Income	18.12	1/149	<0.001	0.108
Mood stabilizer	14.95	1/149	<0.001	0.091
Childhood trauma score	9.20	1/149	0.003	0.058
Diagnosis (Con/Mood)	7.88	1/149	0.006	0.050
HAM-A	5.35	1/149	0.022	0.035
Age	5.20	1/149	0.024	0.034

HDRS₁₇: Hamilton Depression Rating Scale-17 items; HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale

Table 3. Results of binary logistic regression analysis with the group of very low QoL scores as dependent variable and all other subjects as reference group.

Significant explanatory variables	Wald	Df	P	Odds ratio	CI - 95%
HDRS ₁₇	24.42	1	<0.001	1.32	1.18 - 1.47
Mood stabilizers	12.99	1	<0.001	11.10	3.00 - 41.07
Childhood trauma score	13.20	1	<0.001	1.06	1.02 – 1.09

CI-95%: 95% confidence interval with lower and upper interval

Table 4. Results of different multivariate GLM analyses with the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF domain subscores as dependent variables and the variables listed in Table 1 as explanatory variables.

Type of analyses	Dependent variables	Explanatory variables	F	Df	P
Multivariate #1	WHOQoL-4 domains	Diagnosis (Con/BP1/BP2/MDD)	6.61	12/495	<0.001
Multivariate#2	WHOQoL-4 domains	Diagnosis (Con/BP1/BP2/MDD)	2.18	12/462	0.012
		HDRS ₁₇	12.91	4/152	<0.001
		HAM-A	6.42	4/152	<0.001
		YMRS	0.41	4/152	0.802
Multivariate #3	WHOQoL-4 domains	Age	1.69	4/152	0.156
		Sex	0.44	4/152	0.777
		Education	0.93	4/152	0.447
		Income	3.91	4/152	0.005
		Work/No Work	5.19	4/152	0.001
Multivariate #4	WHOQoL-4 domains	HDRS ₁₇	11.98	4/145	<0.001
		HAM-A	3.41	4/145	0.011
		Income	4.67	4/145	0.001
		Work/No Work	5.40	4/145	<0.001
		Childhood trauma score	2.99	4/145	0.021

		Mood stabilizers	5.06	4/145	0.001
		Current suicidal ideation	6.15	4/145	<0.001
Between-subject effects	WHOQoL-Physical health	HDRS ₁₇	28,43	4/148	<0.001
		HAM-A	12,41	4/148	0.001
		Work/No Work	20.69	4/148	<0.001
		Mood stabilizers	17.36	1/148	<0.001
Between-subject effects	WHOQoL-Psychological health	HDRS ₁₇	28,93	1/148	<0.001
		Mood stabilizers	5,66	4/148	0.019
		Income	5,73	4/148	0.018
		Childhood trauma score	8,78	4/148	0.004
		Current suicidal ideation	14.01	4/148	<0.001
Between-subject effects	WHOQoL-Social relationships	HDRS ₁₇	23,29	4/148	<0.001
		Income	8,29	4/148	0.005
		Childhood trauma score	8,54	4/148	0.004
Between-subject effects	WHOQoL-Environment	HDRS ₁₇	15.43	1/148	<0.001
		Income	13.67	1/148	<0.001
		Mood stabilizers	7.59	1/148	0.007

Table 5. Estimated means (standard error) of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF 4 domain scores after multivariate general linear model analysis.

	Suicidal ideation		Work		No mood stabilizers	
	No	Yes	No	Yes	No	Yes
Physical health	23.7 (0.4)	23.7 (0.8)	22.2 (0.6)	25.2 (0.5)	25.3 (0.4)	22.1 (0.7)
Psychological health	20.0(0.4)	17.2(0.7)	18.0(0.5)	19.1(0.5)	19.4(0.4)	17.7(0.6)
Social relationship	9.6(0.2)	10.1(0.5)	9.8(0.3)	9.9(0.3)	10.3(0.3)	9.4(0.4)
Environment	27.1(0.5)	25.9(0.9)	26.3(0.6)	26.6(0.6)	27.7(0.5)	25.3(0.8)

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossos resultados indicam que numa amostra de 171 indivíduos a QV pode ser associada em 72,1 % com: maiores escores de sintomas depressivos (20,5 %), baixa renda (10,8 %), uso de estabilizadores de humor (9,1%), história de trauma na infância (5,8%), diagnóstico de transtornos do humor (5%), maiores escores de sintomas de ansiedade (3,5%) e maior idade (3,4%). O domínio físico foi associado a maiores escores de sintomas de depressão e ansiedade, à falta de trabalho e uso estabilizadores de humor. O domínio psicológico foi associado a maiores escores de sintomas depressivos, uso de estabilizadores de humor, baixa renda, história de trauma na infância e ideação suicida. O domínio de relações sociais foi associado a maiores escores de sintomas depressivos, baixa renda e história de traumas na infância; e domínio ambiental foi associado a maiores escores dos sintomas depressivos, baixa renda e uso de estabilizadores de humor. Outrossim, nestas análises multivariadas estatísticas a escala QV total e as subescalas estavam menos relacionadas aos diagnósticos clínicos e ao número de episódios depressivos do que com a gravidade da depressão e ansiedade, enquanto a severidade da mania não apresentou impacto efetivo. Por fim, não foram encontradas associações significantes com TUT, histórico familiar de TDM, TB ou suicídio, índice de massa corpórea e gênero.

As implicações na prática clínica desses achados incluem a oportunidade de identificar subgrupos de indivíduos com transtornos do humor com baixos escores em QV e comprometimento na funcionalidade laboral, com maior gravidade dos sintomas depressivos e de ansiedade, que foram expostos a história de maus-tratos na infância. Em suma, estes dados sugerem que a baixa QV entre pacientes com transtornos do humor estão associados a ter tido experiências como abuso infantil e negligência, assim como ter maior gravidade nos sintomas depressivos, bem como usar estabilizadores de humor, tipo anticonvulsivante e apresentar ideiação suicida. Apesar de algumas limitações, nossas constatações fornecem evidência da incapacitação da QV em pacientes com transtornos de humor que foram relacionados à sintomas depressivos mais severos, abuso infantil e negligência, baixa renda e comportamento suicida. A prevenção e a intervenção inicial para que se reduza a ocorrência do abuso infantil e negligência, assim como alcançar a redução da gravidade dos sintomas e a funcionalidade-laboral no TB e no TDM poderá resultar em uma melhor QV.

REFERÊNCIAS

1. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman A, Michaud C, Ezzati M. et al, Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380(9852):2197-2223.
2. Lopez, A.D. Mathers C, Ezzati M, Jamison D, Murray C. Global and regional burden of disease and risk factors 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet* 2006; 367:1747–57.
3. World Health Organization The WHOQol Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-9.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. ed. Arlington: American Psychiatric Publishing 2013.
5. Young A, Klap R, Sherbourne C, Wells K. The quality of care for depressive and anxiety disorder in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:55-61.
6. Dean BB, Gerner D, Gerner RH. A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment and healthcare costs and utilization in bipolar disorder. *Curr Med Res Opin* 2004;20:139-154.
7. Bowden CL. Bipolar disorder and work loss. *Am J Manag Care*. 2005; 11(3 Suppl):S91-4.
8. Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. *Health Qual Life Outcomes* 2005;3:72.
9. Michalak EE, Yatham LN, Kolesar S, Lam RW. Bipolar disorder and quality of life: a patient-centered perspective. *Qual Life Res*. 2006; 15: 25-37.
10. Goossens PJ, Hartong EG, Knoppert-van der Klein EA, van Achterberg T. Self-reported psychopathological symptoms and quality of life in outpatients with bipolar disorder. *Perspect Psychiatr Care* 2008;44:275-284.
11. Gutierrez-Rojas L, Gurpegui M, Ayuso-Mateos JL, Gutiérrez-Ariza JA, Ruiz-Veguilla M, Jurado D. Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general. *Bipolar Disord*. 2008;10:625-34.

12. Katon WJ, Lin E, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman E, Young B, Peterson D, McGregor M, McCulloch D. Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses. *N Engl J Med* 2010;363,27:2611-20.
13. Ekman M, Granstrom O, Omerov S, Jacob J, Landen M. The societal cost of depression: evidence from 10,000 Swedish patients in psychiatric care. *J Affect Disord* 2013;150(3):790
14. Martín-Subero M, Berk,L, Dood S , Maes, M., Kulkarni, J., De Castella, A., Fitzgerald, P. B. and Berk, M. 2014, Quality of life in bipolar and schizoaffective disorder - a naturalistic approach. *Compr Psychiatry* 2014;55-70: 1540-45.
15. Castro MRP, Matsuo T, Nunes SOV. Clinical characteristics and quality of life of smokers at a referral center for smoking cessation. *J. Bras. Pneumol* 2010;36(1):67-74.
16. Mitra M, Chung MC, Wilber N, Klein Walker D. Smoking status and quality of life: a longitudinal study among adults with disabilities. *Am J Prev Med.* 2004;27(3):258-60.
17. Schmitz N, Kruse J, Kugler J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 2003;160(9):1670-61.
18. Fracalanza K, McCabe R, Taylor V, Antony M. Bipolar Disorder Comorbidity in Anxiety Disorders: Relationship to demographic profile, symptom severity, and functional impairment. *Eur. J. Psychiat* 2011;25(4):223-233.
19. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo LH, Moreno D, Turecki G, Reis C, et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2015;17(1):1-16.
20. Krug, E. G, Dahlberg LL, Mercy J, Zwi A, Lozano R. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: World Health Organization. *World Report on Violence and Health.* Geneva: WHO 2002;59-86.
21. Afifi, T O, Enns Murray W., Cox, B J. ,de Graaf, R; ten Have, M, Sareen J. Child Abuse and Health-Related Quality of Life in Adulthood. *J Nerv Ment Dis* 2007;195(10):797-882.
22. Grassi-Oliveira R, Stein LM. Childhood maltreatment associated with PTSD and emotional distress in low-income adults: the burden of neglect. *Child Abuse Negl* 2008;32(12):1089-94.

- 23.** Beaulieu S, Saury S, Sareen J, Tremblay J, Schütz CG, McIntyre RS, Schaffer A, The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid substance use disorders. *Ann Clin Psychiatry* 2012;24(1):38-55.
- 24.** Quello S, Brady K, Sonne S. Mood Disorders and Substance Use Disorder: A Complex Comorbidity. *Sci Pract Perspect* 2005;3(1):13-21.
- 25.** Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQoLbref. *Rev Saúde Pública* 2000;34(2):178-83.
- 26.** Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 69-82.
- 27.** American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th. ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2000
- 28.** American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. ed. Alington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- 29.** Woo J M, Jeon H J, Nohe, Kim H J, Lee S W, Lee K K, Kim S H, Hong J P. Importance of remission and residual somatic symptoms in health-related quality of life among outpatients with major depressive disorder: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2014,12:188.
- 30.** Harvey PD. Definig and achievinig recovery from bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67;Suppl 9:14-8; discussion 36-42.
- 31.** IsHak W W, Mirocha J, James D, Tobia G. Vilhauer J, Fakhry H, Pi S, Hanson E, Nashawati R, Peselow D, Cohen RM. Quality of life in major depressive disorder before/after multiple steps of treatment and one-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 2015;131(1):51-60.
- 32.** Avila CC, Cabello M, Cieza A, Vieta E, Ayuso-Mateos JL. Functioning and disability in bipolar disorders: a systematic review of literature using the ICF as a reference. *Bipolar Disord.* 2010;12:473-82.

- 33.** Cohen RM, Greenberg JM, IsHak WW. Incorporating multidimensional patient-reported outcomes of symptom severity, functioning, and quality of life in the Individual Burden of Illness Index for Depression to measure treatment impact and recovery in MDD. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(3):343-50.
- 34.** Kwon JW, Kim JH: The impact of health-related quality of life on suicidal ideation and suicide attempts among Korean older adults. *J Gerontol Nurs* 2012;38:48-59.
- 35.** Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, H Moreno D, Turecki G, Reis C, Cassidy F, Sinyor M, Azorin J M, Kessing L V, Ha K, Goldstein T, Weizman A, Beautrais A, Chou Y H, Diazgranados N, Levitt A J, Zarate C A Jr, Rihmer Z, International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2015;17(1):1-16.
- 36.** Mann JJ: A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med* 2002; 136:302-11.
- 37.** Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH: Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001;286(24):3089-96.
- 38.** Cogle J, Hakes J, Macatee R, Chavarria J, Zvolensky M. Quality of life and risk of psychiatric disorders among regular users of alcohol, nicotine, and cannabis: An analysis of the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Psychiatr Res*. 2015; 66-67,135-41.
- 39.** Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-Term Health Outcomes of Childhood Abuse The Long-term Health Outcomes of Childhood Abuse An Overview and a Call to Action. *J Gen Intern MED* 2003;18:864-870.
- 40.** Chahine E. Child Abuse and its Relation to Quality of Life of Male and Female Children . *Procedia - Soc Behav Sci* 2014;159:161-68.
- 41.** Schatzberg A, Cole J. DeBatista.C. *Manual of Clinical Psychopharmacology*. Sixth edition Washington: American Psychiatric Publishing 2007.
- 42.** Yatham, L.N., Kennedy, S.H., Parikh, S. V, Schaffer, A., Beaulieu, S., Alda, M., O'Donovan, C., Macqueen, G., McIntyre, R.S., Sharma, V., Ravindran, A., Young, L.T., Milev, R., Bond, D.J., Frey, B.N., Goldstein, B.I., Lafer, B., Birmaher, B., Ha, K., Nolen, W.A., Berk, M., 2013. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and

International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder 2013;15:1-44.

43. Vieta E. Mood stabilization in the treatment of bipolar disorder: focus on quetiapine. *Hum Psychopharmacol* 2005;20(4):225-36.

44. Del-Ben CM, Vilela JAA, Crippa JAS, Hallak JEC, Labate CM, Zuardi AW. Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV - Clinical Version translated into portuguese. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2001;23(3):156-9.

45. Hamilton, M. A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1960;23:56-62.

46. Moreno RA, Moreno DH. Hamilton and Montgomery & Åsberg depression rating scales. *Rev Psiquiatr Clin* 1998; 25(5):262-72.

47. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32:50–55.

48. Vilela, J.A.A., Crippa, J.A.S., Del-Ben, C.M. & Loureiro, S.R. Reliability and validity of a Portuguese version of the Young Mania Rating Scale. *Braz J Med Biol Res.* 2005;38:1429-39.

49. Grassi-Oliveira, R., Stein Lm Fau - Pezzi, J.C. & Pezzi, J.C. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Rev Saúde Pública* 2006;40(2):249-55.

50. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reability and feasibility. *Addiction* 2002;97(9):1183-94.

51. Henriques, HIF, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni ML. Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Rev. Assoc. Med. Bras* 2004; 50(2):199-206.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Avaliação dos marcadores biológicos em pacientes em tratamento por Transtorno Bipolar e por Transtorno por Uso do Tabaco”

Prezado(a) senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “Avaliação dos marcadores biológicos em pacientes em tratamento por Transtorno Bipolar e por Transtorno por Uso do Tabaco”, a ser realizada no Ambulatório do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Londrina. O objetivo da pesquisa é avaliar os níveis de algumas substâncias encontradas no sangue que podem indicar estado de inflamação excessiva no organismo, além de investigar obesidade e outras complicações do metabolismo como alteração dos níveis de colesterol e glicemia em pacientes bipolares e/ou com Transtorno por Uso do Tabaco. Sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma: durante sua avaliação médica de rotina você também responderá um questionário sobre seu histórico médico e quadro atual desintomas e no dia da coleta de sangue para os exames de rotinas (Hemograma, ácido úrico, creatinina, ureia, proteínas totais, fibrinogênio, eletroforese de proteínas, glicose, homocisteína, insulina, perfil lipídico (colesterol total, Triglicerídeos, HDL, LDL) PCR, TGO, TGP, VHS, TSH, HBCA1, sorologia para HIV, hepatite B e C) que seu médico solicitou haverá coleta de 36 ml de sangue a mais para os exames da pesquisa (TRAP), (FOX-LOOH), (QL-LOOH), (MDA), (NOx), (AOPP), (SOD), Determinação da catalase, Determinação de Glutathione total, oxidada e reduzida, Determinação do grupamento sulfidril (SH), Determinação da atividade da paraoxonase 1 (PON-1).

Outra forma de sua participação é a utilização da medicação ACETILCISTEÍNA (NAC) como tratamento adjuvante para o transtorno por uso do tabaco, teremos dois grupos – um grupo tomará placebo e o outro irá receber NAC na dose de 2 gramas/dia, sendo que essa medicação é bem tolerada e os efeitos colaterais não difere de forma significativa em relação ao placebo. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o(a) senhor(a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer ônus ou prejuízo a sua pessoa, bem como . Esclarecemos também que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Não haverá

armazenamento de material biológico e sua entrevista clínica permanecerá registrada em seu prontuário médico, bem como terá acesso aos resultados de exames. Esclarecemos ainda que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas, e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa. Os benefícios diretos esperados pela pesquisa seriam os de encaminhar pacientes cujos exames apresentem valores alterados para investigação e cuidado de saúde e o benefício indireto seria o melhor entendimento do Transtorno Bipolar e Transtorno por Uso do Tabaco a fim de desenvolver novas estratégias de tratamento e prevenção. Os riscos serão mínimos, inerentes à coleta de sangue que já seria realizada por indicação clínica. Todos os procedimentos realizados em virtude da pesquisa são realizados por profissionais capacitados de forma a evitar riscos ao participante.

Informamos, ainda, que o(a) senhor(a) receberá assistência gratuita e direito a indenização diante qualquer dano ocorrido em virtude da pesquisa.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de mais esclarecimentos pode nos contatar (Sandra Odebrecht Vargas Nunes, e-mail: sandranunes@sercomtel.com.br, telefone: (43) 3323-8210, Heber Odebrecht Vargas, e-mail: hebevargas@sercomtel.com.br, Décio Sabattini Barbosa, e-mail: sabattini@sercomtel.com.br, telefone: (43) 3371-2451) ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455 ou por e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao(à) senhor(a).

Londrina, ____ de _____ de 20__.

Pesquisador responsável: _____

RG: _____

_____ (nome por extenso do sujeito da pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica):

Data: _____ Rubrica do Pesquisador.

APÊNDICE B**AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA – AVALIAÇÃO CLÍNICA**

Instrumento Número: |__|__|__| Data da primeira avaliação: ____/____/____

Etiqueta de Identificação

Telefone do paciente: _____

Entrevistador: _____

SEÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA**A – Soc1 - RG do paciente**

B – Soc2 - Data de nascimento

____/____/____

C – Soc3 - Idade (em anos): **D – Soc4 - Naturalidade**

0 – Brasil

1 – outros

E – Soc5 - Sexo

0 – feminino

1 – homem

F – Soc6 - Situação conjugal

0 – solteiro(a)

1 – união estável

2 – separado/divorciado(a)

3 – viúvo(a)

G – Soc7 - Cor da pele

0 – branca

1 – negra

2 – amarela

3 – mulato

4 – pardo

5 – Indígena

H – Soc8 – Anos de estudo

I – Soc9 - Reside

0 – sozinho

1 – família

2 – outros

J – Soc10 - Renda familiar

0 – menor que um salário mínimo

1 – um salário mínimo

2 - > 1 salário e \leq 2 salários mínimos

3 - > 2 salários e \leq 3 salários

4 - > 3 salários e \leq 4 salários

5 - \geq 5 salários

K – Soc11 – Quantas pessoas vivem desta renda?

L – Soc12 - Situação laboral

0 – trabalha

1 – desempregado

2 – auxílio – doença

3 – seguro-desemprego

4 – aposentado

5 – trabalho não remunerado

SEÇÃO DE TRANSTORNOS DE HUMOR

SCID – EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

M - SC-A1 - No mês passado...houve um período em que você se sentia deprimido ou triste a maior parte do dia, quase todos os dias? (Como era isso?) Quanto tempo isso durou? Pelo menos 2 semanas?

0 – não

1 – sim

N – SC-A2 - ...e quanto a perder o interesse ou o prazer em coisas das quais você geralmente gostava? SE SIM: Isso era quase todos os dias? Quanto tempo durou? (Pelo menos 2 semanas?)

0 – não

1 – sim

O – SC-D.PR. - Se nem A1 ou A2 for codificado como “+” durante o mês atual, avalie Episódio Depressivo Maior, perguntando as questões A1 e A2 novamente, procurando por episódios ao longo da vida, e começando com “Você já teve...”

0 – não

1 – sim

P – SC-A3 - Durante [PERÍODO DE 2 SEMANAS]...você perdeu ou ganhou peso? (Quanto? Você estava tentando emagrecer?)

0 – não

1 – sim

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

0 – não

1 – sim

R – SC-A5 - ...você estava tão agitado ou impaciente que era incapaz de ficar quieto? (Era tão intenso que as pessoas percebiam? O que elas percebiam? Isso ocorria quase todos os dias?) SE NÃO: E quanto ao contrário - falar ou mover-se mais lentamente do que o seu normal? (Era tão intenso que as outras pessoas percebiam? O que elas percebiam? Isso ocorria quase todos os dias?)

0 – não

1 – sim

S – SC-A6 - ...como estava a sua disposição? (Cansado o tempo todo? Quase todos os dias?)

0 – não

1 – sim

T – SC-A7 - ...como você se sentia sobre você mesmo? (Inútil? Quase todos os dias?) SE NÃO: E quanto a se sentir culpado a respeito de coisas que você fez ou deixou de fazer? (Quase todos os dias?)

0 – não

1 – sim

U - SC-A8 - ...você teve dificuldades em pensar ou em se concentrar? (Com que tipo de coisas isso interferiria? Quase todos os dias?) SE NÃO: Era difícil tomar decisões sobre coisas cotidianas?

0 – não

1 – sim

V – SC-A9 - ...as coisas estavam tão ruins que você pensava muito na morte, ou que seria melhor morrer? E quanto a pensar em se matar? SE SIM: Você fez alguma coisa para se matar?

0 – não

1 – sim

W – SC-A10 - PELO MENOS 5 DE A(1)-A(9) SÃO CODIFICADOS COMO “+” E PELO MENOS UM DESTES É O ITEM A(1) OU A(2).

0 – não

1 – sim

X – SC-A11 - SE NÃO ESTIVER CLARO: A depressão atrapalhou o seu trabalho, os cuidados com a sua casa ou o seu relacionamento com as outras pessoas? (CRITÉRIO C)

0 – não

1 – sim

Y – SC-A12 - Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente? Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio? SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando? Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga? (CRITÉRIO D)

0 – não

1 – sim

Z – SC-A13 - SE NÃO SOUBER: Isso começou logo após alguém que lhe era próximo Ter morrido? (CRITÉRIO E)

0 – não

1 – sim

AA – SC-A14 – Preenche os critérios A (A10 = 1), C (A11 = 1), D (A12 = 0) e E (A13 = 0) para episódio depressivo maior?

0 – não

1 – sim

AB – SC-A15 - Por quantas vezes diferentes você esteve [deprimido / PALAVRAS DO PACIENTE] quase todos os dias, por pelo menos duas semanas e teve vários dos sintomas que você descreveu, tais como [SINTOMAS DO PIOR EPISÓDIO]?

Codificar o número de episódios depressivos

SCID – EPISÓDIO MANÍACO

AC – SC-A16 - Já houve um período em que você estava se sentindo tão bem ou alegre, que as outras pessoas acharam que você não estava no seu normal, ou você estava tão alegre que teve problemas por isso? (Alguém disse que você estava acelerado? Era mais do que apenas se sentir bem?) Como era isso? SE NÃO: E Quanto a um período em que você estava tão irritadiço, que você gritava com as pessoas, ou começava brigas ou discussões? (Você se percebia gritando com pessoas as quais você nem conhecia?) (CRITÉRIO A)

0 – não

1 – sim

AD - SC- A17 -Quanto tempo durou? (Pelo menos 1 semana? Você teve que ser internado?) - (CRITÉRIO A)

0 – não

1 – sim

AE – SC-A18 - ...como você se sentia a respeito de si mesmo? (Mais confiante em si mesmo do que o habitual? Algum poder ou habilidade especial?) – (CRITÉRIO B1)

0 – não

1 – sim

AF – SC-A19 - ...você precisava de menos sono do que o habitual? SE SIM: Ainda assim se sentia descansado? – (CRITÉRIO B2)

0 – não

1 – sim

AG - SC-A20 - ...você estava mais falante do que o normal? (As pessoas tinham dificuldade de interromper ou entender você? As pessoas tinham dificuldades de dizer uma palavra?) (CRITÉRIO B3)

0 – não

1- sim

AH - SC-A21 - ...os seus pensamentos passavam rápido pela sua cabeça? (CRITÉRIO B4)

0 – não

1- sim

AI – SC-A22 - ...você se distraía facilmente com as coisas à sua volta ou tinha dificuldades em se concentrar? (CRITÉRIO B5)

0 – não

1- sim

AJ - SC-A23 - ...como você passava o seu tempo? (Trabalho, amigos, passatempos? Você estava tão ativo que seus amigos ou familiares ficaram preocupados com você?) (CRITÉRIO B6)

0 – não

1 – sim

AK – SC-A24 - SE NÃO HOVER AUMENTO DE ATIVIDADE:

Você estava fisicamente irrequieto? (Quanto isto era desagradável?) ...você fez alguma coisa que poderia ter causado problemas para você ou para sua família? (Comprar coisas das quais não precisava? Qualquer comportamento sexual que não era normal para você? Dirigir de maneira imprudente?) (CRITÉRIO B7)

0 – não

1 – sim

AL – SC-A25 -PELO MENOS TRÊS DE B(1)-B(7) SÃO CODIFICADOS COMO “+” (OU 4, SE O HUMOR FOR APENAS IRRITÁVEL E NÃO ELEVADO)

0 – não

1 – sim

AM – SC-A26 - SE NÃO SOUBER: Naquele período, você teve problemas graves na sua casa ou no trabalho (escola), por que você estava [SINTOMAS], ou precisou ser internado? (CRITÉRIO D)

0 – não

1 – sim

AN – SC-A27 - Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente? Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio? SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando? Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga? (CRITÉRIO E)

0 – não

1 – sim

AO – SC-A28 – Preenche CRITÉRIOS A (A16 = 1 e A17 = 1), B (A25 = 1), D (A26 = 1) e E (A27 = 0)

(FAÇA O DIAGNÓSTICO DE EPISÓDIO MANÍACO)

0 – não

1 – sim

AP – SC-A29 - Por quantas vezes diferentes você esteve [EUFÓRICO / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve [SINTOMAS MANÍACOS RECONHECIDOS] por pelo menos 1 semana (ou foi internado)?

Codificar o número de episódios maníacos

SCID – EPISÓDIO HIPOMANÍACO

AQ – SC-A30 - SE NÃO SOUBER: Quando você esteve [eufórico/irritado / PALAVRAS DO PACIENTE], isto durou pelo menos 4 dias? Você já esteve por mais de uma vez assim? (Em qual vez você esteve mais [eufórico/ irritado / PALAVRAS DO PACIENTE])? (CRITÉRIO A)

0 – não

1 – sim

AR – SC-A31 - ...como você se sentia a respeito de si mesmo? (Mais confiante em si mesmo do que o habitual? Algum poder ou habilidade especial?) (CRITÉRIO B1)

0 – não

1 – sim

AS – SC-A32 - ...você precisava de menos sono do que o habitual? SE SIM: Ainda assim se sentia descansado? (CRITÉRIO B2)

0 – não

1 – sim

AT – SC-A33 - ...você estava mais falante do que o normal? (As pessoas tinham dificuldade de interromper ou entender você? As pessoas tinham dificuldades de dizer uma palavra?) - (CRITÉRIO B3)

0 – não

1 – sim

AU – SC-A34 - ...os seus pensamentos passavam rápido pela sua cabeça? (CRITÉRIO B4)

0 – não

1 – sim

AV – SC-A35 - você se distraía facilmente com as coisas à sua volta ou tinha dificuldades em se concentrar? (CRITÉRIO B5)

0 – não

1 – sim

AW –SC- A36 - ...como você passava o seu tempo? (Trabalho, amigos, passatempos? Você estava tão ativo que seus amigos ou familiares ficaram preocupados com você?) (CRITÉRIO B6)

0 – não

1 – sim

AX – SC-A37 - SE NÃO HOUVER AUMENTO DE ATIVIDADE:

Você estava fisicamente irrequieto? (Quanto isto era desagradável?) ...você fez alguma coisa que poderia ter causado problemas para você ou para sua família? (Comprar coisas das quais não precisava? Qualquer comportamento sexual que não era normal para você? Dirigir de maneira imprudente?) (CRITÉRIO B7)

0 – não

1 – sim

AY – SC-A38 -PELO MENOS TRÊS DE B(1)-B(7) SÃO CODIFICADOS COMO “+” (OU 4, SE O HUMOR FOR APENAS IRRITÁVEL E NÃO ELEVADO)

0 – não

1 – sim

AZ – SC-A39 - SE NÃO SOUBER: Isto é muito diferente do jeito que você costuma ser? (Diferente como? No trabalho? Com os amigos?) (CRITÉRIO C)

0 – não

1 – sim

BA – SC-A40 - SE NÃO SOUBER: As outras pessoas notaram esta mudança em você? (O que elas disseram?) (CRITÉRIO D)

0 – não

1 – sim

BB – SC-A41 - Naquela vez, você teve sérios problemas em casa ou no trabalho (escola) por que você estava [SINTOMAS] ou teve que ser internado?

0 – não

1 – sim

BC – SC-A42 – Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente? Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio? SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando? Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

0 – não

1 – sim

BD – SC-A43 – preenche critérios A (A30 = 1), B (A38 = 1), C (A39 = 1) , D (A40 = 1) e E (A41 = 0)

0 – não

1 – sim

BE – SC-A44 - Por quantas vezes diferentes você esteve [EUFÓRICO / PALAVRAS DO PACIENTE] e teve [SINTOMAS HIPOMANÍACOS RECONHECIDOS] por um determinado período?

Codificar o número de episódios hipomaníacos

SCID – TRANSTORNOS DE HUMOR

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO BIPOLAR I

BF – SC-D1 - História de um ou mais Episódios Maníacos ou Mistos.

0 – não

1 – sim

BG – SC-D2 - Pelo menos um Episódio Maníaco ou Misto não é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou uso de substância.

0 – não

1 – sim

BH – SC-D3 - Pelo menos um Episódio Maníaco ou Misto não é melhor explicado por Tr. Esquizoafetivo e nem está sobreposto a Esquizofrenia, Tr. Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico SOE.

0 – não

1 – sim

BI – SC-D4 - Selecione o código diagnóstico baseado no episódio atual (ou mais recente) (quinto dígito baseado na gravidade).

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO BIPOLAR II

BJ – SC-D5 - Pelo menos um Episódio Hipomaniaco não é devido aos efeitos fisiológicos de uma condição médica geral ou uso de substância (incluindo tratamento antidepressivo somático)

0 – não

1 – sim

BK – SC-D6 - Pelo menos um Episódio Depressivo Maior não é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou uso de substância.

0 – não

1 – sim

BL- SC-D7 - Jamais houve um Episódio Maníaco ou um Episódio Misto.

0 – não

1 – sim

BM – SC-D8 - Os Transtornos de Humor não são melhor explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico SOE.

0 – não

1 – sim

BN – SC - D9 – Especifique o episódio atual

CRITÉRIOS PARA OUTROS TRANSTORNOS BIPOLARES

BO – SC-D1' - Sintomas Maníacos ou Hipomaniacos clinicamente significativos.

0 – não

1 – sim

BP – SC-D1'' - Não devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou uso de substância.

0 – não

1 – sim

BQ – SC-D1''' - Indicar o tipo: Transtorno Ciclotímico ou Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

BR – SC-MD1 - Pelo menos um Episódio Depressivo Maior não é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou uso de substância.

0 – não

1 – sim

BS – SC-MD2 - Pelo menos um Episódio Depressivo Maior não é melhor explicado por Transtorno Esquizoafetivo, nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico SOE.

0 – não

1 – sim

BT – SC-MD3 - Jamais houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto, ou um Episódio Hipomaníaco.

0 – não

1 – sim

BU – SC-MD4 - Selecione o código diagnóstico baseado no número de episódios e severidade do episódio atual

BV – DIAGN.T.H. - Diagnóstico de Tr. De Humor

0 – controle

1 – TAB tipo I

2 – TAB tipo II

3 – ciclador rápido

4 – ciclotimia

5 – TAB Sem Outra Especificação

6 – Depressão Maior (unipolar)

BW – DUR.EP.A. - Duração do episódio atual (em meses)

0 – eutimia

1 – até um mês

2 – entre 1 e 2 meses

3 – entre 2 e 3 meses....

BX – IDADE.IN. - Idade de início da doença

BY – POL.P.EP. - Polaridade do primeiro episódio

0 – controle

1 – depressivo

2 – hipomaníaco

3 – maníaco

4 – misto

BZ – N.INT.PSI. - Número de internações psiquiátricas

CA – EST.TAB - Estadiamento Clínico do Transtorno Bipolar (Kapczinski ET AL.)

0 – não bipolar.

1 - Estágio I – TAB com períodos bem definidos de eutimia sem sintomas interepisódicos.

2 – Estágio II – sintomas nos períodos interepisódicos são basicamente relacionados a comorbidades.

3 – Estágio III - prejuízo marcante no funcionamento e cognição.

4 – Estágio IV - incapaz de viver de forma autônoma devido ao prejuízo cognitivo e funcional.

CB – DEP.RES. - Depressão de Tratamento resistente – Michael Thase – APENAS PARA PACIENTES QUE JÁ FIZERAM TRATAMENTO PARA DEPRESSÃO

0 – não resistente

1 – falha em uma tentativa adequada de uma classe de antidepressivo

2 – resistência ao estágio 1 + falha em uma tentativa adequada de outra classe de antidepressivos

3 – resistência ao estágio 2 + falha em tentativa adequada com antidepressivo tricíclico

4 – resistência ao estágio 3 + falha em tentativa adequada com IMAO

5 – resistência ao estágio 4 + resistência a ECT bilateral

99999 – não fez tratamento para depressão

HAMILTON – DEPRESSÃO

Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a última semana. Como você tem se sentido desde a última (dia da semana)? Se paciente ambulatorial: Você tem trabalhado? Se não: Especifique por que não?

1. Como tem estado seu humor na última semana?

Você tem se sentido para baixo ou deprimido? Triste? Sem esperança?

Na última semana, com que frequência você se sentiu (utilize a palavra referida pelo paciente)? Todos os dias? O dia inteiro? Você tem chorado?

CC – HAM1 – HUMOR DEPRESSIVO (*tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade*)

0 – ausente

1 – sentimentos relatados somente se perguntados

2 – sentimentos relatados espontaneamente, com palavras

3- comunica os sentimentos não com palavras, mas com expressão facial, postura, voz e tendência ao choro

4- o paciente comunica quase que exclusivamente esses sentimentos, tanto em seu relato verbal como na comunicação não-verbal. Se pontuou de 1 a 4, pergunte: **Há quanto tempo você tem se sentido desta maneira?**

2. Você tem se sentido especialmente autocrítico nesta última semana, sentindo que fez coisas erradas ou decepcionou outras pessoas?

SE SIM: quais foram esses pensamentos?

Você tem se sentido culpado em relação a coisas que fez ou não fez?

Você tem pensado que, de alguma forma, você é responsável pela sua depressão?

Você sente que está sendo punido ficando doente?

CD - HAM2 – SENTIMENTOS DE CULPA

0- ausente

- 1- auto-recriminação, acha que decepcionou outras pessoas
- 2- idéias de culpa ou ruminções de erros ou ações pecaminosas (más) no passado.
- 3- paciente acha que a doença atual é uma punição (castigo). Delírio de culpa.
- 4- ouve vozes que o acusam ou denunciam e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

3. Nessa última semana, você teve pensamentos de que não vale a pena viver ou que você estaria melhor morto? ou pensamentos de se machucar ou até de se matar? SE SIM: o que você tem pensado sobre isso? Você já se machucou?

CE - HAM3 – SUICÍDIO

0 – ausente

- 1- acha que não vale a pena viver
- 2- deseja estar morto ou pensa em uma possível morte para si
- 3- ideias ou atitudes suicidas
- 4- tentativas de suicídio

4. Como tem sido seu sono na última semana? Você teve alguma dificuldade em iniciar o sono? Após se deitar, quanto tempo leva para conseguir dormir? Em quantas noites nesta última semana você teve problemas para iniciar o sono?

CF - HAM4 – INSÔNIA INICIAL

0- sem dificuldades para iniciar o sono

- 1- queixa de dificuldade ocasional para iniciar o sono, ou seja, mais que meia hora
- 2- queixa de dificuldade para iniciar o sono todas as noites

5. Durante essa última semana, você tem acordado no meio da noite? SE SIM: você sai da cama? o que você faz? (somente vai ao banheiro?) Quando volta para a cama, você volta a dormir logo? Você sente que seu sono é agitado ou perturbado em algumas noites?

CG - HAM5 – INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

0- sem dificuldade

- 1- queixa de agitação e perturbação durante a noite
- 2- acorda durante a noite – qualquer saída da cama (exceto por motivos de necessidade fisiológica)

6. A que horas você tem acordado pela manhã na última semana? Se cedo: acorda com despertador ou sozinho? A que horas você normalmente acordava (ou seja, antes de ficar deprimido)?

CH - HAM6 – INSÔNIA TARDIA

0- sem dificuldade

1- acorda durante a madrugada, mas volta a dormir

2- não consegue voltar a dormir se levantar da cama durante a noite

7. Como você tem passado seu tempo na última semana (quando não está no trabalho)? Você se sente interessado em fazer (essas atividades) ou você tem de se forçar? Você parou de fazer atividades que costumava fazer? SE SIM: Por quê? Há alguma coisa que você aguarda ansiosamente? (no seguimento): Seu interesse voltou ao normal?

CI - HAM7 – TRABALHO E ATIVIDADES

0- sem dificuldades

1- pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza, relacionados a atividades, trabalho ou passatempos

2- perda de interesse em atividades, passatempos ou trabalho, quer relatado diretamente pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão ou vacilação (sente que precisa se esforçar para o trabalho ou outras atividades)

3- diminuição no tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, o paciente ocupa-se por menos de três horas por dia em atividades (trabalho hospitalar ou passatempos) com exceção das tarefas rotineiras da enfermaria

4- parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, sem atividades, com exceção das tarefas rotineiras da enfermaria, ou se não consegue realizá-las sem ajuda.

8. Avaliação baseada na observação durante a entrevista:

CJ - HAM8 – RETARDO (*lentificação do pensamento e da fala, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora*)

0 - pensamentos e fala normais

1 - lentificação discreta à entrevista

2 - lentificação óbvia durante à entrevista

3 - entrevista difícil

4 - estupor completo

9. Avaliação baseada na observação durante a entrevista:

CK - HAM9 – AGITAÇÃO

0 - nenhuma

1 – inquietação

2 - mexe as mãos, cabelos etc.;

3 - movimenta-se bastante, não consegue permanecer sentado durante a entrevista

4 - retorce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

10. Você tem se sentido especialmente tenso ou irritado nesta última semana? Você tem estado preocupado com coisas pouco importantes com as quais normalmente não se preocuparia? SE SIM: Como com o quê, por exemplo?

CL - HAM10 – ANSIEDADE PSÍQUICA

0 - sem dificuldade

1 - tensão e irritabilidade subjetivas

2 - preocupa-se com trivialidades

3 - atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala

4 - paciente expressa medo sem ser perguntado

11. Na última semana, você sofreu de alguns dos seguintes sintomas físicos?

Leia a lista, parando após cada sintoma para resposta. O quanto esses sintomas o incomodaram na última semana? Quão intensos foram? Quanto tempo ou com que frequência os teve? Nota: não considerar se claramente relacionados à medicação (por exemplo, boca seca e imipramina)

CM - HAM11 – ANSIEDADE – SOMÁTICA

Concomitantes fisiológicos da ansiedade, como

GI: boca seca, flatulência, indigestão, diarreias, cólicas, eructações

CV: palpitação, cefaléias Respiratórios: hiperventilação, suspiros ter de urinar frequentemente

Sudorese

0 - ausente

1 - duvidoso ou trivial: sintomas menores, relatados quando questionados

2 - leve: paciente descreve espontaneamente os sintomas, que não são acentuados ou incapacitantes

3 - moderado: mais do que 2 sintomas e com maior frequência. São acompanhados de estresse subjetivo e prejudicam o funcionamento normal

4 - grave: numerosos sintomas, persistentes e incapacitantes na maior parte do tempo, ou ataques de pânico quase diariamente

12. Como tem estado seu apetite nesta última semana? (Como se compara ao seu apetite habitual?)

Você tem tido que se forçar a comer? As outras pessoas têm que insistir para você comer?

CN - HAM12 – SINTOMAS SOMÁTICOS – GASTRINTESTINAIS

0 – nenhum

1 - perda de apetite, mas come sem necessidade de insistência

2 - dificuldade para comer se não insistirem

13. Como tem estado sua "energia" nesta última semana? Você se sente cansado o tempo todo? Nesta última semana, você teve dor nas costas, dor de cabeça ou dor muscular? Nesta última semana, você tem sentido um peso nos membros, nas costas ou na cabeça?

CO - HAM13- SINTOMAS SOMÁTICOS – GERAIS

0 - nenhum

1 - peso em membros, costas ou cabeça; dor nas costas, na cabeça ou nos músculos. Perda de energia e fadiga

2 - qualquer sintoma bem caracterizado e nítido.

14. Como tem estado seu interesse por sexo nesta semana? (não estou lhe perguntando sobre seu desempenho, mas sobre seu interesse por sexo- o quanto você tem pensado nisso? Houve alguma mudança em seu interesse por sexo (em relação à época em que você não estava deprimido)? Isso é algo em que você tem pensado muito? Se não: isso é pouco habitual para você?

CP - HAM14 - SINTOMAS GENITAIS

0 - ausentes

1 - leves ou infrequentes: perda de libido, desempenho sexual prejudicado

2 - óbvio e graves: perda completa do interesse sexual

15. Na última semana, o quanto seus pensamentos têm focalizado na sua saúde física ou no funcionamento de seu corpo (comparado ao seu pensamento habitual). Você se queixa muito de sintomas físicos? Você tem-se deparado com situações em que você pede ajuda para fazer coisas que poderia fazer sozinho? SE SIM: Como o quê, por exemplo? Com que frequência isso tem ocorrido?

CQ - HAM15 – HIPOCONDRIA

0 - ausente

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

2 - preocupação com a saúde

3 - queixas frequentes, pedidos de ajuda etc.

4 - delírios hipocondríacos

16. Você perdeu algum peso desde que essa (DEPRESSÃO) começou? SE SIM: Quanto? SE INCERTO: Você acha que suas roupas estão mais folgadas? No Seguimento: Você voltou a ganhar peso?

CR - HAM16 – PERDA DE PESO

0 - sem perda de peso ou perda de peso NÃO causada pela doença atual

- 1 - perda de peso provavelmente causada pela doença atual. Perda de menos de meio quilo
- 2 - perda de peso definitivamente causada pela doença atual. Perda de meio quilo ou mais

17. Avaliação baseada na observação

CS - HAM17 – CRÍTICA (CONSCIÊNCIA DA DOENÇA)

- 0 - reconhece estar deprimido e doente OU não estar deprimido no momento
- 1 - reconhece estar, mas atribui a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a um vírus, à necessidade de descanso etc.
- 2 - nega estar doente

BECK – DEPRESSÃO

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

CT - BECK1. Tristeza

- 0 - Não me sinto triste.
- 1 - Eu me sinto triste.
- 2 - Estou sempre triste e não consigo sair disso.
- 3 - Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

CU - BECK2.Pessimismo

- 0 - Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
- 1 - Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
- 2 - Acho que nada tenho a esperar.
- 3 - Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

CV - BECK3.Sensação de fracasso

- 0 - Não me sinto um fracasso.
- 1 - Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- 2 - Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- 3 - Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

CW - BECK4.Perda de prazer

- 0 - Tenho tanto prazer em tudo como antes.
- 1 - Não sinto mais prazer nas coisas como antes.

2 - Não encontro um prazer real em mais nada.

3 - Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

CX - BECK5. Sentimentos de culpa

0 - Não me sinto especialmente culpado.

1 - Eu me sinto culpado às vezes.

2 - Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.

3 - Eu me sinto sempre culpado.

CY - BECK6. Sentimentos de punição

0 - Não acho que esteja sendo punido.

1 - Acho que posso ser punido.

2 - Creio que vou ser punido.

3 - Acho que estou sendo punido

CZ - BECK7. Decepção consigo mesmo

0 - Não me sinto decepcionado comigo mesmo.

1 - Estou decepcionado comigo mesmo.

2 - Estou enojado de mim.

3 - Eu me odeio.

DA - BECK8. Crítica consigo mesmo

0 - Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.

1 - Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.

2 - Eu me culpo sempre por minhas falhas.

3 - Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

DB - BECK9. Ideias de suicídio

0 - Não tenho quaisquer idéias de me matar.

1 - Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.

2 - Gostaria de me matar.

3 - Eu me mataria se tivesse oportunidade.

DC - BECK10. Sono

0 - Não choro mais que o habitual.

1 - Choro mais agora do que costumava.

2 - Agora, choro o tempo todo.

3 - Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

DD - BECK11. Irritação

- 0 - Não sou mais irritado agora do que já fui.
- 1 - Fico irritado mais facilmente do que costumava.
- 2 - Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
- 3 - Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.

DE - BECK12. Perda de interesse

- 0 - Não perdi o interesse nas outras pessoas.
- 1 - Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
- 2 - Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
- 3 - Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

DF - BECK13. Indecisão

- 0 - Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
- 1 - Adio minhas decisões mais do que costumava.
- 2 - Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
- 3 - Não consigo mais tomar decisões.

DG - BECK14. Desvalorização

- 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
- 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
- 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
- 3 Considero-me feio.

DH - BECK15. Falta de energia

- 0 - Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
- 1 - Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
- 2 - Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
- 3 - Não consigo fazer nenhum trabalho.

DI - BECK16. Insônia

- 0 - Durmo tão bem quanto de hábito.
- 1 - Não durmo tão bem quanto costumava.
- 2 - Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 3 - Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

DJ - BECK17. Cansaço

- 0 - Não fico mais cansado que de hábito.

- 1 - Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
- 2 - Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
- 3 - Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

DK - BECK18. Perda de apetite

- 0 - Meu apetite não está pior do que de hábito.
- 1 - Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
- 2 - Meu apetite está muito pior agora.
- 3 - Não tenho mais nenhum apetite.

DL - BECK19. Perda de peso

- 0 - Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
- 1 - Perdi mais de 2,5 Kg.
- 2 - Perdi mais de 5,0 Kg.
- 3 - Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

DM - BECK20. Preocupação com saúde

- 0 - Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
- 1 - Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
- 2 - Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
- 3 - Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

DN - BECK21. Perda de interesse sexual

- 0 - Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
- 1 - Estou menos interessado por sexo que costumava.
- 2 - Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
- 3 - Perdi completamente o interesse por sexo.

COLUMBIA – SUICÍDIO

IDEAÇÃO SUICIDA

Faça as perguntas 1 e 2. Se as respostas para ambas forem negativas, passe para a seção “Comportamento Suicida”. Se a resposta para a pergunta 2 for “sim”, faça as perguntas 3, 4 e 5. Se a resposta para a pergunta 1 e/ou 2 for “sim”, preencha a seção abaixo “Intensidade da ideação”.

1. Desejo de estar morto/a

O/A paciente confirma ter pensamentos sobre o desejo de estar morto/a ou de não mais viver ou desejar dormir e nunca mais acordar.

Você desejou estar morto/a ou desejou poder dormir e nunca mais acordar?

DO - Col1a - Desejo de estar morto/a alguma vez na vida.

0 – não

1 – sim

DP - Col1b - Desejo de estar morto/a no último mês.

0 – não

1 – sim

2. Pensamentos suicidas ativos não-específicos

Pensamentos suicidas não-específicos de querer pôr fim à vida / cometer suicídio (p. ex., “*Eu pensei em me matar*”) sem ideia sobre como se matar / métodos associados, intenções ou planos durante o período de avaliação.

Você já pensou realmente em se matar?

DQ - Col2a - Pensamentos suicidas ativos não-específicos alguma vez na vida.

0 – não

1 – sim

DR - Col2b - Pensamentos suicidas ativos não-específicos no último mês.

0 – não

1 – sim

3. Ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir

O/A paciente confirma pensamentos de suicídio e já pensou em pelo menos um método durante o período de avaliação. Isto difere de um plano específico com elaboração de detalhes de hora, lugar ou método (p. ex., pensou no método de se matar, porém sem um plano específico). Inclui pessoas que diriam, “*Eu pensei em tomar uma overdose de remédio, mas nunca fiz um plano específico de quando, onde ou como eu a realizaria.....e eu nunca levaria isso adiante*”.

Você tem pensado em como poderia fazer isso?

DS - Col3a - Ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir alguma vez na vida.

0 – não

1 – sim

DT- Col3b - Ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir no último mês.

0 – não

1 – sim

4. Ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem plano específico

Pensamentos suicidas ativos de se matar e o/a paciente relata ter alguma intenção de pôr esses pensamentos em prática, ao invés de *"Eu tenho os pensamentos, mas eu, com certeza, não os levarei adiante"*.

Você teve esses pensamentos e teve alguma intenção de colocá-los em prática?

DU - Col4a - Ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem plano específico durante a vida.

0 – não

1 – sim

DV - Col4b - Ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem plano específico no último mês.

0 – não

1 – sim

5. Ideação suicida ativa com plano específico e intenção

Pensamentos sobre se matar com detalhes do plano, totalmente ou parcialmente elaborados e o/a paciente tem alguma intenção de executá-lo.

Você já começou a elaborar ou já elaborou os detalhes de como se matar? Você pretende executar esse plano?

DW - Col5a - Ideação suicida ativa com plano específico e intenção durante a vida.

0 – não

1 – sim

DX - Col5b - Ideação suicida ativa com plano específico e intenção no último mês.

0 – não

1 – sim

INTENSIDADE DA IDEACÃO

As seguintes características devem ser avaliadas levando em consideração o tipo de ideação mais intenso (i.e. os itens 1 a 5 da seção anterior, sendo 1 o menos intenso e 5 o mais intenso). Pergunte o momento em que ele / ela estava se sentindo com maior tendência suicida.

DY - Col6a- Qual o tipo de ideação mais intenso durante a vida.

- 0 – nenhum
- 1 – Desejo de estar morto/a
- 2 – Pensamentos suicidas ativos não-específicos
- 3 - Ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir
- 4 – Ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem plano específico
- 5 - Ideação suicida ativa com plano específico e intenção

DZ - Col6b- Qual o tipo de ideação mais intenso no último mês.

- 0 – nenhum
- 1 – Desejo de estar morto/a
- 2 – Pensamentos suicidas ativos não-específicos
- 3 - Ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir
- 4 – Ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem plano específico
- 5 - Ideação suicida ativa com plano específico e intenção

Quantas vezes você teve esses pensamentos?**EA – Col7a – Frequência durante a vida.**

- 0 – nunca
- 1 - Menos de uma vez por semana
- 2 - Uma vez por semana
- 3 - 2-5 vezes por semana
- 4 - Todos os dias ou quase todos os dias
- 5 - Muitas vezes por dia

EB – Col7b – Frequência no último mês.

- 0 – nunca
- 1 - Menos de uma vez por semana
- 2 - Uma vez por semana
- 3 - 2-5 vezes por semana
- 4 - Todos os dias ou quase todos os dias
- 5 - Muitas vezes por dia

Quando você tem esses pensamentos, quanto tempo eles duram?**EC – Col8a – Duração durante a vida.**

- 0 – não se aplica
- 1 -Passageiros - alguns segundos ou minutos

- 2 - Menos de 1 hora/algum tempo
- 3 - 1-4 horas / muito tempo
- 4 - 4-8 horas / a maior parte do dia
- 5 - Mais de 8 horas / persistentes ou contínuos

ED – Col8b – Duração no último mês.

- 0 – não se aplica
- 1 -Passageiros - alguns segundos ou minutos
- 2 - Menos de 1 hora/algum tempo
- 3 - 1-4 horas / muito tempo
- 4 - 4-8 horas / a maior parte do dia
- 5 - Mais de 8 horas / persistentes ou contínuos

EE- Col9a –Controle durante a vida.

- 99999 – não se aplica
- 1 -É capaz de controlar os pensamentos facilmente
- 2 - Pode controlar os pensamentos com pouca dificuldade
- 3 - Pode controlar os pensamentos com alguma dificuldade
- 4 - Pode controlar os pensamentos com muita dificuldade
- 5 - É incapaz de controlar os pensamentos
- 0 - Não tenta controlar os pensamentos.

EF- Col9b –Controle no último mês.

- 99999 – não se aplica
- 1 -É capaz de controlar os pensamentos facilmente
- 2 - Pode controlar os pensamentos com pouca dificuldade
- 3 - Pode controlar os pensamentos com alguma dificuldade
- 4 - Pode controlar os pensamentos com muita dificuldade
- 5 - É incapaz de controlar os pensamentos
- 0 - Não tenta controlar os pensamentos.

Há coisas - algo ou alguém (p. ex., família, religião, dor da morte) - que o/a impediram de querer morrer ou de colocar em ação sua ideia de cometer suicídio?

EG – Col10a - Razões para não cometer suicídio durante a vida.

- 0 - Não se aplica ao seu caso
- 1 - Essas razões, com certeza, o/a impediram de cometer suicídio
- 2 - Essas razões, provavelmente, o/a impediram

3 - Não tem certeza de que essas razões o/a impediram

4 - Essas razões, provavelmente, não o/a impediram

5 -Essas razões, com certeza, não o/a impediram

EH – Col10b - Razões para não cometer suicídio no último mês.

0 - Não se aplica ao seu caso

1 - Essas razões, com certeza, o/a impediram de cometer suicídio

2 - Essas razões, provavelmente, o/a impediram

3 - Não tem certeza de que essas razões o/a impediram

4 - Essas razões, provavelmente, não o/a impediram

5 -Essas razões, com certeza, não o/a impediram

Que tipos de razão você teve para pensar em querer morrer ou se matar? Foi para acabar com o sofrimento ou pôr fim à maneira como você estava se sentindo (em outras palavras, você não conseguia continuar a viver com esse sofrimento ou como você estava se sentindo) ou foi para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas? Ou ambos?

EI – Col11a - Razões para ideação durante a vida.

0 - Não se aplica ao seu caso

1 - Com certeza para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas

2 - Sobretudo para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas

3 - Tanto para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas como para acabar com o sofrimento

4 - Sobretudo para acabar com o sofrimento

5 - Com certeza para acabar com o sofrimento

EJ – Col11b - Razões para ideação no último mês.

0 - Não se aplica ao seu caso

1 - Com certeza para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas

2 - Sobretudo para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas

3 - Tanto para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas como para acabar com o sofrimento

4 - Sobretudo para acabar com o sofrimento

5 - Com certeza para acabar com o sofrimento

COMPORTEAMENTO SUICIDA

Um ato potencialmente autolesivo cometido com ao menos algum desejo de morrer, *como resultado da ação*. O comportamento foi, em parte, pensado como um método para se matar. A intenção não precisa ser de 100%. Se existe **qualquer** intenção / desejo de morrer associado ao ato, este pode ser considerado como uma tentativa de suicídio efetiva. **Não é necessário haver qualquer lesão ou ferimento**, apenas um potencial para lesionar ou ferir. Se a pessoa puxa o gatilho com a arma na boca, mas a arma está quebrada, e então não resulta em lesões, este ato é considerado como uma tentativa.

Inferindo intenção: Mesmo que a pessoa negue a intenção / o desejo de morrer, esta deve ser inferida clinicamente a partir do comportamento ou das circunstâncias. Por exemplo, a única intenção que se pode inferir de um ato altamente letal que, obviamente, não é um acidente, é a intenção de suicídio (p.ex., tiro na cabeça, pular da janela de um andar alto). Também se deve inferir intenção de morrer, se alguém nega esta intenção, mas pensa que o que fez poderia ser letal.

Você cometeu uma tentativa de suicídio? Você fez alguma coisa para se ferir?

Você fez alguma coisa perigosa que poderia ter matado você? O que você fez?

Você ____ como uma maneira de pôr fim à sua vida?

Você queria morrer (nem que fosse só um pouquinho) quando você ____?

Você estava tentando pôr um fim à sua vida quando você ____?

Ou Você pensou que era possível ter morrido com ____?

Ou você fez isso unicamente por outras razões / sem QUALQUER intenção de se matar (como para aliviar o estresse, sentir-se melhor, ganhar simpatia ou para fazer qualquer outra coisa acontecer)? (Comportamento autolesivo sem intenção suicida)

EK – Col12a - Número de tentativas efetivas durante a vida.

0 – nenhuma, 1 – 1, 2 – 2....

--	--

EL – Col12b - Número de tentativas efetivas nos últimos 5 anos.

0 – nenhuma, 1 – 1, 2 – 2....

--	--

EM – Col13a - Comportamento autolesivo não suicida durante a vida

0 – não

1 – sim

EN – Col13b - Comportamento autolesivo não suicida nos últimos 5 anos.

0 – não

1 – sim

Tentativa interrompida:

Quando a pessoa é impedida (por uma circunstância externa) de iniciar o ato potencialmente autolesivo (*se não fosse por isso, uma tentativa efetiva teria ocorrido*).

Overdose: A pessoa tem pílulas na mão, mas é impedida de ingeri-las. Uma vez que ela tenha ingerido qualquer quantidade de pílulas, o ato se torna uma tentativa e não uma tentativa interrompida. Tiro: a pessoa tem uma arma apontada para si, a arma é retirada por outra pessoa ou de alguma forma ela é impedida de puxar o gatilho. Uma vez que ela puxar o gatilho, mesmo que a arma não dispare é considerado como uma tentativa. Pular: A pessoa está pronta para pular, é agarrada e retirada da beirada. Enforcamento: A pessoa tem um laço em torno do pescoço, mas ainda não começou a se enforcar - é impedida de fazer isso.

Houve alguma vez em que começou a fazer alguma coisa para pôr fim à sua vida, mas alguém ou alguma coisa o/a impediu antes que você realmente fizesse algo?

EO – Col14a - Número de tentativas interrompidas durante a vida.

0 – nenhuma, 1 – 1, 2 – 2....

EP – Col14b - Número de tentativas interrompidas nos últimos 5 anos.

0 – nenhuma, 1 – 1, 2 – 2....

Tentativa abortada:

Quando a pessoa começa a dar os primeiros passos em direção a uma tentativa de suicídio, mas para antes de realmente se engajar em qualquer comportamento autodestrutivo. Os exemplos são parecidos com os de tentativas interrompidas, exceto pelo fato da pessoa parar sozinha, em vez de ser parada por alguma outra coisa.

Houve alguma vez em que você começou a fazer alguma coisa para tentar pôr fim à sua vida, mas você mesmo/a parou antes de efetuar a ação?

EQ – Col15a - Número de tentativas abortadas durante a vida.

0 – nenhuma, 1 – 1, 2 – 2....

ER – Col15b - Número de tentativas abortadas nos últimos 5 anos.

0 – nenhuma, 1 – 1, 2 – 2....

Atos ou comportamentos preparatórios:

Atos ou preparação tendo em vista uma tentativa de suicídio iminente. Isso pode incluir qualquer coisa além de uma verbalização ou pensamento, tal como planejar um método específico (p. ex., comprar pílulas, adquirir uma arma) ou preparar-se para a morte por suicídio (p. ex., desfazer-se de coisas, escrever um bilhete suicida).

Você deu algum passo em direção a cometer uma tentativa de suicídio ou a preparar-se para se matar (tal como reunir pílulas, adquirir uma arma, dar pertences de valor ou escrever um bilhete suicida)?

ES – Col16a - Atos ou comportamentos preparatórios durante a vida.

0 – não

1 – sim

ET – Col16b - Atos ou comportamentos preparatórios nos últimos 5 anos.

0 – não

1 – sim

EU – Col17 - Comportamento suicida durante o período de avaliação nos últimos 30 dias.

0 – não

1 – sim

Responder somente para tentativas efetivas

EV – Col18a - Letalidade efetiva / Danos físicos da tentativa mais letal

0 - Ausência de danos físicos ou danos físicos muito leves

1 - Danos físicos leves (p .ex., letargia da fala, queimaduras de primeiro grau, sangramentos leves, entorses)

2 - Danos físicos moderados; necessidade de cuidados médicos (p. ex., consciente, porém sonolento/a, um tanto responsivo/a, queimaduras de segundo grau, sangramento de vasos importantes).

3 - Danos físicos relativamente graves; necessidade de hospitalização e provavelmente de cuidados intensivos (p. ex., coma com reflexos intactos, queimaduras de terceiro grau em menos de 20% do corpo, perda excessiva de sangue, porém recuperável, fraturas extensas).

4 - Danos físicos graves; necessidade de hospitalização com cuidados intensivos (p. ex., coma sem reflexos, queimaduras de terceiro grau em mais de 20% do corpo, perda excessiva de sangue com sinais vitais instáveis, dano maior a regiões vitais).

EW – Col18b -Letalidade potencial: Responder somente se letalidade efetiva = 0 da tentativa mais letal. (potential lethality: only answer if if actual lethality = 0)

0 - Comportamento sem probabilidade de acarretar lesão (behavior not likely to result in injury)

1 - Comportamento com probabilidade de acarretar lesão, mas não de causar morte (behavior likely to result in injury but not likely to cause death)

2 - Comportamento com probabilidade de acarretar morte apesar da existência de assistência médica (behavior likely to result in death despite available medical care)

YOUNG – MANIA

EX - YOUNG1 - Humor e afeto elevados

Ultimamente, como você se sente? Como tem estado o seu humor (alegre, triste, irritável?) (Se deprimido: Você acredita que pode melhorar?) Como este sentimento tem afetado o seu dia-a-dia? (Você está mais alegre [confiante ou otimista] que o habitual? Ultimamente, você está tão bem ou alegre, que as outras pessoas acham que você não está no seu normal? Você está tão alegre que isto lhe trouxe problemas?) [OBSERVAR]

0 - Ausência de elevação do humor ou afeto

1 - Humor ou afeto discreta ou possivelmente aumentados, quando questionado

2 - Relato subjetivo de elevação clara do humor; mostra-se otimista, auto confiante, alegre; afeto apropriado ao conteúdo do pensamento

3 - Afeto elevado ou inapropriado ao conteúdo do pensamento; jocoso

4 - Eufórico; risos inadequados, cantando.

EY - YOUNG2 - Energia aumentada

Ultimamente, você tem se sentido mais disposto ou animado que o habitual? Você está se sentindo com muita energia? Sente-se inquieto ou agitado? Você sente vontade de fazer várias coisas ao mesmo tempo? [OBSERVAR e confrontar se necessário]

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).

EZ - YOUNG3 - Interesse sexual

Você tem pensado muito em sexo? Tem tido algum tipo de comportamento sexual que não era habitual antes, ou que tem causado problemas com as outras pessoas? (Você tem estado muito "paquerador"? Alguém reclamou de algo que você tenha feito, neste sentido? Alguém reclamou do seu comportamento sexual?) [OBSERVAR e confrontar se necessário]

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.

4 - Relato confirmado ou observação direta de comportamento explicitamente sexualizado, pelo entrevistador ou outras pessoas.

FA - YOUNG4 – Sono

Ultimamente, você tem sentido dificuldade para dormir? Quantas horas à noite você tem dormido? Quantas horas você normalmente costuma dormir? (Quantas horas a menos você tem dormido?) Ultimamente, você precisa de menos horas de sono para se sentir descansado e bem-disposto? [Confrontar se necessário]

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.

FB - YOUNG5 – Irritabilidade

Nos últimos dias você está impaciente ou irritável com as outras pessoas? (As pessoas tem deixado você nervoso?) Você está tão irritado [ou nervoso] que começa a brigar com as pessoas ou a gritar com elas? (Conseguiu manter o controle? Tolerou as provocações? Chegou a agredir alguém ou a quebrar objetos?) [OBSERVAR e confrontar se necessário]

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.

FC - YOUNG6 – Fala - velocidade e quantidade

Ultimamente, você está mais falante que o normal? As pessoas falam que você está muito falante ou mais falante que o habitual? (As pessoas têm dificuldade de entender ou interromper você? As pessoas têm dificuldades em conversar com você?) [OBSERVAR]

0 - Sem aumento

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

4 - Aumento da velocidade ou quantidade da fala em alguns momentos; verborreico, 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).

FD - YOUNG7 – Linguagem - Distúrbio do pensamento

Observação direta

0 - Sem alterações

1 - Circunstancial; pensamentos rápidos

2 - Perde objetivos do pensamento; muda de assuntos frequentemente; pensamentos muito acelerados

3 - Fuga de ideias; tangencialidade; dificuldade para acompanhar o pensamento; ecolalia consonante

4 - Incoerência; comunicação impossível.

FE - YOUNG8 – Conteúdo

Ultimamente, você tem tido pensamentos diferentes ou estranhos, ou idéias ou planos que antes não passavam pela sua cabeça? Quais seus planos para o futuro? (O que você tem vontade de fazer?) Nos últimos dias você tem se sentido com algum talento ou habilidade que a maioria das pessoas não tem? (Como você sabe disso?) Você acha que as pessoas têm inveja de você? Você acredita que tem alguma coisa importante para fazer no mundo? Você se considera famoso? Você tem alguma relação especial com alguém importante ou famoso? Você tem a impressão de que as outras pessoas estão falando ou rindo de você? (De que forma você percebe isso?) Você acha que tem alguém com más intenções contra você ou se esforçando para lhe causar problemas? (Quem? Por quê? Como você sabe disso?)

0 – Normal

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

4- Projetos especiais totalmente incompatíveis com a condição sócio-econômica do paciente; hiper-religioso

6 - Ideias supervalorizadas

8 - Delírios

FF - YOUNG9 - Comportamento disruptivo agressivo

Observação direta

0 - Ausente, cooperativo

- 2 - Sarcástico; barulhento, às vezes, desconfiado
- 4 - Ameaça o entrevistador; gritando; entrevista dificultada
- 6 - Agressivo; destrutivo; entrevista impossível.

FG - YOUNG10 – Aparência

Observação direta

- 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.

FH - YOUNG11 - Insight (discernimento)

Quanto tempo faz que você está aqui? Conte-me por que motivo você foi internado. Quando isso começou? O que aconteceu depois? O seu comportamento [jeito de agir ou de ser] tem sido diferente ultimamente? (Como?) (Você está doente? Quais são os sintomas da sua doença? Tem algum problema na cabeça? Você precisa de tratamento? Precisa tomar remédios?) [Confrontar se necessário]

- 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.

SEÇÃO DE ANSIEDADE

SCID PARA TRANSTORNO DE PÂNICO

Você já teve um ataque de pânico, no qual você repentinamente ficou assustado ou ansioso ou desenvolveu vários sintomas físicos?

SE SIM: Esses ataques sempre vêm completamente de forma inesperada - em situações nas quais você não esperava ficar nervoso ou desconfortável?

SE NÃO ESTIVER CLARO: Quantos desses ataques você já teve? (Pelo menos dois?)

FI – SC-F1 - Ataques de Pânico recorrentes e inesperados (critério A)

0 – não

1 – sim

Se **F1** for codificado como “-” (isto é, não há ataques recorrentes e inesperados), vá para **F25** (verifique *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*).

Após alguns desses ataques... Você ficou preocupado achando que havia algo terrível com você, como se estivesse tendo um ataque cardíaco ou estivesse ficando louco? (Por quanto tempo você se preocupou? Pelo menos por um mês?)

Pelo menos um dos ataques foi seguido por 1 mês (ou mais) de uma (ou mais) das seguintes características: (critério A)

FJ – SC-F2b - preocupação acerca das implicações do ataque ou suas consequências (por ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, "ficar louco")

0 – não

1 – sim

SE NÃO: Você ficou muito preocupado se teria outro ataque? (Por quanto tempo você se preocupou? Pelo menos por um mês?)

FK – SC-F2a - preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais

0 – não

1 – sim

SE NÃO: Você fez algo diferente por causa desses ataques, como evitar certos lugares ou não sair sozinho? (E quanto a evitar certas atividades, como exercitar-se? E quanto a procurar estar sempre próximo a um banheiro ou a uma saída?)

FL– SC-F2c - uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques

0 – não

1 – sim

Se **F2** for codificado como “-” (isto é, não há preocupação persistente acerca dos ataques ou de suas implicações e não há mudança no estilo de vida), vá para **F25** (verifique *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*).

Quando foi o último ataque significativo? Qual foi a primeira coisa que você notou? E depois?

SE NÃO SOUBER: Todos os sintomas vieram de repente? SE SIM: Quanto tempo passou entre o início do ataque e os sintomas tornarem-se realmente ruins? (Menos que 10 minutos?)

FM- SC-F3 – os sintomas do ataque de pânico desenvolvem-se abruptamente e atingem um pico dentro de 10 minutos.

0 – não

1 – sim

Se **F3** for codificado como “-” (isto é, os sintomas não se desenvolveram abruptamente ou não alcançaram um pico dentro de 10 minutos), vá para **F25**(verifique *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*).

Durante esse ataque...

...o seu coração acelerou, bateu forte ou falhou em algumas batidas?

FN – SC-F4 - (1) palpitações ou ritmo cardíaco acelerado

0 – não

1 – sim

...você suave?

FO – SC-F5 - (2) sudorese

0 – não

1 – sim

...você teve tremores ou estremecimentos?

FP - SC-F6 - (3) tremores ou abalos

0 – não

1 – sim

...você teve falta de ar? (Teve dificuldades de respirar?)

FQ – SC-F7 - (4) sensações de falta de ar ou sufocamento

0 – não

1 – sim

...parecia que você estava asfixiado?

FR – SC-F8 - (5) sensações de asfixia

0 – não

1 – sim

...você sentiu dor ou pressão no peito?

FS – SC-F9 - (6) dor ou desconforto torácico

0 – não

1 – sim

...você teve náuseas ou mal-estar no estômago ou sensação de que teria uma diarreia?

FT –SC- F10 - (7) náusea ou desconforto abdominal

0 – não

1 – sim

...você se sentiu tonto, sem equilíbrio, ou que iria desmaiar?

FU – SC-F11 - (8) sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio

0 – não

1 – sim

...as coisas ao seu redor pareciam estranhas ou você se sentia longe delas ou como se estivesse separado de uma parte do seu corpo?

FV - SC-F12 - (9) desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo)

0 – não

1 – sim

...você teve medo de ficar louco ou de perder o controle?

FW – SC-F13 - (10) medo de perder o controle ou enlouquecer

0 – não

1 – sim

...você teve medo de morrer?

FX – SC- F14 - (11) medo de morrer

0 – não

1 – sim

...você teve formigamentos ou dormências em alguma parte do seu corpo?

FY – SC-F15 - (12) parestesias (anestesia ou sensações de formigamento)

0 – não

1 – sim

...você teve ondas de calor ou de frio?

FZ – SC-F16 - (13) calafrios ou ondas de calor

0 – não

1 – sim

GA- SC-F17 - PELO MENOS QUATRO DE F4-F16 SÃO CODIFICADOS COMO 1-SIM

0 – não

1 – sim

Se **F17** for codificado como “-” (isto é, três ou menos sintomas de ataque de pânico estão presentes), vá para **F25** (verifique *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*).

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

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

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

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

GB – SC-F18 - Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo) – critério C

0 – não

1 – sim

GC – SC-F19 - Os Ataques de Pânico não são melhor explicados por outro transtorno mental, como Fobia Social, Fobia Específica, Transtorno Obsessivo- Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático ou Transtorno de Ansiedade de Separação.

0 – não

1 – sim

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DE PÂNICO COM AGORAFOBIA

SE NÃO FOR ÓBVIO NA REVISÃO GERAL: Existem situações que deixam você nervoso por temer que poderia ter um ataque?

SE SIM: Fale-me sobre isso...

SE NÃO PUDER ESPECIFICAR: E quanto a...ficar desconfortável se você está há uma certa distância de casa? ...estar num lugar com muitas pessoas como numa loja cheia, cinema ou restaurante? ...permanecer em uma fila? ...estar em uma ponte? ...usar transporte público – como ônibus, trem ou metrô - ou dirigir um carro?

GD- SC-F20 - (1) Ansiedade acerca de estar em locais ou situações de onde possa ser difícil (ou embaraçoso) escapar ou onde o auxílio pode não estar disponível, na eventualidade de ter um Ataque de Pânico inesperado ou predisposto pela situação, ou sintomas tipo pânico.

0 – não

1 – sim

Se **F20** for codificado como “-” (isto é, não há ansiedade acerca de estar em locais associados com ataque de pânico), vá para **F24**.

GE – SC-F21 - (2) As situações agorafóbicas são evitadas (por ex., viagens são restringidas) ou suportadas com acentuado sofrimento ou com ansiedade acerca de ter um Ataque de Pânico ou sintomas tipo pânico, ou exigem companhia.

0 – não

1 – sim

Se **F21** for codificado como “-” (isto é, as situações agorafóbicas não são evitadas e não há sofrimento), vá para **F24**.

GF – SC-F22 – (3) A ansiedade ou esquiva agorafóbica não é melhor explicada por um outro transtorno mental, como Fobia Social, Fobia Específica, TOC, TEPT ou Transtorno de Ansiedade de Separação.

0 – não

1 – sim

Se **F22** for codificado como “-” (isto é, esquiva é melhor explicada por um outro transtorno mental), vá para **F24**.

SE NÃO SOUBER: Você teve [ATAQUES DE PÂNICO OU SINTOMAS DE AGORAFOBIA] no último mês?

GG- SC-F23 - AGORAFOBIA ESTÁ PRESENTE COM TRANSTORNO DE PÂNICO. (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE PÂNICO COM AGORAFOBIA)

0 – não

1 – sim

GH – SC-F24 - AGORAFOBIA NÃO ESTÁ PRESENTE COM TRANSTORNO DE PÂNICO (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DO PÂNICO SEM AGORAFOBIA)

0 – não

1 – sim

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Agora eu gostaria de lhe perguntar se você já foi incomodado por pensamentos que não faziam sentido e que voltavam à sua cabeça, mesmo se você tentasse evitá-los.(Como eram eles?)

SE O PACIENTE NÃO ESTIVER CERTO DO SIGNIFICADO:

...Pensamentos ruins como machucar realmente alguém, mesmo não querendo fazê-lo, ou ser contaminado por germes ou sujeiras?

GI – SC-F25 - (1) pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento.

0 – não

1 – sim

Se **F25** for codificado como “-” (isto é, não há pensamentos recorrentes que são intrusivos e inadequados), vá para **F30**.

GJ – SC-F26 - (2) os pensamentos, impulsos ou imagens não são meras preocupações excessivas com problemas da vida real

0 – não

1 – sim

Se **F26** for codificado como “-” (isto é, os pensamentos são meras preocupações com problemas da vida real), vá para **F30**.

Quando você tinha esses pensamentos, você tentava de todas as maneiras tirá-los de sua cabeça? (O que você tentava fazer?)

GK – SC-F27 - (3) a pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação.

0 – não

1 – sim

Se **F27** for codificado como “-” (isto é, não tenta ignorar ou suprimir os pensamentos), vá para **F30**.

SE NÃO ESTIVER CLARO: De onde você achava que esses pensamentos vinham?

GL – SC-F28 - (4) a pessoa reconhece que os pensamentos, impulsos ou imagens obsessivas são produto de sua própria mente.

0 – não

1 – sim

Se **F28** for codificado como “-” (isto é, a pessoa sente que os pensamentos são impostos a partir de fora), vá para **F30**.

GM – SC-F29 - OBSESSÕES: (1), (2), (3) E (4) SÃO CODIFICADOS COMO “+” (F25 – F 28 são 1)

0 – não

1 – sim

Já houve alguma coisa que você tinha que fazer repetidamente e não podia deixar de fazer, como lavar as mãos várias vezes, contar até um certo número, ou checar algo várias vezes até ter certeza de que tinha feito certo? (O que você tinha que fazer?)

GN – SC-F30 - (1) comportamentos repetitivos ou atos mentais que a pessoa se sente compelida a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas.

0 – não

1 – sim

Se **F30** for codificado como “-” (isto é, não há comportamentos repetitivos ou atos mentais em resposta a obsessão ou de acordo com regras), vá para **F33**.

SE NÃO ESTIVER CLARO: Por que você tinha que fazer [ATO COMPULSIVO]? O que aconteceria se você não fizesse isso?

SE NÃO ESTIVER CLARO: Quantas vezes você tinha que fazer [ATO COMPULSIVO]?

Quanto tempo do dia você gastava fazendo isso?

GO – SC-F31 - (2) os comportamentos ou atos mentais visam a prevenir ou reduzir o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista com o que visam a neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos.

0 – não

1 – sim

Se **F31** for codificado como “-” (isto é, comportamentos ou atos não visam prevenir sofrimento ou algum evento temido e não são excessivos), vá para **F33**.

GP – SC-F32 - COMPULSÕES (1) e (2) SÃO “+” (F30 e F31 são codificadas como 1)

0 – não

1 – sim

GQ – SC-F33 - A. Obsessões ou compulsões (F 29 ou F 32 são codificadas como 1)

0 – não

1 – sim

Se **F33** for codificado como “-” (isto é, nem obsessões nem compulsões estão presentes), vá para **F39** (verifique *Transtorno de Estresse Pós-Traumático*).

Você (pensava em [PENSAMENTOS OBSESSIVOS] / fazia [ATOS COMPULSIVOS] mais do que deveria (ou fazia sentido)?

SE NÃO: E quanto à época em que esse problema começou?

GR – SC-F34 - B. Em algum ponto durante o curso do transtorno, o indivíduo reconheceu que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais.

0 – não

1 – sim

Se **F34** for codificado como “-” (isto é, nunca reconheceu que obsessões ou compulsões são irracionais), vá para **F39**.

Quais efeitos que essa [OBSESSÃO OU COMPULSÃO] teve na sua vida? (Você se incomodava muito com [OBSESSÃO OU COMPULSÃO]? Quanto tempo você gastava com [OBSESSÃO OU COMPULSÃO]?)

GS – SC-F35 - C. As obsessões ou compulsões causam acentuado sofrimento, consomem tempo (tomam mais de 1 hora por dia) ou interferem significativamente na rotina, funcionamento ocupacional (ou acadêmico), atividades ou relacionamentos sociais habituais do indivíduo.

0 – não

1 – sim

Se **F35** for codificado como “-” (isto é, obsessões e compulsões não são clinicamente significativas), vá para **F39**.

GT – SC-F36 - D. Se um outro transtorno do Eixo I está presente, o conteúdo das obsessões ou compulsões não está restrito a ele.

0 – não

1 – sim

Se **F36** for codificado como “-” (isto é, o conteúdo das obsessões e compulsões é restrito a outro transtorno do Eixo I), vá para **F39**.

Um pouco antes do começo das [OBSESSÕES OU COMPULSÕES] você estava usando drogas ou remédios? Um pouco antes das [OBSESSÕES OU COMPULSÕES] iniciarem-se, você estava doente fisicamente?

GU – SC-F37 - E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.

0 – não

1 – sim

Se **F37** for codificado como “-” (isto é, as obsessões e compulsões são devidas a uma condição médica geral ou substância), vá para **F39**.

SE NÃO SOUBER: Você teve [OBSESSÕES OU COMPULSÕES] no mês passado?

GV – SC-F38 – CRITÉRIOS A, B, C, D e E SÃO “+” (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TOC)

0 – não

1 – sim

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Algumas coisas que acontecem com as pessoas são extremamente perturbadoras - coisas como estar em uma situação ameaçadora à vida, como um desastre grave, acidente muito sério ou incêndio; ser fisicamente agredido ou violentado sexualmente, ver outra pessoa ser assassinada ou morrer, ser gravemente ferido, ou receber a notícia sobre algo terrível que aconteceu a alguém que é próximo a você. Alguma vez durante a sua vida, algo deste tipo aconteceu com você?

SE ALGUM EVENTO É CITADO: Às vezes essas coisas ficam voltando à cabeça em pesadelos, lampejos ou pensamentos que a pessoa não consegue se livrar. Isso já aconteceu com você?

SE NÃO: E quanto a ficar muito transtornado em uma situação que lhe lembrava uma dessas coisas terríveis?

GW- SC-F39 - História positiva para evento traumático

0 – não

1 – sim

Se não há eventos citados ou a resposta para ambas as perguntas acima é não, encerre SCID.

PARA AS PERGUNTAS SEGUINTEs, FOCALIZE NO(S) EVENTO(S) TRAUMÁTICO(S) MENCIONADO(S) NA QUESTÃO ACIMA.

SE MAIS DE UM TRAUMA É RELATADO: Quais dessas situações você acha que mais lhe afetou?

GX – SC-F40 - A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes: a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros.

0 – não

1 – sim

Se **F40** for codificado como “-” (isto é, nenhum estressor qualificante), encerre SCID.

SE NÃO ESTIVER CLARO: Como você reagiu quando [TRAUMA] aconteceu? (Você ficou com muito medo ou se sentiu aterrorizado ou impotente?)

GY – SC-F41 - (2) a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.

0 – não

1 – sim

Se **F41** for codificado como “-” (isto é, a pessoa não reagiu com medo, impotência ou horror), encerre SCID.

Agora eu gostaria de perguntar sobre formas específicas de como isso possa ter afetado você.

Por exemplo...você pensava sobre [TRAUMA] quando você não queria ou pensamentos sobre [TRAUMA] vinham subitamente quando você não queria?

GZ – SC-F42 - B. O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras: (1) recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções.

0 – não

1 – sim

...e quanto a ter sonhos sobre [TRAUMA]?

HA – SC-F43 - (2) sonhos aflitivos e recorrentes com o evento.

0 – não

1 – sim

...e quanto a agir ou sentir como se estivesse de volta na situação?

HB – SC-F44 - (3) agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado).

0 – não

1 – sim

...e quanto a ficar muito transtornado quando alguma coisa lembra [TRAUMA]?

HC – SC-F45 - (4) sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.

0 – não

1 – sim

...e quanto a ter sintomas físicos - como ficar molhado de suor, respirar com dificuldade ou sentir o coração bater forte ou acelerado?

HD – SC-F46 - (5) reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.

0 – não

1 – sim

HE – SC-F47 - PELO MENOS UM SINTOMA “B” É CODIFICADO COMO “+” (F42 – F46 é 1)

0 – não

1 – sim

Se **F47** for codificado como “-” (isto é, nenhum sintoma “B” é “+”), encerre SCID.

Desde [TRAUMA]...você fez um esforço especial para evitar pensar ou falar sobre o que aconteceu?

HF – SC-F48 - C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três (ou mais) dos seguintes quesitos: (1) esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma.

0 – não

1 – sim

...você se afastou das coisas ou pessoas que lembravam do [TRAUMA]?

HG – SC-F49 - (2) esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma.

0 – não

1 – sim

...você consegue recordar alguma parte importante do que aconteceu?

HH – SC-F50 - (3) incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma.

0 – não

1 – sim

...você ficou muito menos interessado em fazer coisas que costumam ser importantes para você, como ver amigos, ler livros, ou assistir televisão?

HI – SC-F51 - (4) redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas

0 – não

1 – sim

...você se sentiu afastado ou distante dos outros?

HJ – SC-F52 - (5) sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas

0 – não

1 – sim

...você se sentiu “entorpecido” ou como se fosse incapaz de ter sentimentos sobre qualquer coisa ou sentimentos de carinho por alguém?

HK – SC-F53 - (6) faixa de afeto restrita (por ex., incapacidade de ter sentimentos de carinho)

0 – não

1 – sim

...você observou uma mudança no jeito que você pensa ou nos planos para o futuro?

HL – SC-F54 - (7) sentimento de um futuro abreviado (por ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida).

0 – não

1 – sim

HM – SC-F55 - PELO MENOS TRÊS SINTOMAS “C” SÃO CODIFICADOS COMO “+” (F48 – F54 são codificados como 1)

0 – não

1 – sim

Se **F55** for codificado como “-” (isto é, menos que três sintomas “C” são codificados como “+”), encerre SCID.

Desde [TRAUMA]... ..você teve problemas de sono? (Que tipo de problema?)

HN – SC-F56 - D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos: (1) dificuldade em conciliar ou manter o sono

0 – não

1 – sim

...você tem estado incomumente irritável? E quanto a crises de raiva?

HO – SC-F57 - (2) irritabilidade ou surtos de raiva

0 – não

1 – sim

...você teve dificuldades de concentração?

HP – SC-F58 - (3) dificuldade em concentrar-se

0 – não

1 – sim

...você fica alerta ou de guarda mesmo quando não há razão?

HQ –SC- F59 - (4) hipervigilância

0 – não

1 – sim

...você tem sobressaltados ou se assusta facilmente, com barulhos inesperados, por exemplo?

HR – SC-F60 - (5) resposta de sobressalto exagerada

0 – não

1 – sim

HS – SC-F61 -PELO MENOS DOIS SINTOMAS “D” SÃO CODIFICADOS COMO “+” (F 56 – 60 são codificados como 1)

0 – não

1 – sim

Se **F61** for codificado como “-” (isto é, menos que dois sintomas “D” são codificados como “+”), encerre SCID.

Por quanto tempo esses problemas, como [SINTOMAS DE TEPT] duraram?

HT – SC-F62- E. A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) é superior a 1 mês.

0 – não

1 – sim

Se **F62** for codificado como “-” (isto é, a duração é de 1 mês ou menos), encerre SCID.**HU – SC-F63 - F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.**

0 – não

1 – sim

Se **F63** for codificado como “-” (isto é, a perturbação não é clinicamente significativa), encerre SCID.

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

HV – SC-F64 – CRITÉRIOS A, B, C, D, E e F SÃO CODIFICADOS COMO “+” (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TEPT)

0 – não

1 – sim

HW - TAG - Paciente tem diagnóstico de TAG?

0 – não

1 – sim

HX – F.SOC - Paciente tem diagnóstico de Fobia social?

0 – não

1 – sim

HY – F.ESP - Paciente tem diagnóstico de Fobia específica?

0 – não

1 – sim

Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI)

Enquanto eu crescia...

HZ – QUESI-1 - Eu não tive o suficiente para comer.

1 – Nunca

2 - Poucas Vezes

3 - Às vezes

4 - Muitas Vezes

5 – Sempre

IA – QUESI-2 - Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.

1 – Nunca

2 - Poucas Vezes

3 - Às vezes

4 - Muitas Vezes

5 – Sempre

IB – QUESI-3 - As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”

1 – Nunca

2 - Poucas Vezes

3 - Às vezes

4 - Muitas Vezes

5 – Sempre

IC – QUESI-4 - Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.

- 1 – Nunca
- 2 - Poucas Vezes
- 3 - Às vezes
- 4 - Muitas Vezes
- 5 – Sempre

ID – QUESI-5 - Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.

- 1 – Nunca
- 2 - Poucas Vezes
- 3 - Às vezes
- 4 - Muitas Vezes
- 5 – Sempre

IE - QUESI6 - Eu tive que usar roupas sujas.

- 1 – Nunca
- 2 - Poucas Vezes
- 3 - Às vezes
- 4 - Muitas Vezes
- 5 – Sempre

IF – QUESI-7 - Eu me senti amado (a).

- 1 – Nunca
- 2 - Poucas Vezes
- 3 - Às vezes
- 4 - Muitas Vezes
- 5 – Sempre

IG – QUESI-8 - Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.

- 1 – Nunca
- 2 - Poucas Vezes
- 3 - Às vezes
- 4 - Muitas Vezes
- 5 – Sempre

IH – QUESI-9 - Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.

- 1 – Nunca
- 2 - Poucas Vezes
- 3 - Às vezes
- 4 - Muitas Vezes
- 5 – Sempre

II – QUESI-10 - Não houve nada que eu quisesse mudar em minha família.

- 1 – Nunca
- 2 - Poucas Vezes
- 3 - Às vezes
- 4 - Muitas Vezes
- 5 – Sempre

IJ – QUESI-11 - Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.

- 1 – Nunca
- 2 - Poucas Vezes
- 3 - Às vezes
- 4 - Muitas Vezes
- 5 – Sempre

IK - QUESI-12 - Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.

- 1 – Nunca
- 2 - Poucas Vezes
- 3 - Às vezes
- 4 - Muitas Vezes
- 5 – Sempre

IL – QUESI-13 - As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.

- 1 – Nunca
- 2 - Poucas Vezes
- 3 - Às vezes
- 4 - Muitas Vezes
- 5 – Sempre

IM – QUESI-14 - Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.

- 1 – Nunca
- 2 - Poucas Vezes
- 3 - Às vezes
- 4 - Muitas Vezes
- 5 – Sempre

IN – QUESI-15 - Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.

- 1 – Nunca
- 2 - Poucas Vezes
- 3 - Às vezes
- 4 - Muitas Vezes
- 5 – Sempre

IO – QUESI-16 - Eu tive uma ótima infância.

- 1 – Nunca
- 2 - Poucas Vezes
- 3 - Às vezes
- 4 - Muitas Vezes
- 5 – Sempre

IP – QUESI-17 - Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.

- 1 – Nunca
- 2 - Poucas Vezes
- 3 - Às vezes
- 4 - Muitas Vezes
- 5 – Sempre

IQ – QUESI-18 - Eu senti que alguém da minha família me odiava.

- 1 – Nunca
- 2 - Poucas Vezes
- 3 - Às vezes
- 4 - Muitas Vezes
- 5 – Sempre

IR – QUESI-19 - As pessoas da minha família se sentiam unidas.

- 1 – Nunca

2 - Poucas Vezes

3 - Às vezes

4 - Muitas Vezes

5 - Sempre

IS – QUESI-20 - Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.

1 - Nunca

2 - Poucas Vezes

3 - Às vezes

4 - Muitas Vezes

5 - Sempre

IT – QUESI-21 - Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.

1 - Nunca

2 - Poucas Vezes

3 - Às vezes

4 - Muitas Vezes

5 - Sempre

IU – QUESI-22 - Eu tive a melhor família do mundo.

1 - Nunca

2 - Poucas Vezes

3 - Às vezes

4 - Muitas Vezes

5 - Sempre

IV – QUESI-23 - Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.

1 - Nunca

2 - Poucas Vezes

3 - Às vezes

4 - Muitas Vezes

5 - Sempre

IW – QUESI-24 - Alguém me molestou.

1 - Nunca

2 - Poucas Vezes

3 - Às vezes

4 - Muitas Vezes

5 – Sempre

IX – QUESI-25 - Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.

1 – Nunca

2 - Poucas Vezes

3 - Às vezes

4 - Muitas Vezes

5 – Sempre

IY- QUESI-26 - Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.

1 – Nunca

2 - Poucas Vezes

3 - Às vezes

4 - Muitas Vezes

5 – Sempre

IZ – QUESI-27 - Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.

1 – Nunca

2 - Poucas Vezes

3 - Às vezes

4 - Muitas Vezes

5 – Sempre

JA – QUESI-28 - Minha família foi uma fonte de força e apoio.

1 – Nunca

2 - Poucas Vezes

3 - Às vezes

4 - Muitas Vezes

5 – Sempre

IDATE ESTADO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo em uma afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

JB – ID-E-1 – Sinto-me calmo.

1 – absolutamente não

2 – um pouco

3 – bastante

4 - muitíssimo

JC – ID-E-2 – Sinto-me seguro.

1 – absolutamente não

2 – um pouco

3 – bastante

4 - muitíssimo

JD – ID-E-3 – Estou tenso.

1 – absolutamente não

2 – um pouco

3 – bastante

4 - muitíssimo

JE – ID-E-4 – Estou arrependido.

1 – absolutamente não

2 – um pouco

3 – bastante

4 - muitíssimo

JF – ID-E-5 – Sinto-me à vontade.

1 – absolutamente não

2 – um pouco

3 – bastante

4 - muitíssimo

JG – ID-E-6 – Sinto-me perturbado.

1 – absolutamente não

2 – um pouco

3 – bastante

4 - muitíssimo

JH – ID-E-7 – Estou preocupado com possíveis infortúnios.

1 – absolutamente não

2 – um pouco

3 – bastante

4 - muitíssimo

JI- ID-E- 8 – Sinto-me descansado.

1 – absolutamente não

2 – um pouco

3 – bastante

4 - muitíssimo

JJ – ID-E-9 – Sinto-me ansioso.

1 – absolutamente não

2 – um pouco

3 – bastante

4 - muitíssimo

JK – ID-E-10 – Sinto-me “em casa”.

1 – absolutamente não

2 – um pouco

3 – bastante

4 - muitíssimo

JL – ID-E-11 – Sinto-me confiante.

1 – absolutamente não

2 – um pouco

3 – bastante

4 - muitíssimo

JM – ID-E-12 – Sinto-me nervoso.

1 – absolutamente não

2 – um pouco

3 – bastante

4 - muitíssimo

JN – ID-E-13 – Estou agitado.

1 – absolutamente não

2 – um pouco

3 – bastante

4 - muitíssimo

JO – ID-E-14 – Sinto-me uma pilha de nervos.

1 – absolutamente não

2 – um pouco

3 – bastante

4 - muitíssimo

JP – ID-E-15 – Estou descontraído.

1 – absolutamente não

2 – um pouco

3 – bastante

4 - muitíssimo

JQ – ID-E-16 – Sinto-me satisfeito.

1 – absolutamente não

2 – um pouco

3 – bastante

4 - muitíssimo

JR – ID-E-17 – Estou preocupado.

1 – absolutamente não

2 – um pouco

3 – bastante

4 - muitíssimo

JS – ID-E-18 – Sinto-me confuso.

1 – absolutamente não

2 – um pouco

3 – bastante

4 - muitíssimo

JT – ID-E-19 – Sinto-me alegre.

1 – absolutamente não

2 – um pouco

3 – bastante

4 - muitíssimo

JU – ID-E-20 – Sinto-me bem.

1 – absolutamente não

2 – um pouco

3 – bastante

4 - muitíssimo

IDATE TRAÇO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número que melhor indicar como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

JV – ID-T-1 – Sinto-me bem.

- 1 – quase nunca
- 2 – às vezes
- 3 – frequentemente
- 4 – quase sempre

JW – ID-T-2 – Canso-me facilmente.

- 1 – quase nunca
- 2 – às vezes
- 3 – frequentemente
- 4 – quase sempre

JX – ID-T-3 – Tenho vontade de chorar.

- 1 – quase nunca
- 2 – às vezes
- 3 – frequentemente
- 4 – quase sempre

JY – ID-T-4 – Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser.

- 1 – quase nunca
- 2 – às vezes
- 3 – frequentemente
- 4 – quase sempre

JZ – ID-T-5 – Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente.

- 1 – quase nunca
- 2 – às vezes
- 3 – frequentemente
- 4 – quase sempre

KA – ID-T-6 – Sinto-me descansado.

- 1 – quase nunca
- 2 – às vezes
- 3 – frequentemente
- 4 – quase sempre

KB – ID-T-7 – Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo.

- 1 – quase nunca
- 2 – às vezes
- 3 – frequentemente
- 4 – quase sempre

KC – ID-T-8 – Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver.

- 1 – quase nunca
- 2 – às vezes
- 3 – frequentemente
- 4 – quase sempre

KD – ID-T-9 – Preocupo-me demais com as coisas sem importância.

- 1 – quase nunca
- 2 – às vezes
- 3 – frequentemente
- 4 – quase sempre

KE – ID-T-10 – Sou feliz.

- 1 – quase nunca
- 2 – às vezes
- 3 – frequentemente
- 4 – quase sempre

KF – ID-T-11 – Deixo-me afetar muito pelas coisas.

- 1 – quase nunca
- 2 – às vezes
- 3 – frequentemente
- 4 – quase sempre

KG – ID-T-12 – Não tenho muita confiança em mim mesmo.

- 1 – quase nunca
- 2 – às vezes
- 3 – frequentemente
- 4 – quase sempre

KH – ID-T-13 – Sinto-me seguro.

- 1 – quase nunca

- 2 – às vezes
- 3 – frequentemente
- 4 – quase sempre

KI – ID-T-14 – Evito ter que enfrentar crises ou problemas.

- 1 – quase nunca
- 2 – às vezes
- 3 – frequentemente
- 4 – quase sempre

KJ – ID-T-15 – Sinto-me deprimido.

- 1 – quase nunca
- 2 – às vezes
- 3 – frequentemente
- 4 – quase sempre

KK – ID-T-16 – Estou satisfeito.

- 1 – quase nunca
- 2 – às vezes
- 3 – frequentemente
- 4 – quase sempre

KL – ID-T-17 – Ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando.

- 1 – quase nunca
- 2 – às vezes
- 3 – frequentemente
- 4 – quase sempre

KM – ID-T-18 – Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça.

- 1 – quase nunca
- 2 – às vezes
- 3 – frequentemente
- 4 – quase sempre

KN – ID-T-19 – Sou uma pessoa estável.

- 1 – quase nunca
- 2 – às vezes
- 3 – frequentemente
- 4 – quase sempre

KO – ID-T-20 – Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas no momento.

- 1 – quase nunca
- 2 – às vezes
- 3 – frequentemente
- 4 – quase sempre

Escala de ansiedade de Hamilton

Instruções: Esta lista de verificação é para auxiliar o clínico ou psiquiatra na avaliação de cada paciente de acordo com o seu grau de ansiedade e condição patológica. Preencha com o grau apropriado

KP – H.Ans.1 – Humor ansioso (Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.)

- 0 – Nenhum
- 1 - Leve = 1
- 2 – Médio
- 3 – Forte
- 4 – Máximo

KQ – H.Ans.2 – Tensão (Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação)

- 0 – Nenhum
- 1 - Leve = 1
- 2 – Médio
- 3 – Forte
- 4 – Máximo

KR – H.Ans.3 – Medos (De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc. - avaliar qualquer um por intensidade e frequência de exposição).

- 0 – Nenhum
- 1 - Leve = 1
- 2 – Médio
- 3 – Forte
- 4 – Máximo

KS – H.Ans.4 – Insônia (Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, sonhos penosos, pesadelos, terrores noturnos, etc.)

0 – Nenhum

1 - Leve = 1

2 – Médio

3 – Forte

4 – Máximo

KT- H.Ans.5 – Intelectual cognitivo (Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.)

0 – Nenhum

1 - Leve = 1

2 – Médio

3 – Forte

4 – Máximo

KU – H.Ans.6 – Humor Deprimido (Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.)

0 – Nenhum

1 - Leve = 1

2 – Médio

3 – Forte

4 – Máximo

KV – H.Ans.7 - Somatizações Motoras (Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc.)

0 – Nenhum

1 - Leve = 1

2 – Médio

3 – Forte

4 – Máximo

KW – H.Ans.8 - Somatizações Sensoriais (Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigamento, câimbras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos, etc.)

0 – Nenhum

1 - Leve = 1

2 – Médio

3 – Forte

4 – Máximo

KX – H.Ans.9 - Sintomas Cardiovasculares (Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, latejamento dos vasos sanguíneos, vertigens, batimentos irregulares, etc.)

0 – Nenhum

1 - Leve = 1

2 – Médio

3 – Forte

4 – Máximo

KY – H.Ans.10 - Sintomas Respiratórios (Sensações de opressão ou constrição no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispnéia, etc.)

0 – Nenhum

1 - Leve = 1

2 – Médio

3 – Forte

4 – Máximo

KZ – H.Ans.11 – Sintomas Gastrointestinais (Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, dores abdominais, ardência ou azia, dor pré ou pós-prandial, sensações de plenitude ou de vazio gástrico, náuseas, vômitos, diarreia ou constipação, pirose, meteorismo, náusea, vômitos, etc.)

0 – Nenhum

1 - Leve = 1

2 – Médio

3 – Forte

4 – Máximo

LA – H.Ans.12 – Sintomas Genitourinários (Polaciúria, urgência da micção, amenorréia, menorrágia, frigidez, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc).

0 – Nenhum

1 - Leve = 1

2 – Médio

3 – Forte

4 – Máximo

LB – H.Ans.13 – Sintomas autonômicos (Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos eriçados, tonteiras, etc.)

0 – Nenhum

1 - Leve = 1

2 – Médio

3 – Forte

4 – Máximo

LC – H.Ans.14 – Comportamento durante a entrevista (Tenso, pouco à vontade, inquieto, a andar a esmo, agitação das mãos - tremores, remexer, cacoetes - franzir a testa e face tensa, engolir seco, arrotos, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa, palidez facial, pupilas dilatadas, etc.)

0 – Nenhum

1 - Leve = 1

2 – Médio

3 – Forte

4 – Máximo

Seção de tabagismo

LD – Tabaco1 - Diagnóstico do paciente:

0 – nunca fumante

1 – não fumante – menos de 100 cigarros na vida

2 – diagnóstico atual de dependência do tabaco

3 – fumante sem uso há 6 meses ou mais (6 meses de abstinência)

LE – Tabaco2 - Com quantos anos você começou a fumar?

LF – Tabaco3 - Quantos cigarros fuma por dia?

LG – Tabaco4 - Anos/Maço. (nº cigarros x anos fumando/20)

LH – Tabaco5 - Quantas vezes você tentou parar de fumar?

LI – Tabaco6 - Alguma vez na vida utilizou algum recurso para deixar de fumar?

0 – não

1 – sim

LJ – Tabaco7 – Já utilizou psicoterapia (individual ou grupo) para parar de fumar?

0 – não

1 – sim

LK – Tabaco8 - Já utilizou terapia de reposição de nicotina (adesivo, goma) para parar de fumar?

0 – não

1 – sim

LL – Tabaco9 – Já utilizou bupropiona para parar de fumar?

0 – não

1 – sim

LM – Tabaco10 – Já utilizou vareniclina para parar de fumar?

0 – não

1 – sim

LN – Tabaco11 – Já utilizou outros recursos para parar de fumar? (homeopatia, acupuntura....)

0 – não

1 – sim

LO – Tabaco12 - A última vez que ficou abstinente foi por quanto tempo, em meses?

--	--

LP – Tabaco13 - Você convive com fumantes na sua casa?

0 – não

1 – sim

LQ – Tabaco14 - Tentou parar de fumar nos últimos 3 meses?

0 – não

1 – sim

Escala de Tolerância de Fagerström – Gravidade à Dependência de Nicotina

LR – FAGER 1 - Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?

0 - Após 60 minuto

1 - Entre 31 a 60 minutos

2 - Entre 06 a 30 minutos

3 - Nos primeiros 5 minutos

LS – FAGER 2 -Você acha difícil não fumar em lugares onde é proibido, como em igrejas, bibliotecas, local de trabalho, shoppings, etc?

0 - Não

1 - Sim

LT – FAGER 3 - Qual cigarro do dia traz mais satisfação?

0 - Outros

1 - O primeiro da manhã

LU – FAGER 4 - Quantos cigarros você fuma por dia?

0 - Menos de 10

1 - De 11 a 20

2 - De 21a 30

3 - Mais de 31

LV – FAGER 5 - Você fuma mais pela manhã?

0 - Não

1 - Sim

LW – FAGER 6 - Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo?

0 - Não

1 - Sim

Escala de abstinência de nicotina de Minnesota (MNWS)

Por favor, dê sua nota de acordo com os últimos 7 dias:

LX– MINNE1 - Raiva, irritabilidade e frustração

0 – nada

1 – muito pouco

2 – leve

3 – moderado

4 – muito

LY - MINNE2 - Ansiedade e nervosismo

0 – nada

1 – muito pouco

2 – leve

3 – moderado

4 – muito

LZ – MINNE3 - Humor deprimido e tristeza

0 – nada

1 – muito pouco

2 – leve

3 – moderado

4 – muito

MA – MINNE4 - Desejo e fissura para fumar

0 – nada

1 – muito pouco

2 – leve

3 – moderado

4 – muito

MB – MINNE5 - Dificuldade de concentração

0 – nada

1 – muito pouco

2 – leve

3 – moderado

4 – muito

MC – MINNE6 - Aumento do apetite, fome e ganho de peso

0 – nada

1 – muito pouco

2 – leve

3 – moderado

4 – muito

MD - MINNE7 - Insônia, problemas de sono e acordar a noite

0 – nada

1 – muito pouco

2 – leve

3 – moderado

4 – muito

ME - MINNE8 - Incapacidade de relaxar

0 – nada

1 – muito pouco

2 – leve

3 – moderado

4 – muito

MF - MINNE9 - Impaciência

0 – nada

1 – muito pouco

2 – leve

3 – moderado

4 – muito

MG - MINNE10 – Obstipação

0 – nada

1 – muito pouco

2 – leve

3 – moderado

4 – muito

MH - MINNE11 - Tontura

0 – nada

1 – muito pouco

2 – leve

3 – moderado

4 – muito

MI - MINNE12 – Tosse

0 – nada

1 – muito pouco

2 – leve

3 – moderado

4 – muito

MJ - MINNE13 - Pesadelo, sonhos

0 – nada

1 – muito pouco

2 – leve

3 – moderado

4 – muito

MK - MINNE14 – Náusea

0 – nada

1 – muito pouco

2 – leve

3 – moderado

4 – muito

ML - MINNE15 - Nó na garganta

0 – nada

1 – muito pouco

2 – leve

3 – moderado

4 – muito

ASSIST – TABACO (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda ...)

MM –ASSITab1 - Na sua vida você já usou DERIVADOS DO TABACO?

0 – não

3 – sim

MN - ASSITab2 - Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou DERIVADOS DO TABACO?

0 – nunca

2 – 1 a 2 vezes

3 – mensalmente

4 – semanalmente

6 – diariamente

MO – ASSITab3 - Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir DERIVADOS DO TABACO?

0 – nunca

3 – 1 a 2 vezes

4 – mensalmente

5 – semanalmente

6 – diariamente

MP – ASSITab4 - Durante os últimos três meses com que frequência o seu consumo de DERIVADOS DO TABACO resultou em problemas de saúde, social, legal ou financeiro?

0 – nunca

4 – 1 a 2 vezes

5 – mensalmente

6 – semanalmente

7 – diariamente

MQ – ASSITab5 - Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do uso de DERIVADOS DO TABACO você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?

0 – nunca

5 – 1 a 2 vezes

6 – mensalmente

7 – semanalmente

8 – diariamente

MR – ASSITab6 - Há amigos, parentes ou outras pessoas que tenha demonstrado preocupação com seu uso de DERIVADOS DO TABACO?

0 - NÃO, nunca

3 – Sim, mas não nos últimos 3 meses

6 – Sim, nos últimos 3 meses

MS – ASSITab7 - Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de DERIVADOS DO TABACO?

0 - NÃO, Nunca

3 – Sim, mas não nos últimos 3 meses

6 – Sim, nos últimos 3 meses

ASSIST – ÁLCOOL (cerveja, vinho, destilados – pinga, uísque ...)

MT – ASSIAlc1 - Na sua vida você já usou BEBIDAS ALCOÓLICAS?

0 – não e 3 – sim

MU – ASSIAlc2 - Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou BEBIDAS ALCOÓLICAS?

0 – nunca

2 – 1 a 2 vezes

3 – mensalmente

4 – semanalmente

6 – diariamente

MV – ASSIAlc3 - Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir BEBIDAS ALCOÓLICAS?

0 – nunca

3 – 1 a 2 vezes

4 – mensalmente

5 – semanalmente

6 – diariamente

MW – ASSIAIc4 - Durante os últimos três meses com que frequência o seu consumo de BEBIDAS ALCOÓLICAS resultou em problemas de saúde, social, legal ou financeiro?

0 – nunca

4 – 1 a 2 vezes

5 – mensalmente

6 – semanalmente

7 – diariamente

MX – ASSIAIc5 - Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do uso de BEBIDAS ALCOÓLICAS você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?

0 – nunca

5 – 1 a 2 vezes

6 – mensalmente

7 – semanalmente

8 – diariamente

MY – ASSIAIc6 - Há amigos, parentes ou outras pessoas que tenha demonstrado preocupação com seu uso de BEBIDAS ALCOÓLICAS?

0 - NÃO, Nunca

3 – Sim, mas não nos últimos 3 meses

6 – Sim, nos últimos 3 meses

MZ – ASSIAIc7 - Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de BEBIDAS ALCOÓLICAS?

0 - NÃO, Nunca

3 – Sim, mas não nos últimos 3 meses

6 – Sim, nos últimos 3 meses

ASSIST – MACONHA (baseado, erva, haxixe ...)

NA – ASSIMac1 - Na sua vida você já usou MACONHA?

0 – não

3 – sim

NB – ASSIMac2 - Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou MACONHA?

0 – nunca

2 – 1 a 2 vezes

3 – mensalmente

4 – semanalmente

6 – diariamente

NC – ASSIMac3 - Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir MACONHA?

0 – nunca

3 – 1 a 2 vezes

4 – mensalmente

5 – semanalmente

6 – diariamente

ND – ASSIMac4 - Durante os últimos três meses com que frequência o seu consumo de MACONHA resultou em problemas de saúde, social, legal ou financeiro?

0 – nunca

4 – 1 a 2 vezes

5 – mensalmente

6 – semanalmente

7 – diariamente

NE – ASSIMac5 - Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do uso de MACONHA você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?

0 – nunca

5 – 1 a 2 vezes

6 – mensalmente

7 – semanalmente

8 – diariamente

NF – ASSIMac6 - Há amigos, parentes ou outras pessoas que tenha demonstrado preocupação com seu uso de MACONHA?

0 - NÃO, nunca

3 – Sim, mas não nos últimos 3 meses

6 – Sim, nos últimos 3 meses

NG – ASSIMac7 - Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de MACONHA?

0 - NÃO, nunca

3 – Sim, mas não nos últimos 3 meses

6 – Sim, nos últimos 3 meses

ASSIST – COCAÍNA/CRACK (pó, pedra, branquinha, nuvem ...)

NH – ASSICoc1 - Na sua vida você já usou COCAÍNA/CRACK?

0 – não

3 – sim

NI – ASSICoc2 - Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou COCAÍNA/CRACK?

0 – nunca

2 – 1 a 2 vezes

3 – mensalmente

4 – semanalmente

6 – diariamente

NJ – ASSICoc3 - Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir COCAÍNA/CRACK?

0 – nunca

3 – 1 a 2 vezes

4 – mensalmente

5 – semanalmente

6 – diariamente

NK – ASSICoc4 - Durante os últimos três meses com que frequência o seu consumo de COCAÍNA/CRACK resultou em problemas de saúde, social, legal ou financeiro?

0 – nunca

4 – 1 a 2 vezes

5 – mensalmente

6 – semanalmente

7 – diariamente

NL – ASSICoc5 - Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do uso de COCAÍNA/CRACK você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?

0 – nunca

5 – 1 a 2 vezes

6 – mensalmente

7 – semanalmente

8 – diariamente

NM – ASSICoc6 - Há amigos, parentes ou outras pessoas que tenha demonstrado preocupação com seu uso de COCAÍNA/CRACK?

0 - NÃO, Nunca

3 – Sim, mas não nos últimos 3 meses

6 – Sim, nos últimos 3 meses

NN – ASSICoc7 - Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de COCAÍNA/CRACK?

0 - NÃO, Nunca

3 – Sim, mas não nos últimos 3 meses

6 – Sim, nos últimos 3 meses

ASSIST – ESTIMULANTES (bolinhas, rebites ...)

NO – ASSIANf1 - Na sua vida você já usou ESTIMULANTES COMO ANFETAMINAS OU ECSTASY?

0 – não

3 – sim

NP – ASSIANf2 - Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou ESTIMULANTES COMO ANFETAMINAS OU ECSTASY?

0 – nunca

2 – 1 a 2 vezes

3 – mensalmente

4 – semanalmente

6 – diariamente

NQ – ASSIANf3 - Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir ESTIMULANTES COMO ANFETAMINAS OU ECSTASY?

0 – nunca

3 – 1 a 2 vezes

4 – mensalmente

5 – semanalmente

6 – diariamente

NR – ASSIANf4 - Durante os últimos três meses com que frequência o seu consumo de ESTIMULANTES COMO ANFETAMINAS OU ECSTASY resultou em problemas de saúde, social, legal ou financeiro?

0 – nunca

4 – 1 a 2 vezes

5 – mensalmente

6 – semanalmente

7 – diariamente

NS – ASSIANf5 - Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do uso de ESTIMULANTES COMO ANFETAMINAS OU ECSTASY você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?

0 – nunca

5 – 1 a 2 vezes

6 – mensalmente

7 – semanalmente

8 – diariamente

NT – ASSIANf6 - Há amigos, parentes ou outras pessoas que tenha demonstrado preocupação com seu uso de ESTIMULANTES COMO ANFETAMINAS OU ECSTASY?

0 - NÃO, nunca

3 – Sim, mas não nos últimos 3 meses

6 – Sim, nos últimos 3 meses

NU – ASSIANf7 - Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de ESTIMULANTES COMO ANFETAMINAS OU ECSTASY?

0 - NÃO, nunca

3 – Sim, mas não nos últimos 3 meses

6 – Sim, nos últimos 3 meses

ASSIST – INALANTES (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter ...)

NV – ASSI-Ina1 - Na sua vida você já usou INALANTES?

0 – não

3 – sim

NW – ASSI-Ina2 - Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou INALANTES?

0 – nunca

2 – 1 a 2 vezes

3 – mensalmente

4 – semanalmente

6 – diariamente

NX – ASSI-Ina3 - Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir INALANTES?

0 – nunca

3 – 1 a 2 vezes

4 – mensalmente

5 – semanalmente

6 – diariamente

NY – ASSI-Ina4 - Durante os últimos três meses com que frequência o seu consumo de INALANTES resultou em problemas de saúde, social, legal ou financeiro?

0 – nunca

4 – 1 a 2 vezes

5 – mensalmente

6 – semanalmente

7 – diariamente

NZ – ASSI.Ina5 - Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do uso de INALANTES você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?

0 – nunca

5 – 1 a 2 vezes

6 – mensalmente

7 – semanalmente

8 – diariamente

OA – ASSI.Ina6 - Há amigos, parentes ou outras pessoas que tenha demonstrado preocupação com seu uso de INALANTES?

0 - NÃO, nunca

3 – Sim, mas não nos últimos 3 meses

6 – Sim, nos últimos 3 meses

OB – ASSI.Ina7 - Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de INALANTES?

0 - NÃO, nunca

3 – Sim, mas não nos últimos 3 meses

6 – Sim, nos últimos 3 meses

ASSIST – HIPNÓTICOS E SEDATIVOS (remédios para dormir, diazepam, lorax ...)

OC – ASSIHip1 - Na sua vida você já usou HIPNÓTICOS E SEDATIVOS?

0 – não

3 – sim

OD – ASSIHip2 - Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou HIPNÓTICOS E SEDATIVOS?

0 – nunca

2 – 1 a 2 vezes

3 – mensalmente

4 – semanalmente

6 – diariamente

OE – ASSIHip3 - Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir HIPNÓTICOS E SEDATIVOS?

0 – nunca

3 – 1 a 2 vezes

4 – mensalmente

5 – semanalmente

6 – diariamente

OF – ASSI-Hip4 - Durante os últimos três meses com que frequência o seu consumo de HIPNÓTICOS E SEDATIVOS resultou em problemas de saúde, social, legal ou financeiro?

0 – nunca

4 – 1 a 2 vezes

5 – mensalmente

6 – semanalmente

7 – diariamente

OG – ASSIHip5 - Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do uso de HIPNÓTICOS E SEDATIVOS você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?

0 – nunca

5 – 1 a 2 vezes

6 – mensalmente

7 – semanalmente

8 – diariamente

OH – ASSIHip6 - Há amigos, parentes ou outras pessoas que tenha demonstrado preocupação com seu uso de HIPNÓTICOS E SEDATIVOS?

0 - NÃO, nunca

3 – Sim, mas não nos últimos 3 meses

6 – Sim, nos últimos 3 meses

OI – ASSIHip7 - Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de HIPNÓTICOS E SEDATIVOS?

0 - NÃO, nunca

3 – Sim, mas não nos últimos 3 meses

6 – Sim, nos últimos 3 meses

ASSIST = DROGAS ALUCINÓGENAS (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)

OJ – ASSIALu1 - Na sua vida você já usou DROGAS ALUCINÓGENAS?

0 – não

3 – sim

OK – ASSIALu2 - Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou DROGAS ALUCINÓGENAS?

0 – nunca

2 – 1 a 2 vezes

3 – mensalmente

4 – semanalmente

6 – diariamente

OL – ASSIALu3 - Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir DROGAS ALUCINÓGENAS?

0 – nunca

3 – 1 a 2 vezes

4 – mensalmente

5 – semanalmente

6 – diariamente

OM – ASSIALu4 - Durante os últimos três meses com que frequência o seu consumo de DROGAS ALUCINÓGENAS resultou em problemas de saúde, social, legal ou financeiro?

0 – nunca

4 – 1 a 2 vezes

5 – mensalmente

6 – semanalmente

7 – diariamente

ON – ASSIALu5 - Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do uso de DROGAS ALUCINÓGENAS você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?

0 – nunca

5 – 1 a 2 vezes

6 – mensalmente

7 – semanalmente

8 – diariamente

OO – ASSIALu6 - Há amigos, parentes ou outras pessoas que tenha demonstrado preocupação com seu uso de DROGAS ALUCINÓGENAS?

0 - NÃO, nunca

3 – Sim, mas não nos últimos 3 meses

6 – Sim, nos últimos 3 meses

OP – ASSIALu7 - Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de DROGAS ALUCINÓGENAS?

0 - NÃO, nunca

3 – Sim, mas não nos últimos 3 meses

6 – Sim, nos últimos 3 meses

ASSIST – OPIOIDES (heroína, morfina, metadona, coldeína ...)

OQ – ASSIOpi1 - Na sua vida você já usou OPIOIDES?

0 – não

3 – sim

OR – ASSIOpi2 - Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou OPIOIDES?

0 – nunca

2 – 1 a 2 vezes

3 – mensalmente

4 – semanalmente

6 – diariamente

OS– ASSIOpi3 - Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir OPIOIDES?

0 – nunca

3 – 1 a 2 vezes

4 – mensalmente

5 – semanalmente

6 – diariamente

OT – ASSIOpi4 - Durante os últimos três meses com que frequência o seu consumo de OPIÓIDES resultou em problemas de saúde, social, legal ou financeiro?

0 – nunca

4 – 1 a 2 vezes

5 – mensalmente

6 – semanalmente

7 – diariamente

OU – ASSIOpi5 - Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do uso de OPIÓIDES você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?

0 – nunca

5 – 1 a 2 vezes

6 – mensalmente

7 – semanalmente

8 – diariamente

OV – ASSIOpi6 - Há amigos, parentes ou outras pessoas que tenha demonstrado preocupação com seu uso de OPIÓIDES?

0 - NÃO, nunca

3 – Sim, mas não nos últimos 3 meses

6 – Sim, nos últimos 3 meses

OW – ASSIOpi7 - Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de OPIÓIDES?

0 - NÃO, nunca

3 – Sim, mas não nos últimos 3 meses

6 – Sim, nos últimos 3 meses

ASSIST – OUTROS especificar: _____

OX – ASSIOut1 - Na sua vida você já usou OUTROS ?

0 – não e 3 – sim

OY – ASSIOut2 - Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou OUTROS?

0 – nunca

2 – 1 a 2 vezes

3 – mensalmente

4 – semanalmente

6 – diariamente

OZ – ASSIOut3 - Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir OUTROS?

0 – nunca

3 – 1 a 2 vezes

4 – mensalmente

5 – semanalmente

6 – diariamente

PA – ASSIOut4 - Durante os últimos três meses com que frequência o seu consumo de OUTROS resultou em problemas de saúde, social, legal ou financeiro?

0 – nunca

4 – 1 a 2 vezes

5 – mensalmente

6 – semanalmente

7 – diariamente

PB – ASSIOut5 - Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do uso de OUTROS você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?

0 – nunca

5 – 1 a 2 vezes

6 – mensalmente

7 – semanalmente

8 – diariamente

PC – ASSIOut6 - Há amigos, parentes ou outras pessoas que tenha demonstrado preocupação com seu uso de OUTROS?

0 - NÃO, nunca

3 – Sim, mas não nos últimos 3 meses

6 – Sim, nos últimos 3 meses

PD – ASSIOut7 - Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de OUTROS?

0 - NÃO, nunca

3 – Sim, mas não nos últimos 3 meses

6 – Sim, nos últimos 3 meses

Seção de ISDA

PE- ISDA1 - Quantas Internações em hospital geral no último ano?

--	--

PF- ISDA2 - Sofreu de gripe nos últimos 30 dias?

0 – não

1 – sim

PG – ISDA3 - Sofreu de alguma Infecção nos últimos 30 dias?

0 – não

1 – sim

PH - ISDA4 - Sofreu de alguma alergia nos 30 dias?

0 – não

1 – sim

PI – ISDA5 - Tem asma?

0 – não

1 – sim

PJ – ISDA6 - Tem atopia?

0 – não

1 – sim

PK- ISDA7 – Tem diabetes mellitus tipo II?

0 – não

1 – sim

PL – ISDA8 - Tem hipertensão arterial?

0 – não

1 – sim

PM – ISDA9 - Tem ou teve algum problema cardíaco (AVC, infarto ou angina)?

0 – não

1 – sim

PN – ISDA10 - Tem Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC?

0 – não

1 – sim

PO – ISDA11 - Tem dislipidemia?

0 – não

1 – sim

PP– ISDA12 - Teve câncer?

0 – não

1 – sim, especifique: _____

PQ - ISDA13 - Tem epilepsia/crise convulsiva?

0 – não

1 – sim

Seção de história familiar**Familiar de primeiro grau = pai, mãe, irmãos e filhos****PR – HFAM1 – Sua mãe fumou em sua gestação?**

0 – não

1 – sim

99999 – não sei

PS – HFAM2 - Tabagismo em familiar de primeiro grau?

0 – não

1 – sim

PT – HFAM3 - Dependência de álcool em familiar de primeiro grau?

0 – não

1 – sim

PU - HFAM4 - Dependência de substância ilícita em familiar de primeiro grau?

0 – não

1 – sim

PV – HFAM5 - Depressão em familiar de primeiro grau?

0 – não

1 – sim

PW– HFAM6 - Transtorno Bipolar em familiar de primeiro grau?

0 – não

1 – sim

PX - HFAM7 - Tentativa de suicídio em familiar de primeiro grau?

0 – não

1 – sim

PY – HFAM8 – Esquizofrenia em familiar de primeiro grau?

0 – não

1 – sim

SEÇÃO DE QUALIDADE DE VIDAPZ – CGI - Impressão Clínica Global

Considerando sua experiência, qual o grau de severidade da doença neste paciente no momento?

1 - Não está doente

2 - Muito leve

3 – Leve

4 – Moderado

5 – Acentuado

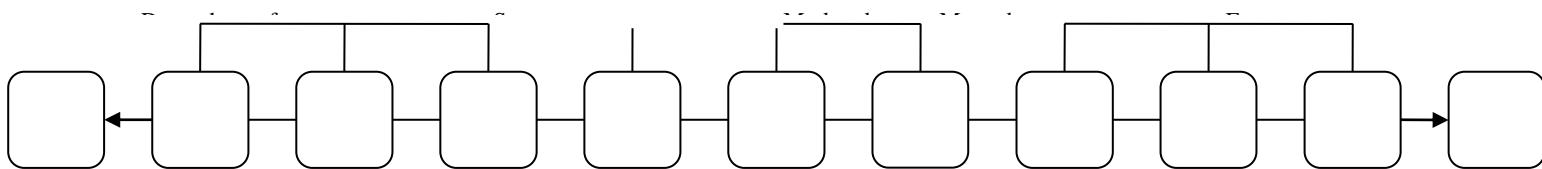
6 – Grave

7 - Extremamente grave

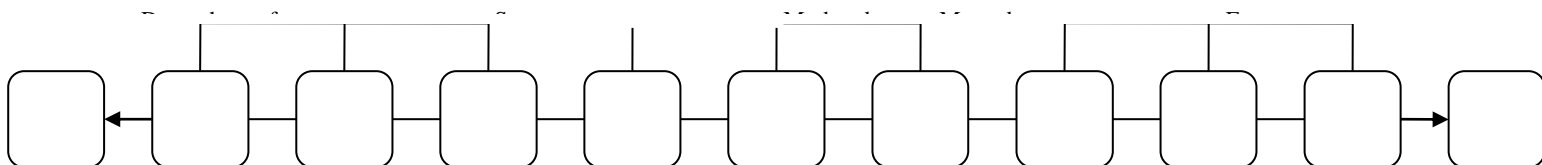
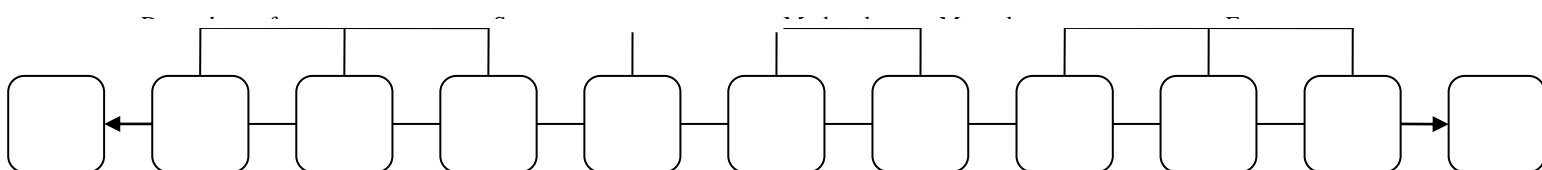
Escala de Incapacidade de Sheehan

Trabalho/Escola

QA – She1 - Os sintomas têm interrompido suas atividades no trabalho/escola:



Vida Social

QB – She2 - Os sintomas têm interrompido sua vida social:**Vida familiar/responsabilidades do lar****QC – She3 - Os sintomas têm interrompido sua vida familiar/responsabilidades do lar:****QD –She4 - Dias perdidos – Os sintomas têm causado faltas no trabalho, escola ou têm causado incapacidade em trabalhar em casa?**

Dias perdidos/faltas no último mês:

QE– She5 - Dias improdutivos – Mesmo que tenha ido ao trabalho e escola ou trabalho em casa, os sintomas têm diminuído sua produtividade?

Dias improdutivos no último mês (apesar de ter ido à escola/trabalho sua produtividade estava reduzida):

WHOQOL – ABREVIADO**QF - WHO1 - Como você avaliaria sua qualidade de vida?**

1 – muito ruim

2 – ruim

3 –nem ruim nem boa

4 – boa

5 - muito boa

QG - WHO2 - Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

1 – muito insatisfeito

2 – insatisfeito

3 – nem satisfeito nem insatisfeito

4 – satisfeito

5 – muito satisfeito

QH - WHO3 - Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

1 – nada

2 – muito pouco

3 – mais ou menos

4 – bastante

5 - extremamente

QI – WHO4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

1 – nada

2 – muito pouco

3 – mais ou menos

4 – bastante

5 - extremamente

QJ - WHO5 - O quanto você aproveita a vida?

1 – nada

2 – muito pouco

3 – mais ou menos

4 – bastante

5 - extremamente

QK - WHO6 - Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

1 – nada

2 – muito pouco

3 – mais ou menos

4 – bastante

5 - extremamente

QL - WHO7 - O quanto você consegue se concentrar?

1 – nada

2 – muito pouco

3 – mais ou menos

4 – bastante

5 - extremamente

QM - WHO8 - Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

- 1 – nada
- 2 – muito pouco
- 3 – mais ou menos
- 4 – bastante
- 5 - extremamente

QN - WHO9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

- 1 – nada
- 2 – muito pouco
- 3 – mais ou menos
- 4 – bastante
- 5 - extremamente

QO - WHO10 - Você tem energia o suficiente para o seu dia-a-dia?

- 1 – nada
- 2 – muito pouco
- 3 – médio
- 4 – muito
- 5 – completamente

QP - WHO11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?

- 1 – nada
- 2 – muito pouco
- 3 – médio
- 4 – muito
- 5 – completamente

QQ - WHO12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

- 1 – nada
- 2 – muito pouco
- 3 – médio
- 4 – muito
- 5 – completamente

QR - WHO13 - Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

- 1 – nada
- 2 – muito pouco
- 3 – médio
- 4 – muito
- 5 – completamente

QS - WHO14 - Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

- 1 – nada
- 2 – muito pouco
- 3 – médio
- 4 – muito
- 5 – completamente

QT - WHO15 - Quão bem você é capaz de se locomover?

- 1 - muito ruim
- 2 – ruim
- 3 – nem ruim nem bom
- 4 – bom
- 5 – muito bom

QU - WHO16 - Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

- 1 – muito insatisfeito
- 2 – insatisfeito
- 3 – nem satisfeito nem insatisfeito
- 4 – satisfeito
- 5 – muito satisfeito

QV - WHO17 - Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar atividades do seu dia-a-dia?

- 1 – muito insatisfeito
- 2 – insatisfeito
- 3 – nem satisfeito nem insatisfeito
- 4 – satisfeito
- 5 – muito satisfeito

QW - WHO18 - Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

- 1 – muito insatisfeito
- 2 – insatisfeito

3 – nem satisfeito nem insatisfeito

4 – satisfeito

5 – muito satisfeito

QX - WHO19 -Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

1 – muito insatisfeito

2 – insatisfeito

3 – nem satisfeito nem insatisfeito

4 – satisfeito

5 – muito satisfeito

QY - WHO20 – Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

1 – muito insatisfeito

2 – insatisfeito

3 – nem satisfeito nem insatisfeito

4 – satisfeito

5 – muito satisfeito

QZ - WHO21 – Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

1 – muito insatisfeito

2 – insatisfeito

3 – nem satisfeito nem insatisfeito

4 – satisfeito

5 – muito satisfeito

RA - WHO22 - Quão satisfeito(a) você está com o apoio que recebe de seus amigos?

1 – muito insatisfeito

2 – insatisfeito

3 – nem satisfeito nem insatisfeito

4 – satisfeito

5 – muito satisfeito

RB - WHO23 - Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

1 – muito insatisfeito

2 – insatisfeito

3 – nem satisfeito nem insatisfeito

4 – satisfeito

5 – muito satisfeito

RC - WHO24 - Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

1 – muito insatisfeito

2 – insatisfeito

3 – nem satisfeito nem insatisfeito

4 – satisfeito

5 – muito satisfeito

RD - WHO25 - Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

1 – muito insatisfeito

2 – insatisfeito

3 – nem satisfeito nem insatisfeito

4 – satisfeito

5 – muito satisfeito

RE - WHO26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

1 – nunca

2 – algumas vezes

3 – frequentemente

4 – muito frequentemente

5 - sempre

IPAQ– International Physical Activity Questionnaire – versão 6

Nós queremos saber quanto tempo você gasta fazendo atividade física em uma semana NORMAL. Por favor responda cada questão *mesmo* que considere que não seja ativo. Para responder considere as atividades como meio de transporte, no trabalho, exercício e esporte.

RF - IPAQ1a - Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades LEVES ou MODERADAS por pelo menos 10 minutos, que façam você suar POUCO ou aumentem LEVEMENTE sua respiração ou batimentos do coração, como nadar, pedalar ou varrer:

RG - IPAQ1b - Nos dias em que você faz este tipo de atividade, quanto tempo você gasta fazendo essas atividades POR DIA no total, em minutos?

RH - IPAQ2a – Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

RI - IPAQ2b - Nos dias em que você faz essas atividades por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total, em minutos, você gastou?

ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

RJ – IPAQII.1a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

0 – Não

1 – Sim

RK – IPAQII.1b. Quantos dias de uma semana normal você trabalha?

Durante um dia normal de trabalho, quanto tempo você gasta, em minutos:

RL – IPACII.1c . Andando rápido

RM – IPACII.1d. Fazendo atividades de esforço moderado como subir escadas ou carregar pesos leves

RN – IPACII.1e. Fazendo atividades vigorosas como trabalho de construção pesada ou trabalhar com enxada, escavar

ATIVIDADE FÍSICA EM CASA

Agora, pensando em todas as atividades que você tem feito *em casa* durante uma semana normal:

RO – IPACII.2a . Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades dentro da sua casa por pelo menos 10 minutos de esforço moderado como aspirar, varrer ou esfregar:

RP – IPAQII.2b. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo você gasta fazendo essas atividades **POR DIA**, em minutos?

RQ – IPAQII.2c. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades no jardim ou quintal por pelo menos 10 minutos de esforço *moderado* como varrer, rastelar, podar:

RR – IPAQII.2d. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo você gasta POR DIA, em minutos?

RS – IPAQII.2e. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades no jardim ou quintal por pelo menos 10 minutos de esforço vigoroso ou forte como carpir, arar, lavar o quintal:

RT – IPAQII.2f. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo você gasta POR DIA, em minutos?

ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Agora pense em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

RU – IPAQ.3a. Em quantos dias de uma semana normal você caminha de forma rápida por pelo menos 10 minutos para ir de um lugar para outro? (Não inclua as caminhadas por prazer ou exercício)

RV – IPAQ.3b. Nos dias que você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo POR DIA você gasta caminhando? (Não inclua as caminhadas por prazer ou exercício)

RW – IPAQ.3c. Em quantos dias de uma semana normal você pedala rápido por pelo menos 10 minutos para ir de um lugar para outro? (Não inclua o pedalar por prazer ou exercício)

RX – IPAQ.3d. Nos dias que você pedala para ir de um lugar para outro quanto tempo POR DIA você gasta pedalando? (Não inclua o pedalar por prazer ou exercício)

Dados antropométricos de Síndrome Metabólica

RY – SMe1 - Altura do paciente, em metros

RZ - SMe2 - Peso em Quilogramas

SA – SMe3 - Pressão arterial sistólica, em mmHg

SB – SMe4 - Pressão arterial diastólica, em mmHg

SC – SMe5 - Frequência Cardíaca

SD – SMe6 - Circunferência Abdominal, em centímetros

SE – Mono% - Monóxido de carbono em %

SF – Monoppm – Monóxido de carbono em p.p.m.

Seção com uso de medicações

SG - Med1 - Uso atual de antidepressivos?

0 – não e 1 – sim

SH - Med2 - Uso passado de antidepressivos?

0 – não e 1 – sim

SI - Med3 - Período livre de antidepressivos em semanas

0 – está em uso, 1 – 1 semana... até 24 semanas

SJ - Med4 - Uso atual de antipsicóticos ?

0 – não e 1 – sim

SK - Med5 - Uso passado de antipsicóticos?

0 – não e 1 – sim

SL - Med6- Período livre de antipsicóticos em semanas

0 – está em uso, 1 – 1 semana... até 24 semanas

SM - Med7 – Uso atual de lítio?

0 – não e 1 – sim

SN - Med8 - Uso passado de lítio?

0 – não e 1 – sim

SO - Med9- Período livre de lítio em semanas

0 – está em uso, 1 – 1 semana... até 24 semanas

SP – Med10 - Uso atual de estabilizadores de humor?

0 – não e 1 – sim

SQ – Med11 - Uso passado de estabilizadores de humor?

0 – não e 1 – sim

SR – Med12 - Período livre de estabilizadores de humor em semanas

0 – está em uso, 1 – 1 semana... até 24 semanas

SS - Med13 - Uso atual de anticonvulsivantes para epilepsia?

0 – não e 1 – sim

ST – Med14 - Uso atual de sedativos?

0 – não e 1 – sim

SU – Med15 - Uso passado de sedativos?

0 – não e 1 – sim

SV – Med16 - Período livre de sedativos em semanas

SW – Med17 - Uso atual de anti-hipertensivos?

0 – não e 1 – sim

SX – Med18 - Uso passado de anti-hipertensivos?

0 – não e 1 – sim

SY – Med19 - Período livre de anti-hipertensivos em semanas

SZ – Med20 - Uso atual de antidiabéticos?

0 – não e 1 – sim

TA – Med21 - Uso passado de antidiabéticos?

0 – não e 1 – sim

TB – Med22 - Período livre de antidiabéticos

TC – Med23 - Uso atual de aspirina?

0 – não e 1 – sim

TD – Med24 - Uso passado de aspirina?

0 – não e 1 – sim

TE – Med25 - Período livre de aspirina

TF – Med26 - Uso atual de estatinas?

0 – não e 1 – sim

TG – Med27 - Uso passado de estatinas?

0 – não e 1 – sim

TH – Med28 - Período livre de estatinas em semanas

TI – Med29 - Uso atual de hormônios?

0 – não e 1 – sim

TJ – Med30 - Uso passado de hormônios?

0 – não e 1 – sim

TK – Med31 - Período livre de hormônios em semanas

TL – Med32 - Uso atual de ômega – 3?

0 – não e 1 – sim

TM – Med33 - Uso passado de ômega – 3?

0 – não e 1 – sim

TN– Med34 - Período livre de ômega – 3 em semanas

TO – Med35 - Uso atual de antioxidantes? (NAC, ácido fólico, co-enzima Q10, cúrcuma, complexo de antioxidantes)

0 – não e 1 – sim

TP – Med36 - Uso passado de antioxidantes?

0 – não e 1 – sim

TQ – Med37 - Período livre de antioxidantes em semanas

TR – Med38 - Uso atual de de polivitamínicos?

0 – não e 1 – sim

TS – Med39 - Uso passado de polivitamínicos?

0 – não e 1 – sim

TT – Med40 - Período livre de polivitamínicos em semanas

TU – Med41 - Uso atual de Corticosteroides?

0 – não e 1 – sim

TV – Med42 - Uso passado de Corticosteroides?

0 – não e 1 – sim

TW– Med43 - Período livre de Corticosteroides em semanas

TX– Med44 - Uso atual de AINE (antiinflamatório não-esteroide)?

0 – não e 1 – sim

TY – Med45 - Uso passado de AINE (antiinflamatório não-esteroide)?

0 – não e 1 – sim

TZ – Med46 - Período livre de AINE (antiinflamatório não-esteroide)

ANEXO A - Parecer CEP - Aprovação do Projeto de Pesquisa

Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DA PESQUISA**

Título da Pesquisa: Avaliação dos marcadores biológicos em pacientes em tratamento por transtorno afetivo bipolar e por transtorno por uso de tabaco.

Pesquisador: Sandra Nunes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 34935814.2.0000.5231

Instituição Proponente: CCS – Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde – Stricto Sensu

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.177.978

Data da Relatoria: 07/08/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado "Avaliação dos marcadores biológicos em pacientes em tratamento por transtorno afetivo bipolar e por transtorno por uso de tabaco" sob responsabilidade da prof^ª. Dr^ª. Sandra Nunes, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Stricto sensu - UEL.

O referido projeto pretende avaliar as alterações de biomarcadores de estresse oxidativo, síndrome metabólica e atividade inflamatória em pacientes portadores de transtorno afetivo bipolar e transtorno por uso de tabaco, na fase basal do tratamento e após o tratamento de 6 meses e 1 ano, com a terapia convencional e associado ao tratamento.

adjuvante do antioxidante N-acetil-cisteína (NAC). Os pacientes bipolares (n=100) e dependentes de tabaco (n=100) serão submetidos a um questionário estruturado para avaliar as características sócio-demográficas e clínicas, escala de gravidade dos sintomas depressivos, uso de substâncias psicoativas, história tabagística, escala de incapacidade laboral, escala de estresse de vida precoce. O transtorno afetivo bipolar e o transtorno por uso de tabaco serão avaliados pela entrevista clínica estruturada, versão clínica (SCID-I), baseada no DSM-IV.

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



COMITÊ DE ÉTICA EM
Pesquisa Envolvendo
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



Continuação do Parecer: 1.177.978

Os exames laboratoriais e clínicos serão solicitados na fase basal e após o tratamento convencional e associado ao nac de 6 meses e 1 ano. Serão avaliadas as medidas antropométricas, obesidade central (cintura / circunferência do quadril, índice de massa corporal (IMC), pressão arterial(sistólica / diastólica). Serão coletados os exames laboratoriais de rotina para critérios de inclusão: hemograma, Hepatite B e C, TGO, TGP, HIV, proteína total. Serão coletados exames laboratoriais para avaliar biomarcadores de síndrome metabólica: polimorfismos e atividade plasmática da enzima paraoxonase 1, colesterol total, lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e a lipoproteína de alta densidade (HDL), triglicérides, insulina, glicose, hemoglobina A1c (HbA1), leptina, adiponectina. Serão coletados exames para avaliar biomarcadores de estresse oxidativo como: determinação de dialdeído malônico (MDA), determinação de hidroperóxidos lipídicos, determinação de metabólitos do óxido nítrico (NOX), determinação do potencial antioxidante total plasmático (TRAP) e determinação dos produtos avançados de oxidação protéica (AOPP), superóxidodismutase (SOD), catalase, glutathione total (GSH) e oxidada (GSSG), bem como avaliação de biomarcadores inflamatórios como: dosagem PCR; interleucina -6, Fator de Necrose Tumoral (TNF alfa), homocisteína e fibrinogênio. Todos os participantes darão seu consentimento informado para participar do estudo, após a aprovação da pesquisa pelo comitê de ética em pesquisa na universidade estadual de londrina (UEL). Avaliar-se-á a eficácia do tratamento convencional e com adjuvante com a NAC na redução das alterações dos biomarcadores relacionados à síndrome metabólica, à inflamação e ao estresse oxidativo

Objetivos da Pesquisa:

- Avaliar os biomarcadores da síndrome metabólica, do estresse oxidativo e inflamatórios na fase basal e após tratamento de 6 meses e 1 ano em pacientes com transtorno por uso de tabaco recrutados do Centro de Referência em Abordagem e Tratamento do Tabagismo (CRATT) do Ambulatório do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Londrina (AHC-UEL) e em pacientes bipolares recrutados do ambulatório de Psiquiatria do AHC-UEL.
- Avaliar as características sócio-demográficas e clínicas, escala de gravidade dos sintomas depressivos e maníacos, uso de substâncias psicoativas, história tabagística, escala de incapacidade laboral, escala de estresse de vida precoce. Bem como avaliar pela entrevista clínica estruturada, versão clínica (SCID-I), baseada no DSM-IV os critérios de transtorno afetivo bipolar e transtorno por uso de tabaco.
- Avaliar as medidas antropométricas (altura, peso, IMC, PA, FC, circunferência abdominal, circunferência quadril) na fase basal e após tratamento convencional e associado com NAC e com placebo de 6 meses e 1 ano.

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



Continuação do Parecer: 1.177.978

- Avaliar os exames laboratoriais na fase basal e após tratamento convencional, e associado a NAC em 6 meses e em 1 ano Coletar os exames laboratoriais de rotina para critérios de inclusão: hemograma, Hepatite B e C, TGO, TGP, HIV, proteína total. - Coletar exames laboratoriais para avaliar biomarcadores de síndrome metabólica: polimorfismos e atividade plasmática da enzima paraoxonase 1, colesterol total, lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e a lipoproteína de alta densidade (HDL), triglicérides, insulina, glicose, hemoglobina A1c (HbA1), leptina, adiponectina. - Coletar exames para avaliar biomarcadores de estresse oxidativo como: determinação de dialdeído malônico (MDA), determinação de hidroperóxidos lipídicos, determinação de metabólitos do óxido nítrico (NOX), determinação do potencial antioxidante total plasmático (TRAP) e determinação dos produtos avançados de oxidação protéica (AOPP), superóxido dismutase (SOD), catalase, glutathione total (GSH) e oxidada (GSSG), bem como avaliar de biomarcadores inflamatórios como: dosagem de PCR, interleucina-6, Fator de Necrose Tumoral (TNF alfa), VHS, homocisteína e fibrinogênio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora afirma que os riscos serão mínimos, inerentes à coleta de sangue que já seria realizada por indicação clínica. Portanto não há riscos exclusivos da pesquisa. Como benefícios diretos espera-se que Pacientes portadores do transtorno afetivo bipolar e do transtorno por uso de tabaco, que apresentarem alterações em biomarcadores de estresse oxidativo, inflamatórios e síndrome metabólica na fase basal do tratamento, possam ter redução das alterações destes biomarcadores após o tratamento convencional e com coadjuvante de N-acetil-cisteína (NAC) um precursor de glutathione, bem como espera-se que os estudos destes biomarcadores poderão contribuir para o maior entendimento das doenças, levando em consideração de novas estratégias de tratamentos adjuvante em transtorno afetivo bipolar e em transtorno do uso de tabaco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora afirma que o uso do NAC é um tratamento coadjuvante para os pacientes dependentes do tabaco e para os portadores de transtorno de humor (bipolares) e que todos os pacientes permanecerão com seu tratamento proposto para o quadro com acréscimo de NAC ou placebo. Para os pacientes que receberem placebo será ofertado o NAC após os três meses. A pesquisadora esclareceu os locais e infra-estrutura para realização da pesquisa, a constar: A estrutura utilizada para a pesquisa será o Centro de Referência em Abordagem e Tratamento do Tabagismo (CRATT) do Ambulatório do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Londrina (AHC, UEL) que são encaminhados a este ambulatório e os pacientes bipolares serão recrutados do ambulatório de Psiquiatria do AHC-UEL. Os exames laboratoriais de rotina serão realizados no Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário e no Laboratório de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital universitário (LPG). A pesquisadora afirma que não haverá guarda de material biológico.

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



Continuação do Parecer: 1.177.978

A pesquisadora já havia apresentado em anexo o orçamento da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de Apresentação Obrigatória:

A pesquisadora apresentou os termos devidamente preenchidos e assinados, a constar: - Termo de sigilo e confidencialidade - folha de rosto - comprovante de aprovação e fomento do projeto do CNPq - Autorização da Superintendência do HU-UEL. - TCLE contendo: n°de páginas e a quantidade total delas, campo para rubrica em todas as páginas, a informação de que todas as despesas tidas com a pesquisa em tela serão de responsabilidade do pesquisador responsável, a informação de que o participante terá acesso aos resultados de seus exames caso deseje, a garantia ao direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, a garantia ao direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário ao participante da pesquisa, informações sobre cuidados para redução dos riscos, e a descrição de todos os procedimentos e métodos que serão realizados durante o estudo.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de grande relevância para saúde pública. Recomendo sua aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a Critério do CEP:

LONDRINA 10 DE AGOSTO DE 2016

Assinado por:

Paula Mariza Zedu Alliprandini

(Coordenador(a))

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

ANEXO B – RELAÇÃO DE PESQUISA CADASTRADAS



Centro: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS Tel.: (0xx43) 3371-2332

Depto: DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA - CCS-MED Tel.: (0xx43) 3371-2234

Projeto: 08953 - AVALIAÇÃO DOS MARCADORES BIOLÓGICOS EM PACIENTES EM TRATAMENTO POR TRANSTORNO

AFETIVO BIPOLAR E POR TRANSTORNO POR USO DE TABACO

Tipo de Cadastro: 18 - PROJETOS CEPE / UEL - RESOLUÇÃO 70/2012

Tipo de Pesquisa: TRABALHO CIENTÍFICO Classificação: Aplicada

Processo: / Relatório:

Tempo Pr. Inicial: 036 Meses Prorrog.: Término Previsto: 31/10/2017

Área do CNPQ: MEDICINA

Desenvolvimento do Projeto

Data Situação Motivo

03/02/2014 EM CADASTRO

11/02/2014 EM TRÂMITE

13/11/2014 EM EXECUÇÃO

Aprovações do Projeto

Enviado para Aprovado Nº Referência Especificação

Participantes do Projeto

Código Categoria Titulação Sit C.H. Função Data Nome

0123188 DOCENTE DOUTORADO AT COLABORADOR 13/11/2014 ADRIANO LUIZ DA COSTA FARI.

201412970044 PÓS-GRAD. AT COLABORADOR 13/11/2014 CAROLINE SAMPAIO ALVES NUNES

0406124 DOCENTE DOUTORADO AT COLABORADOR 13/11/2014 DAVID ROBERTO DO CARMO

0402788 DOCENTE DOUTORADO AT 2 COLABORADOR 13/11/2014 DECIO SABBATINI BARBOSA

0512032 DOCENTE DOUTORADO AT CONSULTOR 13/11/2014 ESTEFANIA GASTALDELLO MOREIRA

201412970099 PÓS-GRAD. AT COLABORADOR 13/11/2014 FERNANDA LIBONI CAVICCHIOLI

0802260 DOCENTE DOUTORADO AT 2 COORDENADOR 13/11/2014 HEBER ODEBRECHT VARGAS

201412970124 PÓS-GRAD. AT COLABORADOR 13/11/2014 JULIANA BRUM MORAES

201312970064 PÓS-GRAD. AT COLABORADOR 13/11/2014 KAMILA LANDUCCI BONIFACIO

1212713 DOCENTE DOUTORADO AT 2 COLABORADOR 13/11/2014 LUCIANA VARGAS ALVES NUNES

1316525 DOCENTE DOUTORADO AT CONSULTOR 13/11/2014 MARCELA MARIA BARACAT

1315240 AG. UNIVERS. AT COLABORADOR 13/11/2014 MARCIA REGINA PIZZO DE CASTRO

1327802 DOCENTE DOUTORADO AT 2 COLABORADOR 13/11/2014 MARCOS LIBONI

201412980091 PÓS-GRAD. AT COLABORADOR 13/11/2014 MAURO PORCU

201412980104 PÓS-GRAD. AT COLABORADOR 13/11/2014 REGINA CÉLIA BUENO REZENDE.



RESUMO DO PROJETO

Este ensaio clínico propõe-se a avaliar as alterações de biomarcadores de estresse oxidativo, síndrome metabólica e atividade inflamatória em pacientes portadores de transtorno afetivo bipolar e transtorno por uso de tabaco, na fase basal do tratamento e após o tratamento de 6 meses e 1 ano, com a terapia convencional e associado ao tratamento adjuvante do antioxiante n-acetil-cisteína (NAC). Os pacientes bipolares (n=100) e dependentes de tabaco (n=100) serão submetidos a um questionário estruturado para avaliar as características sócio-demográficas e clínicas, escala de gravidade dos sintomas depressivos, uso de substâncias psicoativas, história tabagística, escala de incapacidade laboral, escala de estresse de vida precoce. O transtorno afetivo bipolar e o transtorno por uso de tabaco serão avaliados pela entrevista clínica estruturada, versão clínica (SCID-I), baseada no DSM-IV. Os exames laboratoriais e clínicos serão solicitados na fase basal e após o tratamento convencional e associado ao NAC com 6 meses e 1 ano. Serão avaliadas as medidas antropométricas obesidade central (cintura / circunferência do quadril, índice de massa corporal (IMC), pressão arterial (sistólica / diastólica). Serão coletados exames laboratoriais de rotina para critérios de inclusão: hemograma, hepatite B e C, TGO, TGP, HIV, proteína total. Serão coletados exames laboratoriais para avaliar biomarcadores de síndrome metabólica: polimorfismos e atividade plasmática da enzima paraoxonase 1, colesterol total, lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e a lipoproteína de alta densidade (HDL), triglicérides, insulina, glicose, hemoglobina a1c (HBA1), leptina, adiponectina. Serão coletados exames para avaliar biomarcadores de estresse oxidativo como: determinação de dialdeído malônico (MDA), determinação de hidroperóxidos lipídicos, determinação de metabólitos do óxido nítrico (NOX), determinação do potencial antioxidante total plasmático (TRAP) e determinação dos produtos avançados de oxidação protéica (AOPP), superóxido dismutase (SOD), catalase, glutatona total (GSH) e oxidada(gssg), bem como avaliação de biomarcadores inflamatórios como: dosagem PCR; VHS, interleucina-6, fator de necrose tumoral (TNF alfa), homocisteína e fibrinogênio. Todos os participantes darão seu consentimento informado para participar do estudo, após a aprovação da pesquisa pelo comitê de ética em pesquisa na Universidade Estadual de Londrina (UEL). Avaliar-se-á a eficácia do tratamento convencional e com

adjuvante com a NAC na redução das alterações dos biomarcadores relacionados à síndrome metabólica, à inflamação e ao estresse oxidativo. Os resultados esperados serão a redução dos marcadores inflamatórios, de estresse oxidativo e melhora dos critérios de síndrome metabólica nos pacientes submetidos ao tratamento adjuvante com a NAC quando comparados aos pacientes submetidos ao uso de placebo.