



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

FERNANDA LIBONI CAVICCHIOLI

**PACIENTES COM TRANSTORNO BIPOLAR E
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR COMÓRBIDOS COM
TRANSTORNO DE ANSIEDADE:
AGRAVAMENTO DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

Londrina
2016

FERNANDA LIBONI CAVICCHIOLI

**PACIENTES COM TRANSTORNO BIPOLAR E
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR COMÓRBIDOS COM
TRANSTORNO DE ANSIEDADE: AGRAVAMENTO DAS
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Sandra Odebrecht Vargas Nunes.

Coorientador(a): Prof^a. Dr^a. Estefania Gastaldello Moreira

Londrina
2016

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

Cavicchioli, Fernanda Liboni.

Pacientes com Transtorno Bipolar e Transtorno Depressivo Maior Comórbidos com Transtorno de Ansiedade: Agravamento das características clínicas / Fernanda Liboni Cavicchioli. - Londrina, 2016.
139 f.

Orientador: Sandra Odebrecht Vargas Nunes.

Coorientador: Estefania Gastaldello Moreira.

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

1. Transtorno Bipolar - Tese. 2. Transtorno Depressivo Maior - Tese. 3. Transtorno de Ansiedade - Tese. 4. Comorbidade - Tese. I. Odebrecht Vargas Nunes, Sandra . II. Gastaldello Moreira, Estefania. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas. IV. Título.

FERNANDA LIBONI CAVICCHIOLI

**PACIENTES COM TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNO
DEPRESSIVO MAIOR COMÓRBIDOS COM TRANSTORNO DE
ANSIEDADE: AGRAVAMENTO DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina.

BANCA EXAMINADORA

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

Prof. Dr. Décio Sabbatini Barbosa
Universidade Estadual de Londrina – UEL

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

Prof. Dr. Alex Eduardo Gallo
Universidade Estadual de Londrina – UEL

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

Londrina, 18 de Agosto de 2016.

DEDICATÓRIA

A Deus, pela vida, pela saúde, pela luz e sabedoria.

Aos meus queridos pais, Sidnei e Áurea pelos grandes exemplos de luta, de força, de fé, pelas sábias palavras e minha eterna gratidão por acreditarem em mim e por estarem comigo em todos os momentos da minha vida.

Aos meus irmãos Marcos e Márcio pelo grande incentivo, pelo carinho, pelas palavras ditas nos momentos certos, pelos exemplos profissionais e éticos a serem seguidos.

A Neusinha pela nossa história de uma vida toda.

Ao Diego, meu marido, companheiro de todas as horas, das risadas e das lágrimas durante este caminho, pelo exemplo de professor, pela grande ajuda, pela paciência e por tolerar todos os meus momentos de estresse.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Minha gratidão

À Prof^a. Dr^a. Sandra Odebrecht Vargas Nunes, muito obrigada pela oportunidade, pela credibilidade, pelo ensino, pela dedicação na construção deste trabalho que me permitiu evoluir na vida pessoal e profissional.

Ao Dr. Heber Odebrecht Vargas, “meu querido”, pela parceria, pela grande oportunidade de iniciar a vida acadêmica, pelo cuidado e carinho com todos, alunos e pacientes.

Ao Dr. Michael Maes, pela contribuição nas análises estatísticas na construção deste trabalho.

Ao Prof. Paulo Sérgio Negri que tanto contribuiu para o meu desenvolvimento acadêmico durante esta caminhada.

Aos professores da pós-graduação pela dedicação, auxílio e ensinamentos.

A todos os pacientes do Ambulatório de Especialidades, de Psiquiatria, do Hospital Universitário (AEHU), UEL, que ajudaram a tornar este trabalho possível.

AGRADECIMENTOS

A toda equipe do grupo de pesquisa, aos funcionários que contribuíram, o meu muito obrigada.

A minha cunhada Rê pelo apoio moral e momentos de desabafo.

Aos meus alunos da PUC que se tornaram uma grande fonte de força de vontade de crescer na vida acadêmica e que despertaram ainda mais o meu interesse pela tão amada Psiquiatria.

“Tudo vale a pena quando a alma
não é pequena.”

(Fernando Pessoa)

CAVICCHIOLI, Fernanda. Liboni. **Pacientes com transtorno bipolar e transtorno depressivo maior comórbidos com transtorno de ansiedade**: agravamento das características clínicas. 2016. 139 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde.) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

Introdução: Pacientes com transtornos do humor incluindo Transtorno Bipolar (TB) e Transtorno Depressivo Maior (TDM) comórbidos com transtornos de ansiedade tendem a apresentar maior prejuízo funcional, maiores taxas de Síndrome Metabólica (SM), maiores taxas de Transtorno por Uso do Tabaco (TUT), mais comportamento suicida, maior gravidade dos sintomas depressivos e história de maus-tratos infantis. **Objetivo:** Este trabalho foi realizado para delinear o impacto de diferentes transtornos de ansiedade comórbidos na fenomenologia dos transtornos do humor. **Métodos:** Foram incluídos 105 pacientes com transtorno de humor e 67 controles normais e feitos os diagnósticos de Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), Transtorno do Pânico (TP), Transtorno de Ansiedade Generalizado (TAG) e fobias utilizando a entrevista clínica estruturada para o DSM-IV, Eixo I (SCID-I). Foram utilizadas as seguintes escalas: Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A) para medir a gravidade da ansiedade, a Escala de Hamilton (HDRS₁₇) versão de 17 itens para medir a gravidade da depressão, a Escala de Avaliação de Mania de Young (YMRS), o Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco e Outras Substâncias (ASSIST versão 3.0), o Questionário Sobre Traumas na Infância (CTQ), a Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde versão breve (WHOQOL-BREF), a Escala de Incapacidade de Sheehan (SDS), a Escala de Gravidade da Doença (CGI) e a Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS). **Resultados:** Maiores escores na escala de HAM-A foram associados à SM, ao transtorno por uso de tabaco TUT, aos número de episódios, ao diagnóstico de transtorno do humor, de TAG e fobias. Transtornos do humor comórbidos com TEPT, TP ou TOC, mas não com TAG ou fobias, são significativamente mais severos, apresentam mais episódios depressivos e maníacos, mais tentativas de suicídio e alta prevalência de TB. Maus-tratos infantis estão fortemente relacionados com a presença dos transtornos de ansiedade comórbidos. A pontuação da HAM-A, mas não os diagnósticos de transtornos de ansiedade comórbidos, é um forte preditor (independente da gravidade da depressão) de baixa qualidade de vida e aumento da incapacidade. **Conclusão:** O estado ansioso e os transtornos de ansiedade comórbidos estão associados com maior complexidade e gravidade da fenomenologia e com prognóstico menos favorável da depressão bipolar e do TDM.

Palavras-chave: Transtorno bipolar. Transtorno depressivo maior. Transtorno de ansiedade. Comorbidade. Prognóstico.

CAVICCHIOLI, Fernanda. Liboni. **Patients with bipolar disorder and major depressive disorder comorbid with anxiety disorders: the worsening of their clinical features.** 2016. 139 p. Dissertation (Master in Health Sciences) – State University of Londrina, Londrina, 2016.

ABSTRACT

Background: Patients with mood disorders (MD), including bipolar disorder (BD) and major depressive disorder (MDD) comorbid with anxiety disorders (AD) tend to have greater functional impairment, more metabolic syndrome (MetS), more tobacco use disorder (TUD), more suicide attempts, more severity of depressive symptoms and history of childhood trauma. **Aim:** This study was carried out to delineate the impact of different comorbid anxiety disorders on the phenomenology of MD. **Methods:** 105 patients with MD and 67 normal controls were included and made the diagnoses of posttraumatic stress disorder (PTSD), obsessive-compulsive disorder (OCD), panic disorder (PD), generalized anxiety disorder (GAD) and phobias using the structured clinical interview for DSM-IV, Axis I (SCID-I). The scales were used: Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) to measure severity of anxiety, the 17 item version Hamilton Depression Rating Scale (HDRS₁₇) to measure severity of depression, the Young Mania Rating Scale (YMRS), Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST version 3.0), the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the World Health Organization Quality of Life, brief version (WHOQOL- BREF), the Sheehan Disability Scale (SDS), Clinical Global Impression (CGI) and the Columbia-Suicide Severity Scale (C-SSRS). **Results:** HAM-A was highly predicted by the MetS, TUD, number of depressive episodes, diagnoses of MD, GAD and phobias. MD comorbid with PTSD, PD or OCD, but not GAD or phobias, are significantly more severe, show more depressive and manic episodes, more suicide attempts and a higher prevalence of BD. Childhood trauma are strongly related to the presence of the comorbid AD. The HAM-A, but not comorbid AD, is a strong predictor (independently from severity of depression) of lowered quality of life and increased disability. **Limitation:** Cross-sectional studies prone to not represent causal relationships between the comorbidities and MD. **Conclusion:** State anxiety and comorbid AD are associated with a more complex and severe phenomenology and a less favorable prognosis of BD and MDD.

Keywords: Bipolar disorder. Depressive disorder. Anxiety disorders. Comorbidity. Prognosis.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	<i>Anxiety Disorders</i>
AEHU	Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário
APA	Associação Americana de Psiquiatria
ASSIST	<i>Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test</i> –Test de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco e outras Drogas
BD	<i>Bipolar Disorder</i>
BMI	<i>Body Mass Index</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CI	<i>Confidence Interval</i> – Intervalo de Confiança
CID-10	Classificação Internacional de Doenças, 10 ^a Edição
CGI	<i>Clinical Global Impression</i> – Escala de Gravidade da Doença
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CT	Childhood trauma
CTQ	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>
C-SSRS	<i>Columbia-Suicide Severity Scale</i> – Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – 4 ^a edição
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – 5 ^a edição
FH	História familiar
FTND	Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina
FTQ	<i>Fagerström Tolerance Questionnaire</i>
GAD	<i>Generalized Anxiety Disorder</i>
HAM-A	<i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i> - Escala de Avaliação para Ansiedade de Hamilton
HDL	Lipoproteínas de alta densidade
HDRS ₁₇	<i>Hamilton Depression Rating Scale, 17 itens version</i> – Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton, versão de 17 itens
HUL	Hospital Universitário de Londrina
IDF	Federação Internacional de Diabetes
IMC	Índice de Massa Corpórea

LDL	Lipoproteínas de baixa densidade
MD	<i>Mood Disorder</i>
MDD	<i>Major Depressive Disorder</i>
MS	Ministério da Saúde
MetS	<i>Metabolic Syndrome</i>
MTI	Maus-tratos Infantis
OCD	<i>Obsessive-Compulsive Disorder</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i> – Razão de Chances
QUESI	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i> - Questionário sobre Traumas na Infância
PA	Pressão arterial
PD	<i>Panic Disorder</i>
PTSD	<i>Posttraumatic Stress Disorder</i>
SCID-I	Entrevista Clínica Estruturada, baseada na Versão Clínica do DSM-IV, Eixo I
SDS	<i>The Sheehan Disability Scale</i> - Escala de Incapacidade de Sheehan
SM	Síndrome Metabólica
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizado
TB	Transtorno Bipolar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
TP	Transtorno do Pânico
TUD	<i>Tobacco Use Disorder</i>
TUT	Transtorno por Uso de Tabaco
UEL	Universidade Estadual de Londrina
WHOQOL-BREF	<i>World Health Organization Quality of Life Instrument, brief Version</i> – Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, versão breve
YMRS	<i>Young Mania Rating Scale</i> - Escala de Avaliação de Mania de Young

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	TRANSTORNOS DO HUMOR.....	15
2.2	TRANSTORNOS DE ANSIEDADE	16
2.3	SÍNDROME METABÓLICA.....	17
3	OBJETIVOS	18
3.1	OBJETIVO GERAL.....	18
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4	METODOLOGIA	19
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	19
4.2	LOCAL DO ESTUDO	19
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	19
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	19
4.5	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	19
4.5.1	COLETA DE DADOS	20
4.5.2	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	20
4.5.2.1	AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS DO HUMOR E TRANSTORNOS DE ANSIEDADE.....	20
4.5.2.2	ESCALA DE AVALIAÇÃO PARA ANSIEDADE DE HAMILTON (HAM-A)	21
4.5.2.3	ESCALA DE AVALIAÇÃO PARA DEPRESSÃO DE HAMILTON (HDRS17)	21
4.5.2.4	TESTE DE FAGESTRÖM PARA DEPENDÊNCIA DE NICOTINA (FTDN).....	21
4.5.2.5	TESTE DE TRIAGEM DO ENVOLVIMENTO COM ÁLCOOL, TABACO E OUT SUBSTÂNCIAS (ASSIST VERSÃO 3.0).....	22
4.5.2.6	ESCALA DE TRAUMA NA INFÂNCIA.....	22
4.5.2.7	ESCALA DE INCAPACIDADE DE SHEEHAN	22
4.5.2.8	ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA	22
4.5.2.9	ESCALA DE GRAVIDADE DO SUICÍDIO DE COLUMBIA	23
4.5.2.10	ESCALA DE GRAVIDADE DA DOENÇA	23
4.5.2.11	HISTÓRIA FAMILIAR.....	23
4.5.2.12	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE MANIA DE YOUNG (YMRS).....	23

4.5.2.13	OUTRAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	23
4.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	24
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
ARTIGO –	Patients with depression bipolar disorder and major depressive disorder : comorbid with anxiety disorders: the worsening of their clinical features	26
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS	56
	APÊNDICES	61
APÊNDICE A –	Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	62
APÊNDICE B -	Questionário	64
APÊNDICE C –	Carta de submissão	130
	ANEXOS	132
ANEXO A -	Parecer CEP - Aprovação do Projeto de Pesquisa	135
ANEXO B –	Parecer CEP - Aprovação do Projeto de Pesquisa	138

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos do humor, que incluem o transtorno bipolar (TB) e o transtorno depressivo maior (TDM), são frequentemente comórbidos aos transtornos de ansiedade (Merikangas et al. 2007); nos indivíduos adultos a comorbidade dos transtornos do humor e transtornos de ansiedade tem ocorrência estimada entre 30 e 50% (Andrade et al. 2003). Ao considerarmos o TB, a comorbidade mais comum com este transtorno são os transtornos de ansiedade e estima-se que esta comorbidade com os transtornos ansiosos ocorra em 75% dos indivíduos (American Psychiatric Association 2013; Hawke et al. 2013). Entre os pacientes com TB, mais de 50% têm pelo menos um transtorno de ansiedade comórbido que está associado com idade de início precoce da doença, aumento do risco de suicídio e no tratamento eficácia reduzida do estabilizador de humor (Nina e Dunlop 2006).

Os transtornos de ansiedade têm um significativo impacto no início dos transtornos do humor, na fenomenologia clínica e no prognóstico das doenças. Desta forma, a presença de um transtorno de ansiedade comórbido ao transtorno do humor está associado com idade de início precoce, mais recaídas nos transtornos afetivos, maior gravidade dos sintomas depressivos, episódios mistos, mais comportamento suicida, aumento do risco de abuso de substâncias, assim como maior prejuízo sócio-ocupacional (Culpepper et al. 2008; Hawke et al. 2013; Schaffer et al. 2012). Transtornos de ansiedade em crianças menores de 12 anos podem ser preditores de futuros transtornos do humor e transtornos psicóticos (Kim-Cohen et al. 2003). Indivíduos com TB e TDM comórbidos com transtorno de ansiedade estão associados a sintomas mais graves das doenças, baixa qualidade de vida e maior prejuízo funcional (Simon et al. 2004; Feske et al. 2000).

Um achado bem comum também é a co-ocorrência de síndrome metabólica (SM) nos pacientes portadores de transtornos do humor, tanto no TB como no TDM (Vargas et al. 2014; Nunes et al. 2015a). A SM é caracterizada por obesidade abdominal, dislipidemia, hiperglicemia, hipertensão e foi relatado aumento do risco para diabetes tipo 2 e doença cardiovascular (Alberti et al. 2009, Alberti et al. 2005). Já foi encontrada alta prevalência de SM nos pacientes portadores de TB tipo I (46,7%), seguidos por TB tipo II (25,0%), TDM (22,0%), no transtorno de ansiedade (16,7%) e nos transtornos do humor e/ou ansiedade (14,3%) (Hung et al. 2014).

O TB tem alta comorbidade com doenças crônicas como doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, dislipidemia e resistência à insulina, componentes da SM por envolvimento multisistêmico (Kupfer, 2005, McIntyre et al. 2006; Murphy et al. 1987). Algumas pesquisas, a partir de estudos clínicos, encontraram fortes associações entre a

SM, o TDM, o TB e o episódio depressivo (Mcintyre et al. 2012, Mcintyre et al. 2009, Mcintyre et al. 2007).

O presente trabalho teve como objetivo investigar a comorbidade dos transtornos do humor com os transtornos de ansiedade, suas implicações clínicas e prognóstico e se esta comorbidade agrava os sintomas depressivos, ansiosos, maníacos, dificulta a remissão dos sintomas e mantém sintomas residuais, provocam maiores alterações na incapacidade funcional, aumentam as tentativas de suicídio e finalmente se estes pacientes apresentam mais doenças relacionadas à SM.

Considerando que os pacientes com transtornos do humor têm alta comorbidade com transtornos de ansiedade, as seguintes hipóteses foram consideradas:

A. Os pacientes com depressão bipolar e com TDM comórbido com transtornos de ansiedade apresentam com maior gravidade os sintomas depressivos, maníacos, maior frequência de episódios, mais tentativas de suicídio, maior taxa por uso de substâncias psicoativas.

B. Os transtorno do humor comórbidos com transtornos de ansiedade (transtorno do pânico, fobia específica, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de estresse agudo, transtorno de ansiedade generalizado) apresentam maior incapacidade funcional, piores escores na qualidade de vida e experiência de maus-tratos infantis.

C. A comorbidade entre transtornos do humor e os transtornos de ansiedade podem estar associada a maiores taxas de SM.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TRANSTORNOS DO HUMOR

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 10^a edição (CID-10), os transtornos do humor têm como alteração fundamental uma mudança no humor ou afeto, comumente depressão (com ou sem ansiedade) ou elação (OMS, 1993). Essa mudança é normalmente acompanhada por uma mudança no nível geral de atividade, e a maioria dos outros sintomas são secundários ou fazem parte do contexto de tais mudanças. A maior parte desses transtornos tende a ser recorrente, e o início de episódios é frequentemente relacionado a eventos estressores. Os transtornos do humor são classificados como: F30 (episódio maníaco), F31 (transtorno afetivo bipolar), F32 (episódios depressivos), F33 (transtorno depressivo recorrente), F34 (transtorno do humor persistentes), F38 (outros transtornos do humor), F39 (transtornos do humor não especificados) de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993). São considerados como doenças extremamente graves, levando ao risco de cronicidade, incapacidade progressiva e morte prematura (Murphy, 1987).

Ainda de acordo com a CID-10 TB é caracterizado por episódios repetidos em que o humor e atividade do paciente são significativamente alterados, com essa alteração consistindo em ocasiões de elevação do humor e aumento de energia e atividade (mania ou hipomania) e outros do humor rebaixado, atividade e energia diminuídas (depressão). Nos episódios depressivos, o indivíduo apresenta usualmente humor deprimido, perda de interesse e prazer, e energia reduzida levando à fatigabilidade ou cansaço. Outros sintomas comuns são:

- a) atenção e concentração reduzidas;
- b) auto-estima e auto-confiança reduzidas;
- c) ideias de culpa e menos-valia;
- d) pessimismo em relação ao futuro;
- e) ideias ou atos de auto-agressão ou suicídio;
- f) apetite diminuído;
- g) sono alterado

Os transtornos do humor são classificados de acordo com episódios simples ou recorrentes e com a gravidade. Os termos “mania” e “depressão grave” denotam extremos do espectro afetivo; “hipomania” é usada para denotar um estado intermediário sem delírios, alucinações ou incapacidade completa para atividades diárias.

Ao invés de “episódio depressivos”, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais, da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV) usa a denominação

TDM, permitindo a classificação em episódio único ou recorrente e também com especificadores de gravidade. Diferentemente do DSM-IV o capítulo de “Transtornos Depressivos” foi separado do capítulo de “Transtornos Bipolares e Transtornos Relacionados” no DSM-5. Os critérios diagnósticos para mania e hipomania no Transtorno Bipolar passaram a dar maior ênfase às mudanças no nível de atividades e na energia. O quadro misto deixou de ser um subtipo do TB e se tornou um especificador, “com Características Mistas”, que pode ser empregado inclusive na depressão unipolar (Araújo e Lotufo Neto, 2014).

2.2 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Na CID-10, os transtornos de ansiedade estão classificados dentro do grupo de transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (F40-F48), e compreendem: transtornos fóbico-ansiosos, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e outros transtornos ansiosos (transtorno de pânico (TP), transtorno de ansiedade generalizada (TAG), etc.).

A CID-10 reconhece que a mistura de sintomas (depressivos e de ansiedade) é frequente. Os transtornos de ansiedade são classificados como: F40 (transtornos fóbico-ansiosos), F41 (outros transtornos ansiosos), F41.0 (transtorno de pânico), F41.1 (transtorno de ansiedade generalizada), F42 (transtornos obsessivo-compulsivo), F43 (reações ao estresse grave e transtorno de adaptação),

A classificação do DSM-IV segue critérios parecidos da CID 10.

Na nova classificação do DSM, o DSM-5, o capítulo dos transtornos de ansiedade foi reformulado, pertencem ao grupo dos transtornos de ansiedade apenas o TAG, transtornos fóbicos e TP. Desta forma os diagnósticos de TOC, transtorno de estresse agudo (TEA) e TEPT foram realocados em novos capítulos (Araújo e Lotufo Neto, 2014).

O DSM-5 conta com um capítulo exclusivamente destinado ao TOC e outros transtornos relacionados, incluindo novos diagnósticos como o transtorno de acumulação e o transtorno de escuriação (*Skin-Picking*). Os critérios diagnósticos para o TOC não sofreram modificações significativas, mas novos especificadores foram introduzidos para melhor caracterizar os transtornos desse grupo. O DSM-IV usava o especificador “com *Insight* pobre” para descrever os casos em que o paciente tinha pouca crítica sobre os seus sintomas. No DSM-5 foram acrescentados “bom *Insight*” para pacientes com autocrítica preservada e “ausência de *Insight*/sintomas delirantes” nos casos em que o paciente não identifica os pensamentos obsessivos como sintomas de um transtorno mental, situação em que a convicção na veracidade dos sintomas pode alcançar características psicóticas. A

presença ou a história de tiques também é ressaltada com um especificador (Araújo e Lotufo Neto, 2014).

2.3 SÍNDROME METABÓLICA

A SM é um transtorno complexo representada por um conjunto de fatores, tais como: obesidade abdominal, dislipidemia, hiperglicemia, e hipertensão, que contribuem para um risco aumentado de *diabetes mellitus* tipo 2 e doenças cardiovasculares (Alberti et al., 2005, Alberti et al., 2009).

A SM pode ser classificada por vários critérios diagnósticos e definições por várias classificações tais como: da Organização Mundial da Saúde (OMS), do *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III) e da Federação Internacional de Diabetes (IDF), sendo que a maioria das classificações consideram os fatores de risco semelhantes, incluindo o aumento da obesidade central, medida por meio de circunferência abdominal, aumento da glicose (resistência à insulina) e níveis de triglicérides, diminuição do colesterol HDL e aumento da pressão arterial. A definição de SM para o ATP III exige três dos seguintes sinais clínicos: o aumento da circunferência abdominal, o aumento dos triglicérides, da pressão arterial, da glicemia de jejum, e redução do HDL (Grundey et al., 2005).

Para realizar o diagnóstico de SM a Federação Internacional de Diabetes (IDF) exige a presença de pelo menos três dos cinco critérios: 1) obesidade abdominal utilizando população e definições específicas do país; 2) hipertrigliceridemia: ≥ 150 mg/dl ou em uso de medicamento hipolipemiante; 3) HDL-C baixo: ≤ 40 mg/dl em homens ou ≤ 50 mg/dl nas mulheres ou em uso de medicamento hipolipemiante; 4) pressão arterial média $\geq 130/85$ mmHg ou atualmente tomando medicação anti-hipertensiva; 5) glicemia de jejum elevada ≥ 100 mg/dL ou em uso de medicamento antidiabético oral (Alberti et al., 2005, Alberti et al., 2009).

As taxas de prevalência da SM dependendo do critério utilizado e das características da população estudada variam entre 12,4% e 28,5% em homens e entre 10,7% a 40,5% em mulheres. Um terço dos pacientes bipolares apresentam SM usando os critérios do *Adult Treatment Panel III* (ATP III). As causas da SM são multifatoriais e incluem um estilo de vida pouco saudável que pode ser agravado por sintomas psiquiátricos, efeitos adversos dos tratamentos farmacológicos e menor acesso aos cuidados de saúde (McIntyre et al., 2012, Vancampfort et al., 2013). Foram descritas taxas de SM em TDM e BD, que variam entre 20% e 65% (McIntyre et al., 2012)

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo teve como objetivo analisar o impacto dos transtornos ansiosos na fenomenologia dos transtornos do humor.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estudar os preditores da gravidade da ansiedade no TB e no TDM (como por exemplo síndrome metabólica, transtorno por uso de tabaco, uso de outras substâncias com risco de dependência, incapacidade funcional, qualidade de vida, comportamento suicida);
2. Estudar o impacto dos diferentes transtornos de ansiedade comórbidos nas características dos transtornos do humor (gravidade da doença, número de episódios, prognóstico);
3. Estudar o impacto dos maus-tratos infantis e da história familiar de doenças psiquiátricas na ansiedade e comorbidades.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Foi realizado um estudo transversal.

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 dados foram coletados de pacientes do Ambulatório de Especialidades de Psiquiatria, do Hospital Universitário (AEHU), UEL. Os controles foram funcionários e estudantes da UEL, pareados por sexo e idade com os casos.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída por pacientes que buscaram tratamento no AEHU e pelos funcionários e estudantes da mesma instituição; uma amostra de conveniência de tempo e lugar, foi composta por casos (n=105) e controles (n=67).

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O presente estudo foi conduzido de Julho de 2015 a Abril de 2016. Os critérios de inclusão para ambos os grupos foram: idade entre 18 e 65 anos, principalmente adultos de meia-idade, ambos os sexos e de qualquer etnia.

Os critérios de exclusão para ambos os grupos foram: a) outra condição médica ou medicação que induza transtorno bipolar e transtorno depressivo maior; b) indivíduos com diagnóstico de retardo mental, esquizofrenia, síndromes psico-orgânicas ou qualquer condição que pudesse comprometer a compreensão dos termos do estudo e, c) gravidez.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados após a aprovação desta pesquisa pelo Comitê local de Ética e Pesquisa (número CAAE 34935814.2.0000.5231), 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, com o seguinte 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 (Anexo B) .

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 INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário (Apêndice B).

Os participantes foram submetidos à avaliação em consulta médica com anamnese, exame físico e medida de dados antropométricos. Os participantes responderam a um questionário constando os seguintes dados: sócio-demográficos, história de hospitalizações, história pregressa de doenças, capacidade de trabalho e para atividades domésticas, tratamentos anteriores, além de história de outras comorbidades médicas, psiquiátricas e tentativas de suicídio.

As características sociodemográficas usadas foram: idade, sexo, etnia, situação conjugal e escolaridade.

Para a situação de trabalho, foram incluídos: situação trabalhista (empregado, estudante, desempregado, auxílio-doença).

As características clínicas contempladas foram: gravidade de depressão, gravidade de ansiedade, índice de massa corpórea (IMC), história familiar de transtornos mentais.

4.5.2.1 AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS DO HUMOR E TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Os critérios diagnósticos para pesquisa de episódio ou transtorno bipolar, bem como de transtornos de ansiedade (transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada) foram avaliados por médicos psiquiatras treinados, com experiência clínica e familiarizados

com o instrumento, de acordo com a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM- IV, 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-IV, traduzida e adaptada para o português por Del-Ben et al. (2001), além da utilização da 10^a edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS).

4.5.2.2 ESCALA DE AVALIAÇÃO PARA ANSIEDADE DE HAMILTON (HAM-A)

A Escala de Avaliação para Ansiedade de Hamilton (HAM-A), desenvolvida por Hamilton em 1959, compreende 14 itens que podem ser pontuados de 0 a 4; o escore total é obtido pela soma dos valores atribuídos em todos os 14 itens da escala, cujo resultado varia de 0 a 56. Os escores < de 17 indicam ansiedade leve, entre 18 e 24 indicam ansiedade moderada e entre 25 e 30 ansiedade grave.

4.5.2.3 ESCALA DE AVALIAÇÃO PARA DEPRESSÃO DE HAMILTON (HDRS₁₇)

A avaliação da gravidade da depressão foi realizada pela Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HDRS₁₇), desenvolvida por Hamilton em 1960, traduzida e adaptada para a população brasileira por Moreno e Moreno, 1998. Foi utilizada a versão com 17 itens, sendo atribuídos escores a cada item individualmente, podendo este variar de zero até dois ou quatro, dependendo do item em questão, com pontuações variando de 0 a 50 pontos na versão de 17 itens. Pontuações totais de 0-7 podem ser consideradas normais (ou em remissão clínica), maior ou igual a 20 indica depressão moderada a grave.

4.5.2.4 TESTE DE FAGERSTRÖM PARA DEPENDÊNCIA DE NICOTINA (FTND)

A dependência de nicotina foi avaliada através do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina (FTND) (Fagerström 1989) o qual foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Carmo e Puyo (2002). O FTND possui uma escala de seis itens e pontuação de 0 a 10, a dependência de nicotina foi definida para um escore ≥ 5 (Reichert et al. 2008; Storr et al. 2005).

4.5.2.5 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 OMS para pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas que abrangem: tabaco, álcool, canabinóides, cocaína, estimulantes do tipo anfetamina, sedativos, alucinógenos, inalantes, opióides e outras drogas (WHO 2002). A adaptação transcultural para a língua portuguesa foi realizada por Henrique et al. (2004).

4.5.2.6 ESCALA DE TRAUMA NA INFÂNCIA

O Questionário Sobre Traumas na Infância (*Childhood Trauma Questionnaire - CTQ*) é um instrumento auto-aplicável para adolescentes e adultos que investiga história de abuso e negligência durante a infância. Este instrumento é usado para documentar a história de maus-tratos infantis em cinco domínios: abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligência emocional e negligência física (Berstein et al. 2003). Os 28 itens foram validados para a língua portuguesa por Grassi-Oliveira et al. (2006) e no presente trabalho utilizou-se os 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.

4.5.2.7 ESCALA DE INCAPACIDADE DE SHEEHAN

A Escala de Incapacidade de Sheehan (*The Sheehan Disability Scale – SDS*) é um instrumento auto-aplicável composto por 3 itens que avaliam prejuízo no trabalho, na vida social/atividades de lazer e vida familiar/atividades no lar. Esta pode ser pontuada em escores de 0 a 10: 0-3 prejuízo leve, 4-6 prejuízo moderado e 7-10 prejuízo grave (Sheehan et al. 1996).

4.5.2.8 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), composto por 26 itens, que avalia 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Este instrumento foi adaptado e validado para a língua portuguesa por Fleck et al. (2000).

4.5.2.9 ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO DE COLUMBIA

Esta escala foi utilizada para avaliar as questões referentes a ideação suicida e as tentativas de suicídio durante a vida e nos últimos meses (Posner et al. 2011).

4.5.2.10 ESCALA DE GRAVIDADE DA DOENÇA

A gravidade da doença foi avaliada através da *Clinical Global Impression* (CGI), onde o médico classificava o paciente a partir do valor 1 (normal) até 7 (gravemente doente) (Spearing et al. 1997).

4.5.2.11 HISTÓRIA FAMILIAR

A história familiar de transtornos mentais foi considerada por meio de relato da presença e tratamento dos transtornos em familiares de primeiro grau dos casos e dos controles.

4.5.2.12 ESCALA DE AVALIAÇÃO DE MANIA DE YOUNG (YMRS)

A escala constitui-se de 11 itens baseados nos sintomas centrais da mania. Quatro dos itens YMRS (Young et al. 1978) 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 brasileira (Vilela et al., 2005).

4.5.2.13 OUTRAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Foram obtidos dados como medida da circunferência abdominal, altura, peso, medida da pressão arterial, além de exames de sangue laboratoriais (perfil lipídico e glicemia); posteriormente foi calculado o índice de massa corpórea (IMC) através da divisão do peso pela altura elevada ao quadrado ($IMC=Kg/m^2$). Para avaliar a presença de síndrome metabólica foram utilizados os critérios diagnósticos propostos pela Federação Internacional de Diabetes, que caracterizam a síndrome metabólica quando pelo menos três dos cinco critérios estão presentes: 1) obesidade abdominal utilizando população e definições específicas do país; 2) hipertrigliceridemia: ≥ 150 mg/dl ou em uso de medicamento hipolipemiante; 3) HDL-C baixo: ≤ 40 mg/dl em homens ou ≤ 50 mg/dl nas mulheres ou em uso de medicamento hipolipemiante; 4) pressão arterial média $\geq 130/85$ mmHg ou atualmente tomando medicação anti-hipertensiva; 5) glicemia de jejum elevada ≥ 100 mg/dL ou em uso de medicamento antidiabético oral (Alberti et al., 2005, 2009).

- Perímetro de cintura aumentado para população da América do Sul :
 - Homem — Igual ou superior a 90 cm
 - Mulher — Igual ou superior a 80 cm
- Trigliceridemia elevada: Igual ou superior a 150 mg/dL (ou a utilização de fármacos para o controle)
- Colesterol HDL (“bom”) diminuído (ou a utilização de fármacos para a sua elevação):
 - Homem — Inferior ou igual a 40 mg/dL
 - Mulher - Inferior ou igual a 50 mg/dL
- Pressão arterial elevada: Igual ou superior a 130/85 mmHg (ou a utilização de fármacos para o seu tratamento)
- Elevação da glicose em jejum: Igual ou superior a 100 mg/dL (5.6 mmol/L) (ou a utilização de fármacos para o tratamento da hiperglicemia)

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As diferenças nas características sócio-demográficas e clínicas entre os grupos (sem transtornos de ansiedade e com transtornos de ansiedade) foram verificadas por meio das análises de variância (ANOVAs) ou análise de tabelas de contingência (testes χ^2). As associações entre uma variável dependente (pontuação total HAM-A) e as múltiplas variáveis explicativas foram avaliadas através do modelo de análise univariada linear geral (GLM) e análise de regressão linear automática stepwise.

Depois de avaliar a presença de cada comorbidade transtornos de ansiedade com os transtornos do humor (TDM, TB tipo I e TB Tipo II) dividimos os indivíduos em 3 grupos: controles (n = 61), transtornos do humor (n = 73) e comorbidade de transtornos do humor com TP e TEPT (n = 26) com base nos resultados observados na análise anterior. As diferenças nas características sócio-demográficas e clínicas entre os grupos foram analisadas através da ANOVA e teste χ^2 , e ajudou a definir as variáveis que seriam utilizadas como variáveis explicativas em uma regressão logística multinomial.

Para analisar todos os dados foi utilizada a versão IBM SPSS do Windows 22. A significância estatística foi fixada em 0,05, bicaudal.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

O artigo foi submetido à publicação no Journal of Affective Disorders com Fator de Impacto de 3,57 em 2015 e Qualis A2, no dia 03 (três) de Julho de 2016 (Apêndice C).

Patients with depression bipolar disorder and major depressive disorder comorbid with anxiety disorders: the worsening of their clinical features

Fernanda Liboni Cavicchioli^{a*}, Heber Odebrecht Vargas^b, Sandra Odebrecht Vargas Nunes^{a,b}

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

^bDepartment of Clinical Medicine, Psychiatry Unit, University Hospital, State University of Londrina, Brazil.

***Corresponding author:**

Fernanda Liboni Cavicchioli

Health Sciences Graduation Program, Health Sciences Center, State University of Londrina, Brazil

Avenue Ayrton Senna da Silva, 500, sl 302, zip code 86050-460

Londrina- Paraná, Brazil

Email: draferliboni@gmail.com

+554333325-3000

Abstract

Background: Patients with mood disorders (MD), including bipolar disorder (BD) and major depressive disorder (MDD) comorbid with anxiety disorders (AD) tend to have greater functional impairment, more metabolic syndrome (MetS), more tobacco use disorder (TUD), more suicide attempts, more severity of depressive symptoms and history of childhood trauma.

Aim: This study was carried out to delineate the impact of different comorbid anxiety disorders on the phenomenology of MD.

Methods: 105 patients with MD and 67 normal controls were included and made the diagnoses of posttraumatic stress disorder (PTSD), obsessive-compulsive disorder (OCD), panic disorder (PD), generalized anxiety disorder (GAD) and phobias using the structured clinical interview for DSM-IV, Axis I (SCID-I). The Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) was used to measure severity of anxiety.

Results: HAM-A was highly predicted by the MetS, TUD, number of depressive episodes, diagnoses of MD, GAD and phobias. MD comorbid with PTSD, PD or OCD, but not GAD or phobias, are significantly more severe, show more depressive and manic episodes, more suicide attempts and a higher prevalence of BD. Childhood trauma are strongly related to the presence of the comorbid AD. The HAM-A, but not comorbid AD, is a strong predictor (independently from severity of depression) of lowered quality of life and increased disability.

Limitation: Cross-sectional studies prone to not represent causal relationships between the comorbidities and MD.

Conclusion: State anxiety and comorbid AD are associated with a more complex and severe phenomenology and a less favorable prognosis of BD and MDD.

Keywords: Bipolar Disorder; Depressive Disorder; Anxiety Disorders; Comorbidity; Prognosis

Introduction

Anxiety and mood disorders (MD) are frequently comorbid (Merikangas et al. 2007) being estimated to occur in 30 to 50% of adults (Andrade et al. 2003). Among major depressive disorder (MDD) patients, comorbidity with anxiety disorders (AD) was reported to have a 12 month prevalence of 57.5% and a lifetime prevalence of 59.2% (Culpepper et al. 2008). When considering bipolar disorder (BD), it is estimated that comorbid AD occur in approximately 75% of individuals (American

Psychiatric Association 2013; Hawke et al. 2013) and the most frequently disorders observed are social phobia (38%), specific phobias (36%) and panic disorder (PD) (20%), but it is important to note that posttraumatic stress disorder (PTSD) was not assessed (Hawke et al. 2013).

AD have a significant impact on the onset, clinical phenomenology and prognosis of MD. Thus, the presence of an AD with MD is associated with an earlier age of onset, more affective relapses, depressive symptoms, mixed episodes, suicidality, risk of substance abuse, as well as greater socio-occupational impairment (Grunhaus et al. 1994; Culpepper et al. 2008; Freeman et al. 2002; Hawke et al. 2013; Schaffer et al. 2012). AD in children younger than 12 years predict later mood and psychotic disorders (Kim-Cohen et al. 2003).

Individuals with AD comorbid with BD and MDD have been associated with a greater functional impairment and more severe symptoms. Furthermore, among the group of BD comorbid with AD were a greater number of additional diagnoses, more substance use disorder. They also were more likely to report being single, separated than MDD and with an AD only (Schaffer et al. 2012).

Comorbid AD with MD have been reported to increase suicidality, mediated through increased rumination and through higher rates of cluster B personality disorders (Dilsaver et al. 2003; Schaffer et al. 2015). The anxiety comorbidities in patients with BD or MDD are important in clinical practice for enhance the management of both mood and anxiety symptoms for reduce risk of suicide and hospitalization (Simon et al. 2004; Schaffer et al. 2012).

Substance use disorders, including cocaine, alcohol, sedatives, hypnotics or anxiolytics, cannabis and tobacco use disorder (TUD) are highly associated among patients suffering from MDD, BD and AD (Beaulieu et al. 2012; Nunes et al. 2013). Moreover, clinical experience indicates that individuals with substance use disorders often involve for abuse of multiple substances simultaneously or sequentially. In these cases, each diagnosis to use of substance should be provided with respective criteria, on the other hand, the focus on therapies for all comorbidities may decrease the risk of suicidal behavior, as well as mood and anxiety symptoms (Beaulieu et al. 2012; Cavazos-Rehg et al. 2014; Ostacher et al. 2006).

The co-occurrence of metabolic syndrome (MetS) with MD, either BD or MDD is common (Vargas et al. 2014; Nunes et al, 2015b). The prevalence of MetS was highest in the BD type I (46.7%) patients, followed by BD type II (25.0%), MDD

(22.0%), anxiety-only disorders (16.7%), and no mood and/or anxiety disorders (14.3%) (Hung et al., 2014).

Anxious patients comorbid with MD were associated with worse course, diminished quality of life and poorer functioning (Simon et al. 2004; Feske et al. 2000).

MD appear more likely to have comorbid with AD, which may be related with shared genetic etiology. (Dilsaver et al, 2008; MacKinnon et al. 2002). Moreover, stress-related conditions during childhood, such as emotional, physical or sexual abuse as well as physical neglect influence depression prodromal symptoms and hypomania/mania prodromal symptoms (Noto et al. 2015). Childhood adversity could increase the risk for depression and/or anxiety disorders (Heim and Nemeroff 2001).

The present study aimed to examine the impact of AD on the phenomenology of MD. The specific aims of the study are to delineate a) the predictors of anxiety severity in BD and MDD (e.g. MetS, TUD, use of addictive substances, disability, quality of life, suicidal ideation); b) the impact of different comorbid AD on the characteristics of MD (severity of illness, number of episodes, suicidal behavior) and quality of life and disability; and c) the impact of childhood trauma and familial history of psychiatric diseases on anxiety and comorbidities.

2. Method

2.1. Subjects

Data were collected in an outpatient psychiatric unit at the State University of Londrina (UEL), Paraná, Brazil. Controls were recruited from the staff at the same institution. All participants were men and women aged 18–65 years, mostly middle-aged adults (mean age 42) recruited from a public hospital. The study was conducted from July 2015 to April 2016. Exclusion criteria were: a) another medical condition or medication-induced BD and MDD; b) subjects with diagnosis of mental retardation, schizophrenia, psycho-organic syndromes or any condition that would compromise the understanding of the study terms and c) pregnancy. All subjects gave written informed consent to participate in the study after the approval of this research by the local Ethics Research Committee (number CAAE 34935814.2.0000.5231).

2.2. Clinical Assessment

Trained psychiatrists carried out the clinical assessments. Diagnoses were based on the Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I (SCID-I), clinical version, translated and validated for the Portuguese language (Del Ben et al. 2001) and on the 10th edition of the International Classification of Diseases (ICD-10) (WHO, 1993). All participants completed a questionnaire, which comprised socio-demographic data (education, occupation, marital status, income), clinical data (hospitalizations, ability to work and perform domestic activities, psychoactive substance use, suicide ideation and attempts, use of medication), first-degree familial history of BD and MDD, suicide attempts, substance-related disorders.

Anxiety severity was assessed through Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) (Hamilton 1959). Each of the 14 items were scored from 0 to 4 with a total score range from 0 to 56, where <17 indicates mild severity, 18-24 mild to moderate and 25-30 moderate to severe (Hamilton 1959). Severity of depression was assessed through Hamilton Depression Rating Scale with 17 items (HDRS₁₇) for which a score of 0-7 is generally accepted to be within the normal range (or in clinical remission), whereas a score ≥ 20 indicates moderate or high severity (Hamilton 1960). HDRS₁₇ was translated and adapted for the Brazilian population by Moreno and Moreno (1998). The severity of manic symptoms was scored by the Young Mania Rating Scale (YMRS) which contains 11 items (Young et al. 1978). Four items are rated on a 0-8 scale and the remaining 5 on a 0-4 scale. A score ≤ 12 indicates remission of symptoms. The scale was translated and adapted for the Brazilian population (Vilela et al. 2005).

Nicotine dependence was evaluated in all smokers by the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) (Fargerström 1989) which was translated and adapted to the Portuguese language by Carmo and Pueyo (2002). The FTND produces a score ranging from 0 to 10 and nicotine dependence was defined as a score ≥ 5 (Reichert et al. 2008; Stor et al. 2005).

ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) is a screening questionnaire developed by the World Health Organization (WHO) to screen for the use of psychoactive substances (tobacco, alcohol, cannabinoids, cocaine, stimulants, sedatives, hallucinogens, inhalants, opioids) (WHO 2002). This test was translated and adapted to Portuguese by Henrique et al. (2004).

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) is a self-administered instrument to adolescents and adults which investigates history of abuse and neglect. The

instrument documents history of childhood maltreatment in 5 domains: sexual abuse, physical abuse, emotional abuse, emotional neglect and physical neglect (Bernstein et al. 2003). The 28 items were validated for the Portuguese language by Grassi-Oliveira et al. (2006).

The Sheehan Disability Scale (SDS) assesses the burden attributed to illness. It is a self-administered instrument composed by 3 items that evaluates impairment in work performance, social life and household maintenance/familiar life. It corresponds to the patient's visual analogue scales with verbal descriptors and associated scale scores. It can be scored from 0 to 10: scores 0-3 indicates mild injury, 4-6 moderate and 7-10 severe injury (Sheehan et al. 1996).

Quality of life was evaluated using the World Health Organization Quality of Life Instrument, abbreviated version (WHOQOL-BREF), composed by 26 items, which measures the following broad domains: physical health, psychological health, social relationships and environment. This instrument was translated and adapted to Portuguese by Fleck et al. (2000).

The Columbia–Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) was used to quantify the severity of suicidal ideation and behavior (Posner et al. 2011).

The severity of illness was evaluated by the Clinical Global Impression (CGI) in which the physician rates the patient from 1 (normal) to 7 (severely ill) (Spearing et al. 1997).

In order to evaluate the presence of MetS, waist circumference, height and body weight were measured and the body mass index (BMI), calculated. MetS was evaluated according to the criteria from the International Diabetes Foundation which considers that the syndrome is present if three or more of the following five criteria are present: 1) abdominal obesity using population and country-specific definitions; 2) hypertriglyceridemia ≥ 150 mg/dL or use of hypolipidemic drug; 3) HDL ≤ 40 mg/dl (men) or ≤ 50 mg/dL (women) or use of hypolipidemic drug; 4) average blood pressure $\geq 130/85$ mmHg or use of antihypertensive drug; 5) fasting glucose ≥ 100 mg/dL or use of antidiabetic medication (Alberti et al., 2005, 2009).

2.3. Statistical analyses

Differences in socio-demographic and clinical characteristics between groups (no anxiety disorders and anxiety disorders) were checked using analyses of

variance (ANOVAs) or analyses of contingency tables (χ^2 tests). Associations between one dependent variable (total HAM-A score) and multiple explanatory variables were assessed using univariate general linear model (GLM) analysis and stepwise automatic linear regression analysis.

After evaluating the presence of each AD comorbidity with each MD (MDD, BD type I and BD type II) we have divided the individuals into 3 groups: controls (n=61), MD (n=73) and MD comorbid with PD and PTSD (n=26) based on the results observed in the prior analysis. Differences in socio-demographic and clinical characteristics among groups were analyzed by ANOVA and χ^2 tests and helped to define the variables that would be used as explanatory variables in a multinomial logistic regression.

We used the IBM SPSS Windows version 22 to analyze all data. Statistical significance was set at 0.05, two tailed.

3. Results

3.1. *Demographic data*

Table 1 shows the socio-demographic and clinical data of our study population in subjects with AD (any of PTSD, PD, OCD, GAD or Phobia) versus those without. There were significant differences between these study groups in work status, HAM-A, HDRS₁₇, number of depressive and manic episodes, childhood trauma, current and life-time suicidal ideation and prior suicide attempts, use of hypnotics, familial histories of alcoholism, MDD and BD, WHOQOL-BREF scores, Sheehan total score and CGI. We did not use p-corrections to check the multiple statistical analyses on data presented in Table 1 because these univariate statistical results (and the intercorrelation matrix among all variables) were used to define the explanatory variables that were employed as determinants of independent association with the dependent variables (e.g. HAM-A, anxiety disorders diagnoses, HDRS₁₇) in the ultimate multivariate GLM and logistic regression analyses.

3.2. *Factor structure of the HAM-A*

Table 2 presents the result of a Principal Component (PC) Analysis followed by oblimin-rotation showing that there are 3 PCs in the 14 HAM-A symptom data: PC1 comprises anxious mood, tension, muscular, cardiovascular and respiratory symptoms; PC2 comprises gastrointestinal as well as behavior at interview; and PC3

comprises fears, insomnia, cognition and depressed mood. Subjects with any of the 5 anxiety disorders showed higher PC1, PC2 and PC3 scores (presented in **Table 1**).

3.3. Prediction of the HAM-A and PC scores

Pearson correlations between HAM-A scores and other variables were as follows: HDRS₁₇ ($r=0.723$, $p<0.001$, $n=161$), age ($r=-0.01$, $p=0.910$, $n=161$), number of depressive episodes ($r=0.366$, $p<0.001$, $n=153$), number of manic episodes ($r=0.09$, $p=0.251$, $n=161$), prior suicidal attempts ($r=0.195$, $p=0.013$, $n=161$), ASSIST alcohol ($r=0.020$, $p=0.806$, $n=161$), ASSIST hypnotics ($r=0.177$, $p=0.025$, $n=161$), and Childhood Trauma total score ($r=0.353$, $p<0.001$, $n=160$). There were significantly higher HAM-A values in patients with MD ($F=30.81$, $df=1/159$, $p<0.001$); PD ($F=11.40$, $df=1/159$, $p=0.001$); GAD+Phobias ($F=21.64$, $df=1/154$, $p<0.001$); suicidal ideation lifetime ($F=14.29$, $df=1/159$, $p<0.001$); suicidal ideation current ($F=15.38$, $df=1/159$, $p<0.001$), the MetS ($F=4.99$, $df=1/158$, $p=0.027$); and TUD ($F=5.70$, $df=1/159$, $p=0.018$). There were no significant differences in the HAM-A between men and women, those with OCD and PTSD. Subjects with a familial anamnesis of alcohol abuse ($F=9.92$, $df=1/157$, $p=0.002$), but not depression ($F=3.62$, $df=1/158$, $p=0.059$), or BD ($F=3.41$, $df=1/157$, $p=0.067$) had higher HAM-A values than those without.

All the variables presented in Table 1 that reached statistical significance were entered in a stepwise automatic linear regression analysis as explanatory variables and the significant variables in that analysis were consequently entered in univariate GLM analysis in order to compute F values. **Table 3** shows that 31.1% of the variance in the HAM-A score was explained by 5 variables: the MetS, TUD, number of depressive episodes, MD and GAD+phobias. Table 3 shows also the estimated mean values obtained by the model showing that MD, GAD+Phobia, TUD, and the MetS all increased the HAM-A values. Number of depressive episodes was significantly and positively related to the HAM-A score. Forced entry of any of the remaining variables that reached significance in **Table 1** did not modify the results from Table 3. Using the same explanatory variables in a multivariate GLM analyses with PC1, PC2 and PC3 as dependent variables showed that the number of depression episodes was significantly associated with PC3 ($F=38.11$, $df=1/141$, $p<0.001$); TUD with PC1 ($F=4.59$, $df=1/141$, $p=0.034$) and PC2 ($F=4.84$, $df=1/141$, $p=0.029$); the MetS with PC1 ($F=9.03$, $df=1/141$, $p=0.003$); GAD/Phobia with PC1

($F=8.81$, $df=1/141$, $p<0.001$) and PC2 ($F=8.01$, $df=1/141$, $p=0.005$) and MD with PC3 ($F=4.59$, $df=1/141$, $p=0.034$).

3.4. *Prediction of anxiety disorders*

In order to estimate the risk factors of AD we carried out stepwise logistic regression analyses with the AD as dependent variables and gender, childhood trauma and familial histories of alcohol abuse, depression, BD and suicidal attempts as explanatory variables. Stepwise binary logistic regression analyses showed that GAD+phobia (Wald=12.04, $df=1$, $p=0.001$; Nagelkerke=0.106) and PTSD+PD (Wald=9.22, $df=1$, $p=0.002$; Nagelkerke=0.090) were predicted by childhood trauma. The childhood trauma score also predicted PD (Wald=10.16, $df=1$, $p=0.001$; Nagelkerke=0.101) but not PTSD or OCD. PD+PTSD+OCD was significantly predicted ($\chi^2=17.62$, $df=2$, $p<0.001$, Nagelkerke=0.152) by familial anamnesis depression (Wald=5.02, $df=1$, $p=0.025$) and childhood trauma (Wald=9.42, $df=1$, $p=0.002$). All AD together were significantly predicted ($\chi^2=27.83$, $df=2$, $p<0.001$, Nagelkerke=0.158) by familial anamnesis of BD (Wald=7.38, $df=1$, $p=0.007$) and childhood trauma (Wald=11.81, $df=1$, $p=0.001$). The MetS and TUD were not significant in any of the above analyses.

3.5. *Comorbidity mood and anxiety disorders*

Table 4 shows the frequency of comorbidities between depressive and anxiety disorders. PD was higher in BD and MDD than in controls. OCD was higher in BD than in controls and MDD patients. PD+PTSD was significantly higher in BD than in controls. PD+PTSD+OCD was significantly higher in BD than in controls and MDD patients. All AD together were increased in MD as compared to controls.

In order to decipher the associations between MD, HAM-A, HAM-D, YMRS, PD/PTSD/OCD, GAD/phobia, number of depression and manic episodes and prior suicide attempts, we have carried out a factor analysis and varimax-rotated the first factors to interpret the data set. The first PC (explaining 29.9% of the variance) loaded highly on MD (0.541), HDRS₁₇ (0.477), YMRS (0.475), PD/PTSD/OCD (0.674), number of depression (0.747) and manic (0.737) episodes and prior suicide attempts (0.600). The second PC (explaining 23.3% of the variance) loaded highly on MD (0.503), HAM-A (0.851), HDRS₁₇ (0.712) and GAD/Phobia (0.681).

Consequently, we have examined whether there are clinical relevant differences between a) subjects with MD and PD/PTSD/OCD vs those with MD without these AD (and both groups compared to controls); b) subjects with MD and GAD/phobia vs those with MD alone without these AD (and both groups compared to controls); and c) subjects with MD and a group with increased HAM-A values (as defined by the median-split method) and those with MD alone without this anxiety group (and both groups compared to controls). Only the first combination (i.e. MD + PD/PTSD/OCD) showed meaningful differences.

Table 5 shows the results of stepwise automatic multinomial logistic regression analysis with the comorbid groups MD + PD/PTSD/OCD vs those with MD alone as dependent variable and age, gender, HDRS₁₇, HAM-A, YMRS, number of depression and manic episodes, familial history of MDD, BD and alcoholism, and childhood trauma score as explanatory variables. We found that 4 variables significantly ($\chi^2=173.52$, $df=8$, $p<0.001$, Nagelkerke=0.745) separated the 3 groups from each other, i.e. HAM-D ($\chi^2=12.90$, $df=2$, $p=0.002$), number of depression episodes ($\chi^2=25.45$, $df=2$, $p<0.001$), number of manic episodes ($\chi^2=13.64$, $df=2$, $p=0.001$) and number of prior suicide episodes ($\chi^2=9.56$, $df=2$, $p=0.008$). Thus, the HDRS₁₇ and number of manic episodes and prior suicide attempts significantly separated MD+PD/PTSD/OCD from MD alone. Based on these results we have analyzed also the other socio-demographic and clinical variables presented in Table 1 but with the subjects divided into the following 3 groups: controls and MD with and without PD/PTSD/OCD. In **Table 5** we also present the characteristics of these study groups. Thus, comorbid MD and PD/PTSD/OCD showed a higher HDRS₁₇ (but not HAM-A), number of depressive and manic episodes, suicide attempts and childhood trauma scores, and a lower WHOQOL-BREF score than patients with MOOD disorders without PD/PTSD/OCD.

3.6. Prediction of WHOQOL-BREF, Sheehan, CGI and current suicidal ideation

The HAM-A score was significantly higher in patients with current suicidal ideation than in those without ($F=18.99$, $df=1/170$, $p<0.001$). Binary logistic regression analysis showed that a higher HAM-A value significantly predicted current suicidal ideation (Wald=12.58, $df=1$, $p<0.001$, CI=1.07, CI95%: 1.03-1.12, Nagelkerke=0.128). Automatic stepwise binary regression analysis showed that

current suicidal ideation was significantly ($\chi^2=32.47$, $df=2$, $p<0.001$, Nagelkerke=0.173) predicted by MD (Wald=4.06, $df=1$, $p=0.044$, OR=5.01) and HDRS₁₇ (Wald=, $df=1$, $p=0.044$, OR=5.01).

Pearson's product moment correlation analyses showed that the HAM-A score was significantly correlated with the total WHOQOL-BREF score ($r=-.617$, $p<0.001$, $n=160$), Sheehan score ($r=0.595$, $p<0.001$, $n=160$) and CGI ($r=0.620$, $p<0.001$, $n=158$). In order to estimate the impact of the severity of illness and (comorbid) diagnoses on the outcome variables we ran multivariate GLM analyses with the WHOQOL-BREF, Sheehan and CGI as dependent variables and PD, PTSD, GAD/phobia, PD/PTSD/OCD, HAM-A, HDRS₁₇, MD, MD+PD/PTSD/OCD, age and gender as explanatory variables. **Table 6** shows that the HAM-A (but not the anxiety disorder diagnoses), HDRS₁₇, MD and gender were significant explanatory variables. Tests of between-subject effects showed that the HAM-A had significant effects on all three outcome variables, but most on the CGI and Sheehan. A second GLM analysis shows that introducing the three PC scores instead of the HAM-A demonstrates that PC3, but not PC1 or PC2, significantly predicted the 3 dependent variables and was even more significant than the HDRS₁₇ and MD diagnosis.

4. Discussion

After adjusting the data for many variables, the first finding of our study was that the severity of anxiety assessed by the HAM-A was positively and independently associated with the presence of TUD, depressive disorders, number of depressive episodes, diagnosis of MetS and, as expected, with the presence of some AD (i.e., GAD, social phobia and specific phobias). Comorbid MD (either BD or MDD), AD and TUD are commonly seen in clinical practice (Nunes et al. 2012, 2013a) and they have been reported to be strongly associated (Dome et al. 2010; Lasser et al. 2000; Ziedonis et al. 2008). As observed in our study, these comorbidities have been associated with higher severity of anxiety and depressive symptoms (Jamal et al. 2012).

The present study shows a significant association of MetS with comorbid BD/MDD and AD. Previous studies have reported increased prevalence of MetS in PTSD patients (Heppner et al. 2009) and a positive association of MetS with GAD (Carroll et al. 2009). Moreover, Kahl et al. (2015) evaluated the presence of anxiety and MD in patients at risk for the development of type 2 diabetes and found an association between current AD and MetS. Causal relationship is very difficult to

establish between these comorbidities but it is known that AD, MD, MetS and TUD share common altered pathways such as the hypothalamus-pituitary-adrenal axis, inflammatory cascade and oxidative/nitrosative stress markers (Garcia-Rizo et al. 2014; McIntyre et al. 2012; Nunes et al. 2012; Nunes et al. 2013b; Raikkonen et al. 2002; Vreeburg et al. 2010).

In this study MDD or bipolar depression (type I or II) comorbid with PD and PTSD but not with GAD and phobias were associated with more complex affective presentation and less favorable course. It was observed a significant positive association with severity of the depression and anxiety symptoms, number of depressive and maniac episodes, suicidal behavior, use of hypnotics, childhood trauma and decreased quality of life. Moreover, insomnia, cognition deficits and depressed mood were the anxiety symptoms more frequently observed in patients with depressive disorders and they got worsened when comorbid with PTSD and PD. The prevalence of comorbidity of PD with BD ranges from 10% to 65% and with PSTD, 80% (American Psychiatric Association, 2013). Comorbidity with PD is associated with a more complex illness presentation, including more number and severity of depressive episodes, rapid cycling, mixed features, greater likelihood of having depression as the first mood episode, suicidality, and more familiar history of MD (Forty et al 2009; Goodwin et al 2002; Mac Kinnon et al. 2002, 2006; Masi et al. 2001; Schaffer et al. 2012; 2015; Simon et al. 2004;).

Another finding from our study was an association of lifetime and current history of suicide attempt and ideation with comorbid anxiety and MDD/BD corroborating the study reported by Schaffer et al. (2015).

It is noteworthy that despite treatment, our outpatients with BD and MDD were symptomatic half of the time and presented multiple episodes, marked impairment in functioning, persistent unremitting illness and thus could be considered at stage 3 and 4 (Berk et al. 2007; Kapczinski et al. 2009). Comorbid anxiety and BD type I disorder may be a clinically relevant correlate of poor response to the acute treatment of BD and be associated with higher rates of non-remission or longer time to remission (Feske et al. 2000; Hawke et al. 2013).

In the current study, childhood trauma was an important predictor of MDD and BD comorbid or not with PD+PTSD. Others studies have reported on contributing effects of early childhood adversity as a strong link for mood and anxiety disorders,

including MDD, BD and suicide attempt (Heim and Nemeroff 2001; Heim et al. 2010; Mc Cauley et al. 1997; Stein et al. 2010).

Although the understanding of mood and anxiety disorders comorbidity is still elusive, these disorders may share some biological and environmental factors. For example, serotonin transporter genotype 5-HTTLPR may increase the risk for depressive and anxiety disorders in the presence of adverse life events (Caspi et al. 2003; Kendler et al. 2005). Also, early life trauma associated to polymorphisms in the immunomodulatory protein FKBP5 contributes to both depression and PTSD (Nemeroff et al. 2013).

MDD and BD are two separate entities in DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) but both BD and MDD comorbid with AD are associated with a more complex illness presentation. An attempt to build a bridge between BD and MDD may be reasonable because depressive symptoms with mixed features may occur during bipolar and depressive disorders allowing to hypothesize an unipolar-bipolar continuum (Nemeroff et al. 2013).

5. Strengths and limitations

Some limitations should be noted. Firstly, the cross-sectional study design with the observed associations does not represent causal relationships between the comorbidities and MD. Secondly, the diagnoses were made using the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) criteria. The DSM-5 (APA, 2013), published in 2013, brings several changes including: the moving of PTSD, acute stress and OCD from AD to a new stand-alone chapter; the separation of BD and depressive disorders from MD, even though there are common symptomatology, family history and genetic liability. Although DSM-5 is a movement toward a more precise picture of separate components, in clinical phenomenology the classifications are not affected. (Nemeroff et al. 2013). Finally, this study has a number of strengths: the data were based not only in diagnoses but also complemented with many instruments that allowed the measurement of the severity of symptoms.

Figure 1 summarizes our findings. Results from our study suggest that BD and MDD comorbid with AD (PTSD, PD or OCD, but not GAD or Phobias), were significantly more severe, show more depressive and manic episodes, more suicide attempts, more MetS and more tobacco use disorder. Childhood trauma and familial history of MD were strongly related to the presence of the comorbid AD. The HAM-A,

but not comorbid anxiety disorders, is a strong predictor (independently from severity of depression) of lowered quality of life and increased functional disability.

Taken together, evidences indicate that successful treatment outcomes can be expected for both anxiety and mood disorders.

Funding

This study was supported by grants from the Ministry of Science and Technology (CNPq 470344/2013-0 and 465928/2014-5).

Acknowledgements

The authors wish to thank the patients of Psychiatric Unit at UEL.

Declaration of interest

None of the authors have anything to declare.

References

- Alberti, K.G., Zimmet, P., Shaw, J., Group IDFETFC, 2005. The metabolic syndrome - a new worldwide definition. *Lancet*. 366:1059-1062.
- Alberti, K.G., Eckel, R.H., Grundy, S.M., Zimmet, P.Z., Cleeman, J.I., Donato, K.A., Fruchart, J.C., James, W.P., Loria, C.M., Smith, S.C. Jr.; International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; International Association for the Study of Obesity, 2009. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*. 120 (16):1640-5.
- American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J., Berglund, P., et al., 2003. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of

- Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res.* 12:3-21.
- Beaulieu, S., Saury, S., Sareen, J., Tremblay, J., Schütz, C.G., McIntyre, R. S., Schaffer, A., 2012. 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.* Feb;24(1):23-37
- Berk, M., Conus, P., Lucas, N., et al., 2007. Setting the stage: from prodrome to treatment resistance in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 9:671–678.
- Bernstein, D., Stein, J., Newcomb, M., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsma, L., Medrano, M., Desmond, D., Zule, W., 2003. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire . *Child Abuse & Neglect.* 27(2): 169-190.
- Carmo, J. T., Pueyo, A. A., 2002. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Rev Bras Med.*
- Carroll, D., Phillips, A. C., Thomas, G. N., Gale, C. R., Deary, I., Batty, G.D., 2009. Generalized anxiety disorder is associated with metabolic syndrome in the Vietnam experience study. *Biol. Psychiatry* 66:91–93.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T.E., Taylor, A., Craig, I.W., Harrington, H., Mc Clay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., Poulton, R., 2003. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science.* 301, 386-389.
- Cavazos-Rehg P., Breslau, N., Hatsukami, D., Krauss, M., Spitznagel, E., Gruzca, R., Salyer, P., Hartz, S., Bierut, L., 2014. Smoking cessation is associated with lower rates of mood/ anxiety and alcohol use disorder. *Psychol Med.* 44(12): 2523–2535.
- Culpepper, L. Clayton, A., Libierman, J., Susman, J., 2008. Treating Depression and Anxiety in Primary Care Prim Care Companion. *J Clin Psychiatry.* 10(2): 145–152.
- Del-Ben, C.M., Vilela, J.A.A., Crippa, J.A.S., Hallak, J.E.C., Labate, C.M., Zuardi, A.W., 2001. Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica" traduzida para o português. *Rev Bras Psiq.* 23, 156-159.

- Dilsaver, S.C., Chen, Y.W., 2003. Social phobia, panic disorder and suicidality in subjects with pure and depressive mania. *J Affect Disord.* 77:173-177.
- Dilsaver, S.C., Benazzi, F., Akiskal, K.K., et al., 2008. Differential patterns of lifetime multiple anxiety disorder comorbidity between Latino adults with bipolar I and major depressive disorders. *Bull Menninger Clin.* 72:130-148.
- Dome, P., Lazary, J., Kalapos, M.P., Rihmer, Z., 2010. Smoking, nicotine and neuropsychiatric disorders. *Neurosci Biobehav Rev.* 34(3):295–342.
- Fagerström, K.O., Schneider, N.G., 1989. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med.* 12(2):159-82.
- Feske, U., Frank, E., Mallinger, A.G., Houck, P.R., Fagiolini, A., Shear, M.K., Grochocinski, V.J., Kupfer, D.J., 2000. Anxiety as a correlate of response to the acute treatment of bipolar I disorder. *Am J Psychiatry.* 157(6):956-62.
- Fleck, M.P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon V., 2000. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref". *Rev Saude Publica.* 34(2):178-83.
- Forty, L., Smith, D., Jones, L., et al., 2009. Clinical characteristics of unipolar disorder and bipolar disorder according to the lifetime presence of recurrent panic attacks. *Bipolar Disord.* 11:307-315.
- Freeman, M.P., Freeman, S.A., McElroy, S.L., 2002. The comorbidity of bipolar disorder and anxiety disorders: prevalence, psychobiology , treatment issues. *JClin Psychiatry* 65:1106-113.
- Garcia-Rizo, C., Kirkpatrick, B., Fernandez-Egea, E., Oliveira, C., Meseguer, A., Grande, I., Undurraga, J., Vieta, E., Bernardo, M., 2014. Is bipolar disorder an endocrine condition? Glucose abnormalities in bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 129: 73-74.
- Goodwin, R.D., Hoven, C.W., 2002. Bipolar-panic comorbidity in the general population: prevalence and associated morbidity. *J Affect Disord.* 70:27-33.
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L.M., Pezzi, J.C., 2006. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Rev Saude Publica.* 40(2):249-55.
- Grunhaus, L., Pande, A.C., Brown, M.B., Greden, J.F., 1994. Clinical Characteristics of Patients With Concurrent Major Depressive Disorder and Panic Disorder. *Am J Psychiatry.* 151:541-546.

- Hamilton, M., 1959. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*; 32:50–55.
- Hamilton, M., 1960. A rating scale for depression. *J NeurolNeurosurgPsychiatry*. 23:6–62.
- Hawke, L., Velyvis, V., Parikh, S.V., 2013. Bipolar disorder with comorbid anxiety disorders: Impact of comorbidity on treatment outcome in cognitive-behavioral therapy and psychoeducation. *Int J Bipolar Disord*. 2;1:15.
- Heim, C., Nemeroff, C.B., 2001. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry*. 49:1023–1039.
- Heim, C., Shugart, M., Craighead, W.E., Nemeroff, C.B., 2010. Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Dev Psychobiol*. 52:671–690.
- Henrique, I.F.S., De Micheli, D., Lacerda, R.B.D., Lacerda, L.A.D., Formigoni, M.L.O.S., 2004. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras*. 50, 199-206.
- Heppner, P.S., Crawford, E.F., Haji, U.A., Afari, N., Hauger, R. L., Dashevsky, B.A., 2009. The association of posttraumatic stress disorder and metabolic syndrome: a study of increased health risk in veterans. *BMC Med*. 9;7:1
- Hung, C.I., Liu, C.Y., Hsiao, M.C., Yu, N.W., Chu, C.L., 2014. Metabolic syndrome among psychiatric outpatients with mood and anxiety disorders. *BMC Psychiatry*. 14:185.
- Jamal, M., Willem Van der Does, A.J., Cuijpers, P., Penninx, B.W.J.H., 2012. Association of smoking and nicotine dependence with severity and course of symptoms in patients with depressive or anxiety disorder. *Drug Alcohol Depend*. 126(1-2):138-46.
- Kahl, K.G., Schweiger, U., Correll, C., Müller C., Busch, M,L., Bauer, M., Schwarz, P. 2015. Depression, anxiety disorders, and metabolic syndrome in a population at risk for type 2 *diabetes mellitus*. *Brain Behav*. 5(3):e00306.
- Kapczinski, F., Dias, V.V., Kauer-Sant'Anna, M., Frey, B.N., Grassi-Oliveira, R., Colom, F., Berk, M., 2009. Clinical implications of a staging model for bipolar disorders. *Expert Rev. Neurother*. 9, 957–66.

- Kendler, K.D., Kuhn, J., Vittum, J., Prescott, C., Riley, B., 2005. The Interaction of Stressful Life Events and a Serotonin Transporter Polymorphism in the Prediction of Episodes of Major Depression: a Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 62(5):529-535.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T.E., Harrington, H., Milne, B.J., Poulton, R., 2003. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 60:709–717.
- Lasser, K., Boyd, J.W., Woolhandler, S., Himmelstein, D.U., McCormick, D., Bor, D.H., 2000. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 284(20):2606-2610.
- MacKinnon, D.F., Zandi, P.P., Cooper, J., 2002. Comorbid bipolar disorder and panic disorder in families with a high prevalence of bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 159:30-35.
- MacKinnon, D.F., Zamoiski, R., 2006. Panic comorbidity with bipolar disorder: what is the manic-panic connection? *Bipolar Disord*. 8:648-664.
- McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A.F., DeChant, H.K., Ryden, J., Derogatis, L.R., Bass, E.B., 1997. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *JAMA*. 7;277(17):1362-8.
- McIntyre, R.S., Alsuwaidan, M., Goldstein, B.I., Taylor, V.H., Schaffer, A., Beaulieu, S., Kemp, D.E., Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force, 2012. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid metabolic disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 24(1):69-81.
- Merikangas, K.R., Akiskal, H.S., Angst, J., Greenberg, P.E., Hirschfeld, R.M., Petukhova, M., Kessler, R.C., 2007. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 64(5):543-52.
- Moreno, R.A., Moreno, D. H., 1998. Hamilton and Montgomery & Åsberg depression rating scales. *Rev Psiq Clin*. 25, 262–272.
- Noto, M.N., Noto, C., Caribé, A.C., Miranda-Scippa, Â., Nunes, S.O., Chaves, A.C., Amino, D., Grassi-Oliveira, R., Correll, C.U., Brietzke, E., 2015. Clinical

- characteristics and influence of childhood trauma on the prodrome of bipolar disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 37(4):280-8.
- Nunes, S.O.V., Vargas, H.O., Brum, J., Prado, E., Vargas, M.M., de Castro, M.R.P., Dodd, S., Berk, M., 2012. A comparison of inflammatory markers in depressed and nondepressed smokers. *Nicotine Tob. Res.* 14, 540–6.
- Nunes, S.O.V., de Castro, M.R.P., Vargas, H.O., Vargas, M.M., de Batista Fonseca, I.C., Dodd, S., Berk, M., 2013a. Clinical characteristics and smoking cessation: an analysis of sex and depressive disorders differences. *Addict. Disord. Their Treat.* 12, 158–165.
- Nunes, S.O.V., Vargas, H.O., Prado, E., Barbosa, D.S., de Melo, L.P., Moylan, S., Dodd, S., Berk, M., 2013b. The shared role of oxidative stress and inflammation in major depressive disorder and nicotine dependence. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 37, 1336–1345.
- Nunes, S.O.V., de Melo, L.G.P., de Castro, MRP., Barbosa, D.S., Vargas, H.O., Berk, M., Maes, M., 2015. Atherogenic index of plasma and atherogenic coefficient are increased in major depression and bipolar disorder, especially when comorbid with tobacco use disorder. *J. Affective Disorders*, 172:55 – 62.
- Ostacher, M.J., Nierenberg, A.A., Perlis, R.H., Eidelman, P., Borrelli, D.J., Tran, T.B., Marzilli Ericson, G., Weiss, R.D., Sachs, G.S., 2006. The relationship between smoking and suicidal behavior, comorbidity, and course of illness in bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry.* 67:1907–11.
- Posner, K., Brown, G.K., Stanley, B., et al., 2011. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry.* 168(12):1266-77.
- Raikkonen, K., Matthews, K.A., Kuller, L.H., 2002. The relationship between psychological risk attributes and the metabolic syndrome in healthy women: or consequence? *Metabolism.* 51:1573–1577.
- Reichert, J., Araújo, A.J., Gonçalves, C.M., Godoy, I., Chatkin, J.M., Sales, M.P., Santos, S.R., 2008. Smoking cessation guidelines. *J. Bras. Pneumol.* 34 (10):845-80.
- Schaffer, A., McIntosh, D., Goldstein, B.I., Retor, N.A., McIntyre, R.S., Beaulieu, S., Swinson, R., Yatham, L.N., Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force, 2012. The CANMAT task

- force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 24(1):6-22.
- Schaffer, A., Isometsä, E.T., Tondo, L., et al., 2015. 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*. 17(1):1-16.
- Sheehan, D.V., Harnett-Sheehan, K., Raj, B.A., 1996. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol. Suppl II* 3:89-95.
- Simon, N.M., Otto, M.W., Wisniewski, S.R., et al., 2004. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry*. 161:2222-2229.
- Spearing, M.K., Post, R.M., Leverich, G.S., Brandt, D., Nolen, W. 1997. Modification of the Clinical Global Impressions (CGI) scale for use in bipolar illness (BP): the CGI-BP. *Psychiatry Res*. 5;73(3):159-71.
- Stein, D., Scott, K., Haro Abad, J.M., et al., 2010. Early childhood adversity and later hypertension: Data from the World Mental Health Survey. *Ann Clin Psychiatry*. 22(1): 19–28.
- Storr, C.L., Reboussin B.A., Anthony, J.C., 2005. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a comparison of standard scoring and latent class analysis approaches. *Drug Alcohol Depend*. 1;80(2):241-50.
- Vargas, H.O., Nunes, S.O.V., Barbosa, D.S., Vargas, M.M., Cestari, A., Dodd, S., Venugopal, K., Maes, M., Berk, M., 2014. Castelli risk indexes 1 and 2 are higher in major depression but other characteristics of the metabolic syndrome are not specific to mood disorders. *Life Sciences*. 102, p.65 – 71.
- Vilela, J.A.A., Crippa, J.A.S., Del-Ben, C.M., Loureiro, S.R., 2005. Reliability and validity of a Portuguese version of the Young Mania Rating Scale. *Braz J Med Biol Res*. 38, 1429-1439.
- Vreeburg, S.A., Zitman, F.G., van Pelt, J., Derijk, R.H., Verhagen, J.C., van Dyck, R., et al., 2010. Salivary cortisol levels in persons with and without different anxiety disorders. *Psychosom Med*. 72:340–347.
- World Health Organization, 1993. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva.

- World Health Organization, The ASSIST Working Group, 2002. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*. 97, 9:1183-1194.
- Young, R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E., Meyer, D.A., 1978. A rating scale for mania: reliability, validity, and sensitivity. *Br J Psychiatry*. 133:429-35.
- Ziedonis, D., Hitsman, B., Beckham, J.C., Zvolensky, M., Adler, L.E., Audrain-McGovern, J. et al., 2008. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res*. 10(12):1691-1715.

Table 1. Socio-demographic and clinical data of the study population classified according to the presence of Anxiety Disorder.

Variables	No Anxiety Disorder	Anxiety Disorder	F	df	P
Age (years)	43.2 (11.6)	41.8 (10.7)	0.63	1 / 163	0.430
Gender (female/male)	57 / 26	66 / 16	3.03	1	0.082
Income (minimum salaries)	3.48 (1.57)	3.21 (1.30)	1.48	1/161	0.226
Work (N/Y)	27 / 55	41 / 41	4.92	1	0.026
Education (years)	11.6 (1.3)	11.2 (4.6)	0.13	1/162	0.715
BMI (kg/m ²)	26.3 (4.8)	26.5 (4.6)	0.08	1/156	0.778
Metabolic syndrome (N/Y)	50 / 32	53 / 29	0.24	1	0.628
HAM-A	7.5 (7.7)	16.7 (10.4)	39.43	1 / 152	<0.001
HDRS ₁₇	4.3 (4.8)	10.2 (7.0)	39.40	1/163	<0.001
YMRS	1.1 (2.3)	1.8 (2.7)	3.65	1/163	0.058
# depressive episodes	2.0 (3.6)	4.7 (4.9)	15.55	1/154	<0.001
# manic episodes	1.4 (3.1)	4.2 (6.7)	11.35	1/163	<0.001
Age at onset Mood (years)	25.0 (11.3)	23.4 (9.6)	0.53	1/91	0.471
Childhood Trauma total score	38.4 (15.2)	50.8 (19.8)	20.34	1/162	<0.001
Suicidal ideation current	74 / 9	62 / 20	5.23	1	0.022
Suicidal ideation past	54 / 29	27 / 55	17.04	1	<0.001
Suicidal attempts past	0.13 (0.56)	1.10 (2.66)	10.49	1/163	0.001
Assist Alcohol	4.5 (6.7)	3.6 (6.3)	0.73	1/163	0.395
Assist Hypnotics	0.9 (2.9)	3.6 (6.3)	5.72	1/163	0.018
Tobacco use disorder	39 / 44	38 / 44	0.01	1	0.934
Familial alcoholism	54 / 28	34 / 47	9.35	1	0.002
Familial major depression	44 / 39	30 / 21	4.23	1	0.040
Familial bipolar disorder	73 / 10	50 / 30	14.25	1	<0.001
WHOQOL-BREF total score	90.5 (15.3)	76.1 (15.5)	35.84	1/162	<0.001
Sheehan total score	6.9 (9.7)	14.3 (9.3)	24.80	1/162	<0.001
CGI	2.62 (1.59)	3.78 (1.13)	25.58	1/160	<0.001
PC1 HAM-A	-0.37 (0.84)	0.41 (1.02)	27.54	1/152	<0.001
PC2 HAM-A	-0.33 (0.78)	0.33 (1.11)	18.86	1/152	<0.001
PC3 HAM-A	-0.30 (0.81)	0.33 (1.11)	16.59	1/152	<0.001

Continuous variables are shown as mean (\pm SD) and were analyzed by ANOVA whereas discrete variables are shown as frequency and were analyzed by Chi-Square test. BMI: Body Mass Index; HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale; HDRS₁₇: Hamilton Depression Rating Scale; YMRS: Young Mania Rating Scale; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Instrument, abbreviated version; CGI: Clinical Global Impression. PC: Principal Component

Table 2. Principal Component (PC) analysis followed by oblimin rotation performed on the 14 symptoms of the Hamilton Anxiety Rating Scale.

	Oblimin rotated PCs		
	PC1	PC2	PC3
Anxious mood	.662	-.123	.330
Tension	.703	-.005	.171
Fears	-.059	.387	.472
Insomnia	-.113	.296	.593
Intellectual	.337	-.188	.684
Depressed mood	.177	.034	.731
Somatic (muscular)	.579	.088	.286
Somatic (sensory)	.339	.373	.183
Cardiovascular symptoms	.897	.125	-.182
Respiratory symptoms	.659	.219	-.054
Gastrointestinal symptoms	.115	.725	-.002
Genitourinary symptoms	-.075	.825	.139
Autonomic symptoms	.432	.520	-.032
Behavior at interview	.161	.620	-.024

Shown are the loadings on the first three rotated factors. Highlighted are the significant loadings (>0.450)

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

Table 3. Result of univariate general linear model (GLM) analysis with the Hamilton Anxiety Rating Score as dependent variable and performed on the significant explanatory variables, which were obtained by stepwise automatic univariate regression analysis.

Significant explanatory variables	F	df	P	Partial Eta Squared
Model	12.67	5/140	<0.001	0.311
Metabolic syndrome	7.76	1/140	0.006	0.053
Tobacco use disorder	6.73	1/140	0.010	0.046
Number of depression episodes	7.19	1/140	0.008	0.049
Mood disorders (BD/MDD)	5.72	1/140	0.018	0.039
GAD + phobias	8.05	1/140	0.005	0.054

BD: bipolar disorder; MDD: major depressive disorder; GAD: generalized anxiety disorder

HAM-A Estimated marginal means (SE)

Diagnoses	Absent	Present
Mood Disorders	9.85 (1.40)	14.15 (0.95)
GAD - phobia	9.87 (0.91)	14.13 (1.25)
Metabolic syndrome	9.98 (0.97)	14.01 (1.17)
Tobacco use disorder	10.18 (1.10)	13.82 (1.02)

Table 4. Comorbidity DSM-IV-TR Anxiety Disorders, Bipolar Disorder (BD) and Major Depression Disorder (MDD) .

	Controls (A)	BD (B)	MDD (C)	χ^2	df	p value
PD (N/Y)	66/1 ^{B,C}	47/21 ^A	32/5 ^A	22.20	2	<0.001
OCD (N/Y)	66/1	57/11	37/0	-		
PTSD (N/Y)	66/1	63/5	35/1	-		
PD + PTSD (N/Y)	65/2 ^B	46/22 ^A	31/5	20.97	2	<0.001
GAD + phobias (N/Y)	52/12 ^{B,C}	33/34 ^A	15/20 ^A	19.59	2	<0.001
PD + PTSD + OCD (N/Y)	64/3 ^B	37/31 ^{A,C}	31/5 ^B	34.46	2	<0.001
Any of all Anxiety Disorders (N/Y)	51/13 ^{B,C}	20/47 ^A	12/22 ^A	36.38	2	<0.001

PD: panic disorder; OCD: obsessive-compulsive disorder; PTSD: posttraumatic stress disorder; GAD: generalized anxiety disorder; A: controls; B: Bipolar disorder; C: Major depressive disorder.

Table 5. Multinomial logistic regression analysis having the controls or Mood Disorders (BD/MDD) as the reference group.

Comparisons	Significant explanatory variables	Wald	df	P	OR	CI-95%
Mood vs Controls	# depressive episodes	10.77	1	0.001	4.23	1.79 – 10.02
	HDRS ₁₇	4.40	1	0.036	1.15	1.01 – 1.37
Mood+PD/PTSD/OCD vs Controls	# depressive episodes	10.49	1	0.001	4.20	1.76 – 10.02
	HDRS ₁₇	10.53	1	0.001	1.28	1.10 – 1.49
Mood+ PD/PTSD/OCD vs Mood	HDRS ₁₇	6.13	1	0.013	1.12	1.02 – 1.22
	# manic episodes	5.82	1	0.016	1.13	1.02 – 1.25
	# suicidal attempts	6.57	1	0.010	1.96	1.17 – 3.29

OR: Odds Ratio; CI-95%: 95% Confidence Interval with lower and upper interval; BD: bipolar disorder; MDD: major depressive disorder; PD: panic disorder; PTSD: posttraumatic stress disorder; OCD: obsessive-compulsive disorder; HDRS₁₇: Hamilton Depression Rating Scale

Variables	Controls (A)	Mood (B)	Mood+PD/PTSD/OCD (C)	F	df	P
Age (years)	43.1 (11.6)	43.5 (11.5)	40.9 (9.4)	0.72	2/168	0.489
Gender	44/23	55/13	29/7	4.94	2	0.085
HAM-A	6.8 (7.8) ^{B,C}	14.2 (9.9) ^A	17.0 (9.8) ^A	17.26	2/157	<0.001
HDRS ₁₇	2.8 (3.8) ^{B,C}	8.5 (6.0) ^{A,C}	12.4 (6.9) ^{A,B}	39.35	2/168	<0.001
YMRS	1.1 (2.5)	1.3 (2.4)	2.3 (2.6)	2.91	2/168	0.057
# depressive episodes	0.2 (1.3) ^{B,C}	4.1 (3.9) ^{A,C}	7.0 (5.2) ^{A,B}	44.45	2/159	<0.001
# manic episodes	0.0 (0.1) ^{B,C}	2.8 (4.0) ^{A,C}	7.5 (8.3) ^{A,B}	31.76	2/168	<0.001
Childhood Trauma total score	35.8 (12.0) ^{B,C}	47.6 (18.5) ^{A,C}	55.8 (21.3) ^{A,B}	17.91	2/167	<0.001
Suicidal ideation current	65/2 ^{B,C}	52/16 ^A	24/12 ^A	17.71	2	<0.001
Suicidal ideation past	59/8 ^{B,C}	20/48 ^A	7/29 ^A	63.79	2	<0.001
Suicidal attempts past	0.0 (0.2) ^C	0.4 (0.8) ^C	2.0 (3.4) ^{A,B}	15.21	2/168	<0.001
Assist Alcohol	3.4 (4.8)	4.2 (7.1)	4.7 (7.5)	0.49	2/168	0.612
Assist Hypnotics	0.4 (2.0)	1.6 (3.5)	4.1 (7.2)	9.36	2/168	<0.001
Familial alcoholism	43/23 ^C	35/32	12/24 ^A	9.52	2	0.009

Familial major depression	42/25 ^{B,C}	28/39 ^A	8/28 ^A	16.19	2	<0.001
Familial bipolar disorder	62/4 ^{B,C}	47/20 ^A	20/16 ^A	21.34	2	<0.001
WHOQOL-BREF total score	95.6 (11.6) ^{B,C}	77.6 (14.6) ^{A,C}	70.4 (14.0) ^{A,B}	50.34	2/167	<0.001
Sheehan total score	4.0 (7.3) ^{B,C}	14.8 (9.6) ^A	16.2 (8.5) ^A	35.97	2/167	<0.001
CGI	2.3 (1.6) ^{B,C}	3.7 (1.3) ^A	4.0 (1.1) ^A	23.69	2/165	<0.001

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale; HDRS₁₇: Hamilton Depression Rating Scale; YMRS: Young Mania Rating Scale; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Instrument, abbreviated version; Sheehan: Sheehan Disability Scale; CGI: Clinical Global Impression. PC: Principal Component; PD: panic disorder; PTSD: posttraumatic stress disorder; OCD: obsessive-compulsive disorder; A: controls; B: Bipolar disorder; C: Major depressive disorder.

Table 6. Prediction of WHOQOL-BREF, Sheehan, CGI and current suicidal ideation

Type of analysis	Dependent variables	Explanatory Variables	F	df	P	R ²
Multivariate	WHOQOL-BREF, Sheehan, CGI	HAM-A	11.34	3/150	<0.001	18.5
		HDRS ₁₇	8.74	3/150	<0.001	14.9
		MD	7.76	3/150	<0.001	13.4
		gender	4.54	3/150	0.004	8.3
Between-subject effects	WHOQOL-BREF	HAM-A	7.33	1/152	0.008	4.6
		HDRS ₁₇	25.85	1/152	<0.001	14.5
		MD	17.56	1/152	<0.001	10.4
Between-subject effects	Sheehan	gender	4.71	1/152	0.032	3.0
		HAM-A	18.35	1/152	<0.001	10.8
		HDRS ₁₇	3.57	1/152	0.061	2.3
Between-subject effects	CGI	MD	13.34	1/152	<0.001	8.1
		HAM-A	26.18	1/152	<0.001	14.7
		HDRS ₁₇	3.74	1/152	0.055	2.4
Between-subject effects	CGI	MD	6.54	1/152	0.012	4.1
		gender	5.81	1/152	0.017	3.7
		HDRS ₁₇	3.74	1/152	0.055	2.4
Multivariate	WHOQOL-BREF, Sheehan, CGI	PC3	17.01	3/150	<0.001	25.4
		HDRS ₁₇	11.33	3/150	<0.001	18.5
		MD	7.28	3/150	<0.031	12.7

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale; HDRS₁₇: Hamilton Depression Rating Scale; MD: Mood Disorder; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Instrument, abbreviated version; Sheehan: Sheehan Disability Scale; CGI: Clinical Global Impression. PC: Principal Component

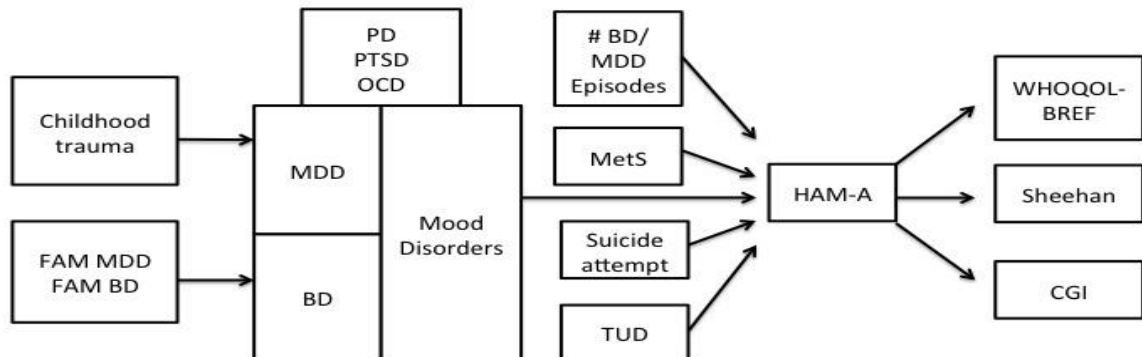


Figure 1. Summary of findings

BD: bipolar disorder; FAM: familial history; MDD: major depressive disorder; GAD: generalized anxiety disorder; PTSD: posttraumatic stress disorder; OCD: obsessive-compulsive disorder; PD: panic disorder; MetS: metabolic syndrome; HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale; TUD: tobacco use disorder; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Instrument, abbreviated version; Sheehan: Sheehan Disability Scale; CGI: Clinical Global Impression

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste trabalho sugerem que tanto o TB como o TDM comórbidos com os transtornos de ansiedade (TEPT, TP ou TOC, mas não TAG ou fobias), apresentaram-se com maior gravidade, maior número de episódios depressivos e maior número de episódios maníacos, mais tentativas de suicídio, maiores taxas de SM e de transtorno por uso do tabaco (TUT). História de maus-tratos infantis e história familiar de transtornos de humor estiveram fortemente relacionados com a presença de transtornos de ansiedade comórbidos aos transtornos do humor. A pontuação na escala de ansiedade HAM-A, mas não os transtornos de ansiedade comórbidos, é um forte preditor (independente da gravidade da depressão) de baixa qualidade de vida e de aumento no prejuízo funcional.

As evidências indicam que um bom tratamento pode trazer bons resultados tanto para os transtornos de ansiedade quanto para os transtornos do humor. Na prática clínica a comorbidade do TB ou do TDM com os transtornos de ansiedade, exige melhora no manejo dos sintomas, tanto do humor quanto ansiosos, para redução do risco de suicídio, nas taxas de hospitalização e prognóstico das doenças. Os achados deste trabalho fornecem evidências de que a comorbidade dos transtornos do humor com transtornos de ansiedade levam a pior qualidade de vida, maior gravidade dos sintomas, incapacidade funcional e maiores taxas de SM. Desta forma, além da investigação clínica clássica a identificação da SM deve fazer parte da rotina clínica.

Torna-se cada vez mais necessário identificar este subgrupo de pacientes para que seja realizado um tratamento mais intensivo, não apenas do ponto de vista psiquiátrico, mas também em outras esferas como orientação alimentar adequada, prática de atividade física, psicoterapia e outros tratamentos adjuvantes para melhorar o prognóstico. Futuras pesquisas, serão necessárias para melhorar a identificação deste subgrupo de pacientes, para busca de melhores terapêuticas complementares visando a otimização do tratamento e melhora clínica dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- Alberti, K.G., Zimmet, P., Shaw, J., Group IDFETFC, 2005. The metabolic syndrome - a new worldwide definition. *Lancet*. 366:1059-1062.
- Alberti, K.G., Eckel, R.H., Grundy, S.M., Zimmet, P.Z., Cleeman, J.I., Donato, K.A., Fruchart, J.C., James, W.P., Loria, C.M., Smith, S.C. Jr.; International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; International Association for the Study of Obesity, 2009. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*. 120 (16):1640-5.
- American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J., Berglund, P., et al., 2003. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 12:3-21.
- Araújo, A.C., Lotufo Neto, F. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. 2014. *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.*, Vol. XVI, no. 1, 67 – 82.
- Berk, M., Conus, P., Lucas, N., et al., 2007. Setting the stage: from prodrome to treatment resistance in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 9:671–678.
- Bernstein, D., Stein, J., Newcomb, M., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsma, L., Medrano, M., Desmond, D., Zule, W., 2003. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire . *Child Abuse & Neglect*. 27(2): 169-190.
- Carmo, J. T., Pueyo, A. A., 2002. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Rev Bras Med*.
- Culpepper, L. Clayton, A., Libierman, J., Susman, J., 2008. Treating Depression and Anxiety in Primary Care Prim Care Companion. *J Clin Psychiatry*. 10(2): 145–152.
- Del-Ben, C.M., Vilela, J.A.A., Crippa, J.A.S., Hallak, J.E.C., Labate, C.M., Zuardi, A.W., 2001. Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica" traduzida para o português. *Rev Bras Psiq*. 23, 156-159.
- Fagerström, K.O., Schneider, N.G., 1989. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*. 12(2):159-82.

- Feske, U., Frank, E., Mallinger, A.G., Houck, P.R., Fagiolini, A., Shear, M.K., Grochocinski, V.J., Kupfer, D. J., 2000. Anxiety as a correlate of response to the acute treatment of bipolar I disorder. *Am J Psychiatry*.157(6):956-62.
- Fleck, M.P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon V., 2000. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref". *Rev Saude Publica*. 34(2):178-83.
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L.M., Pezzi, J.C., 2006. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Rev Saude Publica*. 40(2):249-55.
- Grundy, S.M., Cleeman, J.I., Daniels, S.R., Donato, K.A., Eckel, R.H., Franklin, B.A., Gordon, D.J., Krauss, R.M., Savage, P.J., Smith, S.C.Jr., Spertus, J.A., Costa, F., 2005. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute scientific statement: Executive Summary. *Crit Pathw Cardiol*. Dec;4(4):198-203.
- Hamilton, M., 1959. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*; 32:50–55.
- Hamilton, M., 1960. A rating scale for depression. *J NeurolNeurosurgPsychiatry*. 23:6–62.
- Hawke, L., Velyvis, V., Parikh, S.V., 2013. Bipolar disorder with comorbid anxiety disorders: Impact of comorbidity on treatment outcome in cognitive-behavioral therapy and psychoeducation. *Int J Bipolar Disord*. 2;1:15.
- Henrique, I.F.S., De Micheli, D., Lacerda, R.B.D., Lacerda, L.A.D., Formigoni, M.L.O.S., 2004. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras*. 50, 199-206.
- Hung, C.I., Liu, C.Y., Hsiao, M.C., Yu, N.W., Chu, C.L., 2014. Metabolic syndrome among psychiatric outpatients with mood and anxiety disorders. *BMC Psychiatry*. 14:185.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T.E., Harrington, H., Milne, B.J., Poulton, R., 2003. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 60:709–717.
- Kupfer, D. J., 2005. The increasing medical burden in bipolar disorder. *JAMA* 293, 2528–30.
- Masi, G., Toni, C., Perugi, G., Mucci, M., Millepiedi, S., Akiskal, H.S., 2001. Anxiety disorders in children and adolescents with bipolar disorder: a neglected comorbidity. *Can J Psychiatry*. 46:797-802.
- McIntyre, R.S., Konarski, J.Z., Soczynska, J.K., Wilkins, K., Panjwani, G., Bouffard, B., Bottas, A., Kennedy, S.H., 2006. Medical comorbidity in bipolar disorder: implications for functional outcomes and health service utilization. *Psychiatr. Serv*. 57, 1140–4.

- McIntyre, R.S., Soczynska, J.K., Konarski, J.Z., Woldeyohannes, H.O., Law, C.W., Miranda, A., Fulgosi, D., Kennedy, 2007. Should Depressive Syndromes Be Reclassified as "Metabolic Syndrome Type II"? *Ann Clin Psychiatry*. 19(4):257-64.
- McIntyre, R.S., Rasgon, N.L., Kemp, D.E., Nguyen, Law, C.W.Y., Law, C.W., Taylor, V.H., Woldeyohannes, H.O., Alsuwaidan, M.T., Soczynska, Kim, B., Lourenco, M.T., Kahn, L.S., Goldstein, B.I., 2009. Metabolic syndrome and major depressive disorder: co-occurrence and pathophysiologic overlap. *Curr Diab Rep*. 9(1):51-9.
- McIntyre, R.S., Alsuwaidan, M., Goldstein, B.I., Taylor, V.H., Schaffer, A., Beaulieu, S., Kemp, D.E., Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force, 2012. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid metabolic disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 24(1):69-81.
- Merikangas, K.R., Akiskal, H.S., Angst, J., Greenberg, P.E., Hirschfeld, R.M., Petukhova, M., Kessler, R.C., 2007. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 64(5):543-52.
- Moreno, R.A., Moreno, D. H.,1998. Hamilton and Montgomery & Åsberg depression rating scales. *Rev Psiq Clin*. 25, 262–272.
- Murphy, J.M., Monson, R.R., Olivier, D.C., Sobol, A.M., Leighton, A.H.,1987. Affective disorders and mortality. A general population study. *Archives of general psychiatry*. 44, 473-480.
- Nemeroff, C., Weinberger, D., Rutter, M., MacMillan, H., Bryant, R.A., Wessely, S., Stein, D.J., Pariante, C.M., Seemüller, F., Berk, M., Malhi, G., Preisig, M., Brüne, M., Lysaker, P., 2013. DSM-5: a collection of psychiatrist views on the changes, controversies, and future directions. *BMC Med*. 11:202.
- Nina, P., Dunlop, B, 2006. Contemporary diagnosis and management of anxiety disorders. Pennsylvania: Handbooks in Health Care. p 191.
- Nunes, S.O.V., de Melo, L.G.P., de Castro, MRP., Barbosa, D.S., Vargas, H.O., Berk, M., Maes, M., 2015a. Atherogenic index of plasma and atherogenic coefficient are increased in major depression and bipolar disorder, especially when comorbid with tobacco use disorder. *J. Affective Disorders*, 172:55 – 62.
- Nunes, S.O.V., Pizzo de Castro, M.R., Moreira, E.G., Guembarovski, R.L., Barbosa, D.S., Vargas, H.O., Piccoli de Melo, L.G., Bortolasci, C.C, Watanabe, M.A., Dodd, S., Berk, M., Maes, M., 2015b. Association of paraoxonase (PON)1 activity, glutathione S-transferase GST T1/M1 and STin.2 polymorphisms with comorbidity of tobacco use disorder and mood disorders. *Neuroscience Letters* , 585,132-137.

- Organização Mundial da Saúde, 1993. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas. p. 69-82.
- Posner, K., Brown, G.K., Stanley, B., et al., 2011. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 168(12):1266-77.
- Schaffer, A., McIntosh, D., Goldstein, B.I., Rector, N.A., McIntyre, R.S., Beaulieu, S., Swinson, R., Yatham, L.N., Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force, 2012. The CANMAT task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 24(1):6-22.
- Sheehan, D.V., Harnett-Sheehan, K., Raj, B.A., 1996. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol. Suppl II* 3:89-95.
- Simon, N.M., Otto, M.W., Wisniewski, S.R., et al., 2004. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry*. 161:2222-2229.
- Spearing, M.K., Post, R.M., Leverich, G.S., Brandt, D., Nolen, W. 1997. Modification of the Clinical Global Impressions (CGI) scale for use in bipolar illness (BP): the CGI-BP. *Psychiatry Res*. 5;73(3):159-71.
- Storr, C.L., Reboussin B.A., Anthony, J.C., 2005. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a comparison of standard scoring and latent class analysis approaches. *Drug Alcohol Depend*. 1;80(2):241-50.
- Vancampfort D, Vansteelandt, K., Correll CU, Mitchell, A. J., De Herdt, A., Sienaert, P., Probst, M., De Hert, M., 2013. Metabolic syndrome and metabolic abnormalities in bipolar disorder: a meta-analysis of prevalence rates and moderators. *Am J Psychiatry*. 170(3):265-74.
- Vargas, H.O., Nunes, S.O.V., Barbosa, D.S., Vargas, M.M., Cestari, A., Dodd, S., Venugopal, K., Maes, M., Berk, M., 2014. Castelli risk indexes 1 and 2 are higher in major depression but other characteristics of the metabolic syndrome are not specific to mood disorders. *Life Sciences*. 102, p.65 – 71.
- Vilela, J.A.A., Crippa, J.A.S., Del-Ben, C.M., Loureiro, S.R., 2005. Reliability and validity of a Portuguese version of the Young Mania Rating Scale. *Braz J Med Biol Res*. 38, 1429-1439.
- World Health Organization, The ASSIST Working Group, 2002. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*. 97, 9:1183-1194.

Young, R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E., Meyer, D.A., 1978. A rating scale for mania: reliability, validity, and sensitivity. *Br J Psychiatry*. 133:429-35.

APÊNDICES

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 daria da seguinte forma: durante sua avaliação médica de rotina você também responderá um questionário sobre seu histórico médico e quadro atual de sintomas 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

Rubrica pesquisador

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 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 ≤ 2 salários mínimos

3 - > 2 salários e ≤ 3 salários

4 - > 3 salários e ≤ 4 salários

5 - ≥ 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 interferia? 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

peessoas, 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 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

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 Hipomaníaco 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 Hipomaníacos 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 – cicladador 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 co-morbidades.

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 ruminações 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 enfermagem

4- parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, sem atividades, com exceção das tarefas rotineiras da enfermagem, 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 freqüentemente
 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 freqüência. 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 infreqüentes: 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 freqüência 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 IDEAÇÃO

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

COMPORTAMENTO 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 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 embarçoso) 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 faria 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 constricção 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, menorragia, 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. (nºcigarros 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 – ASSIAIc1 - Na sua vida você já usou BEBIDAS ALCOÓLICAS?

0 – não e 3 – sim

MU – ASSIAIc2 - 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 – ASSIAIc3 - 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 – ASSIHip4 - 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 – ASSIAu2 - 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 – ASSIAu3 - 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 – ASSIAu4 - 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 – ASSIAu5 - 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 – ASSIAu6 - 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 – ASSIAu7 - 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

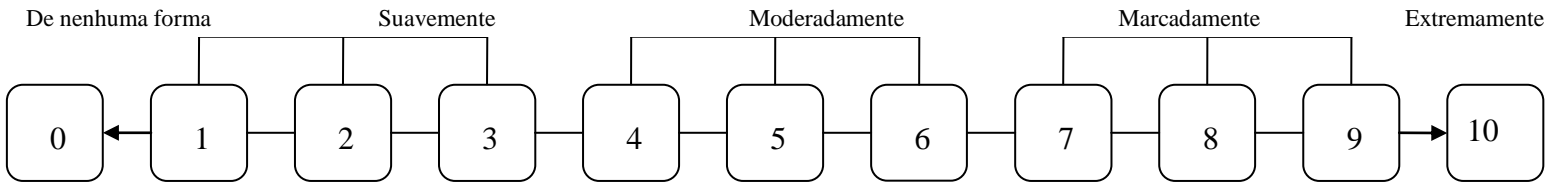
6 – Grave

7 - Extremamente grave

Escala de Incapacidade de Sheehan

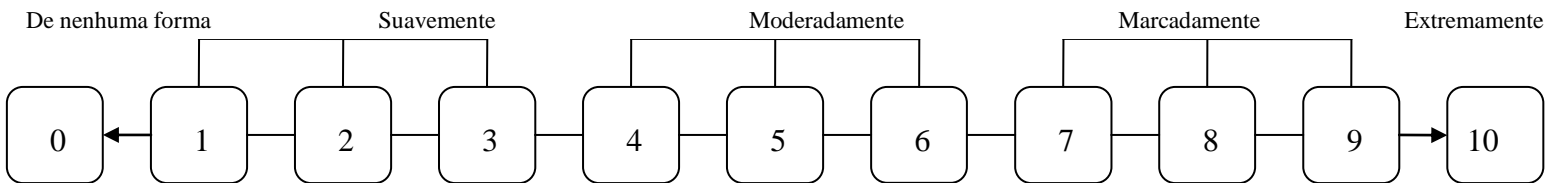
Trabalho/Escola

QA – She1 - Os sintomas têm interrompido suas atividades no trabalho/escola:



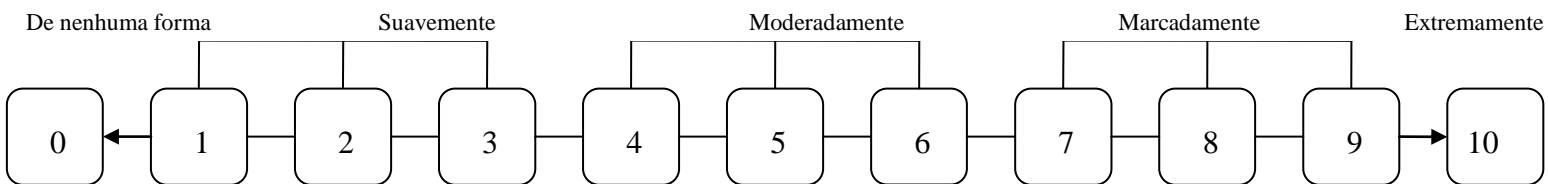
Vida Social

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 em semanas

--	--

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) em semanas

--	--

APÊNDICE C

Gmail - Submission JAD_2016_1202 received by Journal of Affective Disorders 07/07/16 23:42



Submission JAD_2016_1202 received by Journal of Affective Disorders

1 mensagem

Journal of Affective Disorders <EviseSupport@elsevier.com> Responder a: m.farooqui@elsevier.com Para: draferliboni@gmail.com

This message was sent automatically. Please do not reply.

3 de julho de 2016 12:22

Fernanda Liboni Cavicchioli <draferliboni@gmail.com>

Ref: JAD_2016_1202 Title: Patients with depression bipolar disorder and major depressive disorder comorbid with anxiety disorders: the worsening of their clinical features Journal: Journal of Affective Disorders

Dear Dr. Liboni Cavicchioli,

Thank you for submitting your manuscript for consideration for publication in Journal of Affective Disorders. Your submission was received in good order.

To track the status of your manuscript, please log into EVISE® at:

<http://www.evise.com/evise/>

[faces/pages/navigation/NavController.jspx?JRNL_ACR=JAD](http://www.evise.com/evise/faces/pages/navigation/NavController.jspx?JRNL_ACR=JAD) and locate your submission under the header 'My Submissions with Journal' on your 'My Author Tasks' view.

Thank you for submitting your work to this journal. Kind regards, Journal of Affective Disorders

Have questions or need assistance?

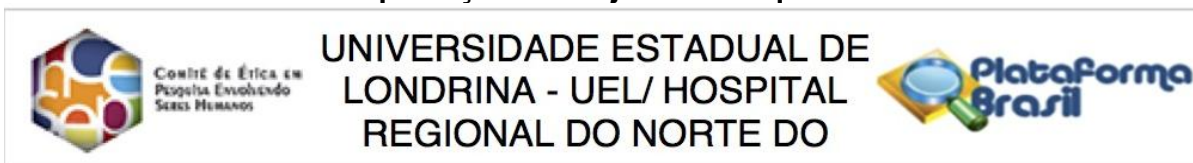
For further assistance, please visit our [Customer Support](#) site. Here you can search for solutions on a range of topics, find answers to frequently asked questions, and learn more about EVISE® via interactive tutorials. You can also talk 24/5 to our customer support team by phone and 24/7 by live chat and email.

Copyright © 2016 Elsevier B.V. | [Privacy Policy](#) Elsevier B.V., Radarweg 29,

1043 NX Amsterdam, The Netherlands, Reg. No. 33156677.

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=dec92f2c80&view=pt&search=inbox&th=155b15aefbba8363&siml=155b15aefbba8363> Página 1 de 1

ANEXOS

ANEXO A- Parecer CEP - Aprovação do Projeto de Pesquisa**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE 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 CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO
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.

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

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

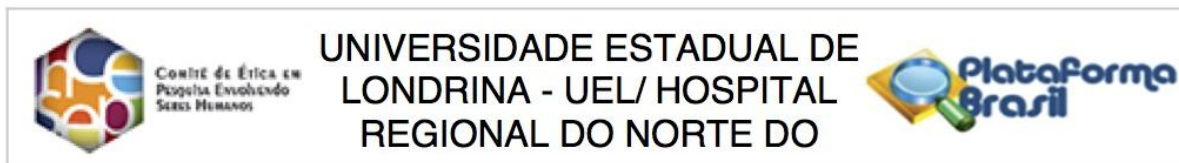
Bairro: Campus Universitário

UF: PR **Município:** LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.177.978

besidade 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, glutatona 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.

Objetivo 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

CEP: 86.057-970

UF: PR **Município:** LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serem 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 estudo 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

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

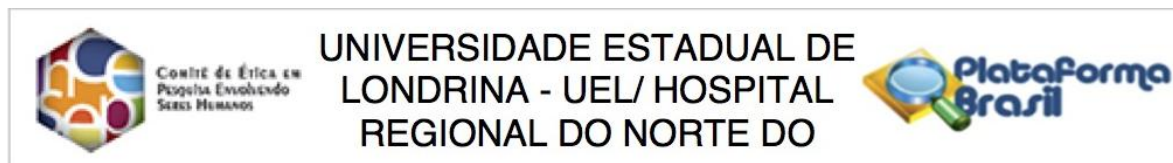
CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.177.978

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.

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: nº 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:

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

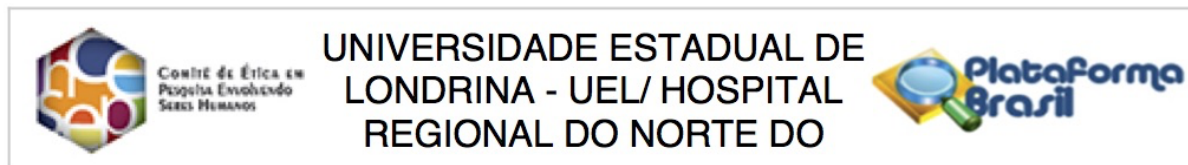
Bairro: Campus Universitário

UF: PR **Município:** LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.177.978

LONDRINA, 10 de Agosto de 2015

Assinado por:
Paula Mariza Zedu Alliprandini
(Coordenador)

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

ANEXO B- Parecer CEP - Aprovação do Projeto de Pesquisa



Pág.1
29/11/2014

Relação de Pesquisas 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 ANRTIOXIDANTE 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, GLUTATIONA 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.