

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

PATRICIA MARIA DA SILVA RODRIGUES

**Transtorno bipolar I e II: fatores sociodemográficos, comorbidades psiquiátricas, risco
de suicídio e qualidade de vida**

Maceió
2017

PATRICIA MARIA DA SILVA RODRIGUES

Transtorno bipolar I e II: fatores sociodemográficos, comorbidades psiquiátricas, risco de suicídio e qualidade de vida

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Cícera dos Santos de Albuquerque.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Sabrina Joany Felizardo Neves.

Área de concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida.

Linha de Pesquisa: Enfermagem, vida, saúde, cuidado dos grupos humanos.

Maceió
2017

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

- R696t Rodrigues, Patricia Maria da Silva.
Transtorno bipolar I e II: fatores sociodemográficos, comorbidades psiquiátricas, risco de suicídio e qualidade de vida / Patricia Maria da Silva Rodrigues. – 2017.
178 f. : il.
- Orientadora: Maria Cicera dos Santos de Albuquerque.
Coorientadora: Sabrina Joanny Felizardo Neves
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.
Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Maceió, 2017.
- Bibliografia: f. 117-128.
Apêndices: f. 129-143.
Anexos: f. 144-177.
1. Transtorno bipolar. 2. Transtornos mentais. 3. Comorbidade. 4. Epidemiologia.
5. Tentativa de suicídio. I. Título.

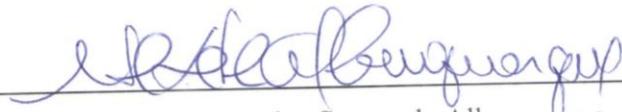
CDU: 616-083:616.89

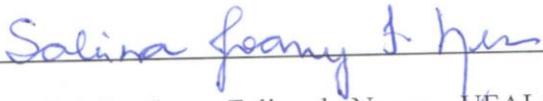
Folha de Aprovação

PATRICIA MARIA DA SILVA RODRIGUES

Transtorno bipolar I e II: fatores sociodemográficos, comorbidades psiquiátricas, risco de suicídio e qualidade de vida

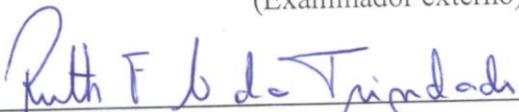
Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 20 de fevereiro de 2017.


Prof.^a Dra. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque – UFAL/Campus – Maceió
(Orientadora)


Prof.^a Dr.^a Sabrina Joany Felizardo Neves – UFAL/Campus – Maceió
(Co-orientadora)

Banca Examinadora:


Prof.^a Dr. Valfrido Leão de Melo Neto - UFAL /Campus – Maceió
(Examinador externo)


Prof.^a Dra. Ruth França Cizino da Trindade - UFAL /Campus – Maceió
(Examinadora interna)

Dedico a Deus meu eterno guia e aos meus pais, meus maiores incentivadores, base de meu sustento.

AGRADECIMENTOS

A Deus por sua infinita proteção, a Ele toda honra e toda a glória. Minha eterna gratidão Senhor por ofertar-me novos caminhos e sustentar-me rumo à concretização dos meus sonhos, certa de que os seus planos e o seu tempo sempre serão os melhores.

À minha Virgem Maria, por sua infundável intercessão em minha vida.

Aos meus amados pais, Romero e Lúcia, meus maiores incentivadores, obrigada por todo amor, cuidado, dedicação e paciência. Minha eterna gratidão por sempre acreditarem em meus sonhos, encorajar-me e me fortalecer. A vocês dedico todas as minhas vitórias!

À minha irmã Myllena, meu exemplo de amor, alegria e ternura. Obrigada por conferir amorosidade à minha trajetória e me restaurar frente as atribulações.

Aos meus irmãos Ewerton, Romero Júnior e Netto Batista por todo companheirismo e torcida.

Aos meus familiares por todo apoio, confiança e amor. Obrigada por compreenderem minha ausência durante essa jornada, e por sempre me darem motivos de agradecer a Deus por essa dádiva chamada Família.

Ao meu namorado Samon Ítalo por seu amor, apoio e cumplicidade. Obrigada minha equipe de dois, por me incentivar a realizar o mestrado e a buscar sempre os meus sonhos.

Aos meus amigos (as), que de perto ou longe, fortaleceram-me com sua torcida e amizade, em especial, Karla, Jessyca, Ruth, Laine, Gessiane, Jane Keyla,IVALDO, Paula e Bárbara que estiveram ao meu lado, compartilhando sonhos, vitórias, tristezas, alegrias e acima de tudo, amor e cumplicidade.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque, por desde a graduação, ter me acolhido e me mostrado o autêntico cuidado de enfermagem, em todas as suas nuances, por meio da relação de ajuda, da escuta qualificada, do toque terapêutica, da comunicação assertiva, do respeito e da valorização da subjetividade do outro. Seus ensinamentos perpassaram o profissional e enriqueceram os mais diversos aspectos da minha vida, obrigada por ter proporcionado-me um ensino-aprendizado rico em amorosidade, sensibilidade, comprometimento, humildade e ética. Obrigada por tudo!

À minha co-orientadora, Prof.^a Dra. Sabrina Joany Felizardo Neves por compartilhar conosco seus conhecimentos e contribuir com esta pesquisa.

Aos membros examinadores da banca, Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo Neto e Profa. Dra. Ruth França Cizino da Trindade, pela apreciação deste trabalho, obrigada por

compartilharem seus conhecimentos e experiências, contribuindo para o enriquecimento deste estudo.

À Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e à Escola de Enfermagem e Farmácia (ESENFAR), por na pessoa dos seus gestores e funcionários, proporcionar-me um ambiente afável e ético.

A todos que compõem o Programa de Pós-graduação em Enfermagem - PPGEnf da Universidade Federal de Alagoas, pelo apoio técnico e científico ofertado ao longo desse processo, em especial à coordenadora Profa. Dra. Ingrid Martins Leite Lúcio e à secretária Monique Silva de Godoi, pela dedicação e competência.

Às docentes do PPGEnf que através de seus ensinamentos, habilidades e modo de ser profissional, contribuíram ricamente para o meu crescimento profissional.

A todos os integrantes da mais especial turma de mestrado, pessoas lindas, amorosas e competentes, as quais, eu tive o imenso orgulho de conhecer, conviver e compartilhar conhecimentos e emoções, ao trilhar esse caminho rumo ao nosso tão almejado objetivo, tornarmo-nos Mestres.

Ao Trio Mentástico, Flaviane, Filipe e Adnez, serumaninhos lindos que tive o imenso prazer de conhecer. Obrigada pelas risadas, pelos conselhos, pelo apoio, pela cumplicidade e pela amizade de cada um de vocês. Com toda certeza vocês conferiram leveza e alegria a essa jornada.

Aos graduandos Leandro, Alana, Alícia e Natália muito obrigada pelo companheirismo, apoio e pelos momentos de produção e distração.

Ao Laudemir, pelo suporte oferecido durante a execução de toda a pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPS), pela concessão da bolsa de mestrado.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas – FAPEAL, pelo financiamento do Projeto “A Epidemiologia dos Transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/AL”.

A todos os pesquisadores e colaboradores da pesquisa “A Epidemiologia dos Transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/AL”, em especial, as dedicadas Profas. Mércia, Yanna, Jorgina e Givânia.

Aos participantes da pesquisa, residentes do Bairro do Benedito Bentes, que acolheram amável e respeitosamente todos os pesquisadores.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada!

Aprendi com o Mestre da Sensibilidade a navegar nas águas da emoção, a não ter medo da dor, a procurar um profundo significado para a vida e a perceber que nas coisas mais simples e anônimas se escondem os segredos da felicidade.

Aprendi com o Mestre do Amor que a vida sem amor é um livro sem letras, uma primavera sem flores, uma pintura sem cores. Aprendi que o amor acalma a emoção, tranquiliza o pensamento, incendeia a motivação, rompe obstáculos intransponíveis e faz da vida uma agradável aventura, sem tédio, angústia ou solidão. Por tudo isso Jesus Cristo se tornou, para mim, um Mestre Inesquecível.

(Augusto Cury)

RESUMO

O estudo teve por objetivos estabelecer o perfil das pessoas com transtorno bipolar tipos I e II na população do Bairro do Benedito Bentes em Maceió/Alagoas; determinar a prevalência do transtorno bipolar, bipolar tipos I e II; e analisar a associação com fatores sociodemográficos, comorbidades psiquiátricas, risco de suicídio e qualidade de vida. **Método:** estudo epidemiológico, observacional, descritivo e transversal. Local: bairro do Benedito Bentes, Maceió – Alagoas, Brasil. Amostra probabilística, aleatória por conglomerados, não estratificada, composta por 894 pessoas. Coleta de dados: dados primários, obtidos por meio de entrevistas face a face, com o Formulário Epitranstmental, disponível em Tablets, compilado dos instrumentos: Questionário de Dados Sociodemográficos; Classificação de Estrato Socioeconômico pelo Critério de Classificação Econômico Brasil; WHO *Quality of Life*-BREF; MINI *International Neuropsychiatric Interview, Brazilian Version 5.0.0*; e a Escala de Ideação Suicida de Beck. Análise estatística: realizou-se análise descritiva, cálculo de prevalência e razão de prevalência, testes de associações e medida de tendência central. Aplicou-se o Teste de Qui-quadrado de *Pearson*, *Exato de Fisher* e T de *Student*, com intervalo de confiança de 95% e p valor < 0,05. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, número 608.613. **Resultados:** identificou-se a prevalência de 14,4% de transtorno bipolar, 7,4% TB I e 7,0% TB II. Em relação a prevalência de transtorno bipolar por sexo, observou-se 15,7% de homens e 14,0% de mulheres, adultos na faixa etária de 30-39 anos, com média de 38 anos, 55,8% pardos, 48,1% com o ensino fundamental como grau máximo cursado, com 7,6 anos de estudo, 65,9% inativos, contudo 57,4% possui renda, 48,8% pertence à classe E, pobre e extremamente pobre, 51,2% não possui companheiro (a), 80,6% possui filhos, com média de 3 filhos por pessoa, 62,0% tem família nuclear, 72,9% tem o pai e/ou mãe responsável pela família, 91,5% relatou conviver em dinâmica familiar harmoniosa, com a média de quatro residentes em casa e 76,0% referiu utilizar o Sistema Único de Saúde. Foram comorbidades prevalentes associadas ao TB: transtorno de ansiedade generalizada (OR: 5,10; IC: 3,25-8,01), fobia social (OR: 5,56; IC: 2,78-11,13), transtorno do pânico (OR: 9,99; IC: 4,80-20,80), agorafobia (OR: 2,49; IC: 1,68-3,69), transtorno obsessivo compulsivo (OR: 7,13; IC: 3,57-14,26), transtorno do estresse pós-traumático (OR: 2,00; IC: 0,99-4,06), abuso de álcool (OR: 9,49; IC: 3,32-27,13), dependência de álcool (OR: 5,21; IC: 2,81-9,66) e dependência de substância (OR: 3,68; IC: 1,31-10,31), com média de 2,8 comorbidades por pessoa com TB (DP± 1,55; IC: 1,92-2,32). Ao avaliar o comportamento suicida entre as pessoas com TB, notou-se quatro vezes mais chances para risco de suicídio, (OR: 4,15; IC: 2,80-6,16), aproximadamente quatro vezes mais chances para tentativa de suicídio anterior e recente (OR: 3,52; IC: 2,18-5,69) e (OR: 3,60; IC: 1,82-7,13) respectivamente, e cerca de quatro vezes mais chances para moderado a alto risco de suicídio (OR: 3,64; IC: 2,30-5,76), comparado a quem não tem TB. Observou-se menor qualidade de vida entre as pessoas com TB I, em todos os domínios do WHOQOL, com significância para o físico (61,24; DP± 19,91; p valor 0,03), psicológico (62,44; DP± 17,09; p valor 0,01), ambiental (40,65; DP± 13,28; p valor 0,05) e total (57,85; DP± 12,46; p valor 0,01), comparado às pessoas sem transtorno mental. **Conclusão:** constatou-se uma alta prevalência de transtorno bipolar I e II nesta população, quando comparado as taxas apresentadas na literatura; forte associação entre TB e comorbidades psiquiátricas, com ênfase para os transtornos ansiosos, abuso, dependência de álcool, elevado risco de suicídio e médias inferiores de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e ambiental

Descritores: Transtorno Bipolar; Epidemiologia; Transtornos Mentais; Comorbidade; Tentativa de Suicídio.

ABSTRACT

The study had as the purposes establishing the profile of people living with bipolar disorder (types I and II) in the population of “Benedito Bentes” district, in Maceió/Alagoas; determining the prevalence of bipolar disorder, I and II bipolar disorder; and analyzing the association with sociodemographic factors, psychiatric comorbidities, risk of suicide and quality of life. Method: epidemiologic, observational, descriptive and transversal study. Local: district of “Benedito Bentes”, Maceió-Alagoas, Brazil. Sample was characterized as probabilistic, aleatory by conglomerates, non-stratified, composed by 894 people. Data collection: primary data, obtained by personal interview, using the Formulary “Epitransmental”, available in Tablets, linking the instruments: Questionnaires of Sociodemographic Data; Classification of Socioeconomic Stratum by Criteria of Classification Economic Brazil; WHO Quality of Life-BREF; MINI International Neuropsychiatric Interview, Brazilian Version 5.0.0; and Scale of Suicidal Ideation of Beck. Statistical analysis: descriptive analysis, prevalence and prevalence ratio calculation, tests of associations and measure of central tendency were analyzed from data. Also, Test of Chi-squared of Pearson, Exato de Fisher and T-Student (with a confidence interval of 95% and p value < 0,05) were applied. The Ethic Committee in Research from Federal University of Alagoas approved this research, number 608.613. Results: the study identified the prevalence of 14,4% of bipolar disorder, 7,4% of type I and 7,0% type II. Based on the bipolar disorder prevalence by gender, findings reveal 15,7% of men and 14,0% of women, adults from 30 to 39 years old (average of 38 years old), 55,8% of brown, 48,1% with elementary school as the highest education level, with 7,6 years of study. 65,9% of the interviewed were inactive, although 57,4% had income, 48,8% are from the class E (poor and extremely poor), 51,2% do not have life partner, 80,6% have children (average of 3 children by person), 62,0% have the nuclear family, 72,9% have the father and/or the mother as the responsible by family. 91,5% exposed being part of a harmonic family, with approximately 4 people at home, and 76,0% affirmed utilizing the Sistema Único de Saúde. The main comorbidities were associated to bipolar disorder: generalized anxiety disorder (OR: 5,10; IC: 3,25-8,01), social phobia (OR: 5,56; IC: 2,78-11,13), panic disorder (OR: 9,99; IC: 4,80-20,80), agoraphobia (OR: 2,49; IC: 1,68-3,69), obsessive-compulsive disorder (OR: 7,13; IC: 3,57-14,26), post-traumatic stress disorder (OR: 2,00; IC: 0,99-4,06), alcohol abuse (OR: 9,49; IC: 3,32-27,13), dependency of alcohol (OR: 5,21; IC: 2,81-9,66) and dependency of substances (OR: 3,68; IC: 1,31-10,31), with an average of 2,8 comorbidities by person with bipolar disorder (DP± 1,55; IC: 1,92-2,32). From the evaluation of suicidal behavior between people living with this disorder, the probability to the suicidal risk is 4 times higher, (OR: 4,15; IC: 2,80-6,16), approximately the same probability to the prior and recent suicide (OR: 3,52; IC: 2,18-5,69) and (OR: 3,60; IC: 1,82-7,13), respectively, and to the moderated and high risk of suicide (OR: 3,64; IC: 2,30-5,76), when findings are compared to people who do not have bipolar disorder. Also, the results demonstrate an inferior quality of life between people with bipolar disorder type I, in all domains of WHOQOL, with significance to the physic (61,24; DP± 19,91; p valor 0,03), physiologic (62,44; DP± 17,09; p valor 0,01), environmental (40,65; DP± 13,28; p valor 0,05), and total (57,85; DP± 12,46; p valor 0,01), compared to people who do not have mental disorder. Conclusion: in this population, an high prevalence of bipolar disorder (types I and II) was identified when it was compared to the rates from literature; also, there is a strong association between bipolar disorder and psychiatric comorbidities emphasizing anxious disorders, abuse, alcohol dependence, high risk of suicide and inferior averages of quality of life in physical, psychological, and environmental domains.

Descriptors: Bipolar Disorder; Epidemiology; Mental Disorders; Comorbidity; Suicide, Attempted.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Classificação do transtorno bipolar segundo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5.....	28
Figura 2 - Desenho de um estudo transversal.....	41
Figura 3 - População do bairro do Benedito Bentes em relação aos demais bairros da cidade de Maceió – AL	42
Figura 4 - Distribuição em faixa etárias da população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL	43
Figura 5 - Exemplo de setor com quarteirões e numeração das esquinas	45
Figura 6 - Exemplo de setor com ruas e sua numeração das extremidades.....	46
Figura 7- Exemplo de Mapa Censitário de um dos Setores Censitários Investigados, com a marcação do ponto inicial de investigação	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios diagnósticos para episódio maníaco	129
Quadro 2 - Critérios diagnósticos para episódio hipomaníaco.....	130
Quadro 3 - Critérios diagnósticos para episódio depressivo maior	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico, aspectos pessoais, da população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2016. n = 894.....	63
Tabela 2 - Perfil sociodemográfico, escolaridade e atividade/renda, da população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2016. n = 894.	64
Tabela 3 - Perfil sociodemográfico, estrato social e convênio de saúde, da população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2016. n = 894.	65
Tabela 4 - Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, da população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2016. n = 894.....	66
Tabela 5 - Prevalência do Transtorno bipolar na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2016. n = 894.....	67
Tabela 6 - Episódios de depressão maior atual nas pessoas com transtorno bipolar no bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2016. n = 894.	67
Tabela 7 - Análise do transtorno bipolar em relação aos fatores sociodemográfico, aspectos pessoais, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.	68
Tabela 8 - Análise do transtorno bipolar em relação aos fatores sociodemográficos, escolaridade e atividade/renda, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.	69
Tabela 9 - Análise do transtorno bipolar em relação aos fatores sociodemográficos, estrato social e convênio de saúde, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.....	70
Tabela 10 - Análise do transtorno bipolar em relação aos fatores sociodemográficos, aspectos familiares, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.	71
Tabela 11 – Análise do transtorno bipolar I em relação aos fatores sociodemográfico, aspectos pessoais, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.	73
Tabela 12 -Análise do transtorno bipolar I em relação aos fatores sociodemográficos, escolaridade e atividade/renda, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.....	74
Tabela 13 - Análise do transtorno bipolar I em relação aos fatores sociodemográficos, estrato social e convênio de saúde, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.....	75
Tabela 14 – Análise do transtorno bipolar I em relação aos fatores sociodemográficos, aspectos familiares, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.	75

Tabela 15 – Análise do transtorno bipolar II em relação aos fatores sociodemográfico, aspectos pessoais, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.	77
Tabela 16 - Análise do transtorno bipolar II em relação aos fatores sociodemográficos, escolaridade e atividade/renda, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.....	78
Tabela 17 - Análise do transtorno bipolar II em relação aos fatores sociodemográficos, estrato social e convênio de saúde, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.....	79
Tabela 18 – Análise do transtorno bipolar II em relação aos fatores sociodemográficos, aspectos familiares, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.	79
Tabela 19 - Associação entre transtorno bipolar e comorbidades na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.	81
Tabela 20 – Associação entre transtorno bipolar e transtornos de ansiedade na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.....	81
Tabela 21 – Associação entre transtorno bipolar e transtorno obsessivo compulsivo e transtorno relacionados a trauma e a estressores na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.....	82
Tabela 22 – Associação entre transtorno bipolar e transtornos de personalidade antissocial e transtornos relacionados a substâncias na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.....	83
Tabela 23 – Associação entre transtorno bipolar e transtorno do comportamento suicida na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.	84
Tabela 24 – Associação entre transtorno bipolar I e comorbidades na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.	85
Tabela 25 – Associação entre transtorno bipolar I e transtornos de ansiedade na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. N = 894.....	86
Tabela 26 – Associação entre transtorno bipolar I e transtorno obsessivo compulsivo e transtorno relacionados a trauma e a estressores na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.....	87
Tabela 27 – Associação entre transtorno bipolar I e transtornos de personalidade antissocial e transtornos relacionados a substâncias na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.....	87
Tabela 28 – Associação entre transtorno bipolar I e transtorno do comportamento suicida na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.	89
Tabela 29 – Associação entre transtorno bipolar II e comorbidades na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.	90

Tabela 30 - Associação entre transtorno bipolar II e transtornos de ansiedade na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.	90
Tabela 31 - Associação entre transtorno bipolar II e transtorno obsessivo compulsivo e transtorno relacionados a trauma e a estressores na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.	91
Tabela 32 – Associação entre transtorno bipolar II e transtornos de personalidade antissocial e transtornos relacionados a substâncias na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.	92
Tabela 33 – Associação entre transtorno bipolar II e transtorno do comportamento suicida na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.	93
Tabela 34 - Associação entre transtorno bipolar tipos I e II e transtornos de ansiedade na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 129.	94
Tabela 35 – Associação entre transtorno bipolar tipos I e II e transtorno obsessivo compulsivo e transtorno relacionados a trauma e a estressores na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 129.	95
Tabela 36 - Associação entre transtorno bipolar tipos I e II e transtornos de personalidade antissocial e transtornos relacionados a substâncias na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 129.	96
Tabela 37 – Associação entre transtorno bipolar tipos I e II e risco de suicídio no bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2016. n = 129.	97
Tabela 38 - Associação entre transtorno bipolar e qualidade de vida na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 617.	98
Tabela 39 - Associação entre transtorno bipolar I e qualidade de vida na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 554.	99
Tabela 40 - Associação entre transtorno bipolar II e qualidade de vida na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 551.	99
Tabela 41 - Associação comparativa entre transtorno bipolar tipos I e II e qualidade de vida na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 129.	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AL	Alagoas;
APA	American Psychological Association;
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial;
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa;
CID	Classificação Internacional de Doenças;
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa;
DP	Desvio Padrão;
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais;
ESENFAR	Escola de Enfermagem e Farmácia;
ESF	Estratégia de Saúde da Família;
FAMED	Faculdade de Medicina;
FAPEAL	Fundação de Amparo à Pesquisa de Alagoas;
GPESAM	Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas Austregésilo Carrano Bueno;
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
ID	Número de Identificação;
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview;
MS	Ministério da Saúde;
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família;
ODKC	Open Data Kit Collect;
PET	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde;
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica;
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS;
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial;
SCZ	Esquizofrenia;
S.P.S.S.	IBM Statistical Package for the Social Sciences;
SESAU	Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas;
SUS	Sistema Único de Saúde;
QV	Qualidade de Vida
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada;

TB	Transtorno Bipolar;
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental;
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático;
TM	Transtorno Mental;
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UFAL	Universidade Federal de Alagoas;
UNCISAL	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas;
WHOQOL	The World Health Organization Quality of Life.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Contribuição	20
1.2 Importância	21
1.3 Hipóteses de pesquisa	21
1.4 Objetivos	23
1.4.1 Geral	23
1.4.2 Específicos	23
2 REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1 História do transtorno bipolar	24
2.2 Critérios diagnósticos para o transtorno bipolar tipos I e II	29
2.3 Etiologia do transtorno bipolar	30
2.4 O perfil das pessoas com transtorno bipolar	33
2.5 Transtorno bipolar e qualidade de vida	35
3 METODOLOGIA	40
3.1 Tipo de estudo	40
3.2 Local de estudo	42
3.3 Amostra e Amostragem	44
3.3.1 Critérios de inclusão	46
3.3.2 Critérios de exclusão	46
3.4 Coleta de dados	47
3.4.1 Planejamento	47
3.4.2 Operacionalização	48
3.4.3 Instrumentos de Coleta de dados	50
3.5 Variáveis de estudo	52
3.5.1 Variáveis dependentes:	53
3.5.2 Variáveis independentes:	53
3.6 Tratamento dos dados	55
3.7 Análise dos dados	56
3.8 Análise dos resultados	58
3.8 Aspectos éticos	59
3.9 Financiamento e apoio	61

4 RESULTADOS	63
4.1 Perfil sociodemográfico da amostra geral do bairro do Benedito Bentes	63
4.2 Prevalência do transtorno bipolar na amostra geral do bairro do Benedito Bentes ..	66
4.3 Análise sociodemográfica da população com transtorno bipolar	68
4.4 Análise sociodemográfica da população com transtorno bipolar tipo I	72
4.5 Análise sociodemográfica da população com transtorno bipolar tipo II	76
4.6 Análise de associação entre transtorno bipolar e transtornos mentais	80
4.7 Análise de associação entre transtorno bipolar e risco de suicídio	83
4.8 Análise de associação entre transtorno bipolar tipo I e transtornos mentais	85
4.9 Análise de associação entre transtorno bipolar tipo I e risco de suicídio	88
4.10 Análise de associação entre transtorno bipolar tipo II e transtornos mentais	90
4.11 Análise de associação entre transtorno bipolar tipo II e risco de suicídio	92
4.12 Análise comparativa entre transtorno bipolar tipos I e II e transtornos mentais	94
4.13 Análise comparativa entre transtorno bipolar tipos I e II e risco de suicídio	96
4.14 Análise de associação entre transtorno bipolar e qualidade de vida	98
4.15 Análise de associação entre transtorno bipolar I e qualidade de vida	98
4.16 Análise de associação entre transtorno bipolar II e qualidade de vida	99
4.17 Análise comparativa entre transtorno bipolar tipos I e II e qualidade de vida	100
5 DISCUSSÃO	101
6 CONCLUSÃO	114
REFERÊNCIAS	117
APÊNDICE A - Critérios diagnósticos para episódio maníaco	129
APÊNDICE B - Critérios diagnósticos para episódio hipomaníaco	130
APÊNDICE C - Critérios diagnósticos para episódio depressivo maior	131
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	133
APÊNDICE E – Questionário de Pesquisa de Campo Sociodemográfico	135
ANEXO A - Identificação do Estrato Socioeconômico	144
ANEXO B - WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)	145
ANEXO C – Mini International Neuropsychiatric Interview	149
ANEXO D - Escala de ideação Suicida de Beck (BSI)	174
ANEXO E - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	176

1 INTRODUÇÃO

O adoecimento psíquico é um dos grandes problemas enfrentados atualmente, que compromete a saúde das populações e acarreta elevado ônus para a saúde pública (ROCHA et al., 2010).

Os transtornos mentais (TM) geram alto custo social e econômico, pois atingem pessoas de todas as idades, com graus variados de incapacidades, que elevam a demanda nos serviços de saúde e reduzem a qualidade de vida dos indivíduos (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

No Brasil estima-se que 32 a 50 milhões de pessoas possuem algum transtorno mental, “sendo que as doenças mentais graves e persistentes atingem 6 e 3,1% dos brasileiros respectivamente” (SILVA; SANTANA, 2014, p. 176-177).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) existem diversos determinantes para os problemas de saúde mental, tais como: fatores individuais: capacidade de gerenciar seus pensamentos, emoções, comportamentos e interações com os outros; fatores sociais; culturais, econômicos; políticos e ambientais, como as políticas nacionais, a proteção social, hábitos de vida, condições de trabalho, apoio da comunidade, dentre outros (WHO, 2016).

Sabe-se, que no transcorrer da vida os estados afetivos dão cor, tonalidade, brilho e intensidade à experiência humana, e que a ausência de afetividade torna a vida sem graça, monótona e vazia. Dentro dessa ótica, o humor ou estado de ânimo é definido como o tônus afetivo de um indivíduo, em um dado momento de sua vida (DALGALARRONDO, 2000; SOARES FILHO, 2010).

Comumente, há variações de humor em todas as pessoas, sensações de alegria, tristeza, prazer, indiferença, desinteresse e irritabilidade. Portanto, o aumento ou a diminuição do humor não caracteriza um transtorno, em contrapartida, a ausência dessas variações e da sintonia com o contexto, e a prevalência de um determinado padrão, seja de tristeza ou de alegria, são características de transtorno de humor (NARDI, 2010).

Convivemos naturalmente com variações em nossos estados de ânimo[...]. No entanto, nem sempre o humor é sincrônico e coerente com os acontecimentos da vida e, dependendo da magnitude com que se manifesta, podem ocorrer situações de sofrimento, descontrole, incapacitação ou mesmo risco de vida (SOARES FILHO, 2010, p. 61).

O transtorno bipolar (TB) é evidenciado quando há episódios nos quais o humor e os níveis de atividade de uma pessoa ficam gravemente alterados. Em linhas gerais, esta alteração pode expressar-se algumas vezes como uma exaltação do humor e um aumento da energia e da atividade, e, em outras, numa diminuição desse humor, com redução da energia e da atividade (WHO, 2010).

Este transtorno acarreta grande impacto sobre a qualidade de vida dos seus portadores, elevados índices de comorbidades clínicas e psiquiátricas, além de comportamento suicida, principalmente, nos pacientes com tratamento inadequado e baixo apoio familiar, o que demonstra grande comprometimento das relações sociais e da capacidade de realizar trabalho (LOPES, 2012).

O TB afeta cerca de 60 milhões de pessoas em todo o mundo, configurando-se como um importante problema de saúde global que leva a índices significantes de morbidade e mortalidade. Seus sintomas consistem em episódios maníacos e depressivos separados por períodos de eutimia. Os episódios maníacos envolvem humor elevado ou irritável, excesso de atividade, autoestima exacerbada e diminuição da necessidade de sono. Salienta-se, que indivíduos que têm ataques de mania, mas não experimentam episódios depressivos também são classificados como tendo transtorno bipolar (TAYLOR et al., 2011; WHO, 2016).

Segundo estimativa da Associação Brasileira de Psiquiatria, o transtorno bipolar atinge 4,2 milhões de brasileiros. O TB tipos I e II abrange 1% e 2% da população, respectivamente. Os primeiros episódios surgem em 60% dos casos, como crises de depressão, o que leva ao diagnóstico tardio (ABP, 2012).

O diagnóstico do transtorno bipolar continua a ser clínico, caracterizado por desordens do humor nos dois principais sistemas de classificação de diagnóstico: Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10) e no Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-5) (TAYLOR et al., 2011; APA, 2014).

Frisa-se que a principal característica que difere o TB dos transtornos depressivos recorrentes (depressão maior ou unipolar) é a presença de mania, hipomania ou episódios mistos. No DSM - 5 distinguem-se ainda em: transtorno bipolar tipo I, em que é observada a mania e/ou hipomania, e bipolar tipo II, com episódios de hipomania, juntamente com um ou mais episódios de depressão maior (TAYLOR et al., 2011; APA, 2014).

Estima-se que a prevalência do transtorno bipolar ao longo da vida é de 1% a 1,6%. Todavia, ao considerar o espectro bipolar esta prevalência gira em torno de 5% a

8% (LIMA et al., 2005; SOUZA, 2005; HIRSCHFELD; VORNIK, 2005; KESSLER et al., 2006; LOPES, 2012).

Estudos epidemiológicos de base comunitária demonstram que as estimativas de prevalência de transtorno bipolar tipos I e II são baixas na população em geral. Não obstante, observou-se em uma meta-análise o aumento constante da prevalência do transtorno bipolar tipo I e tipo II, ao longo dos anos (CLEMENTE et al., 2015).

Frente ao exposto, frisa-se que o objeto deste estudo é: o perfil das pessoas com transtorno bipolar tipos I e II na população do Bairro do Benedito Bentes em Maceió/Alagoas.

É imperioso sublinhar que este estudo é um recorte da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas. Uma iniciativa do Ministério da Saúde, financiada pelo Programa de Pesquisa para o SUS – PPSUS. Sua realização contou com o apoio de várias instituições e pesquisadores, cito: Universidade Federal de Alagoas (UFAL); Centro Universitário Tiradentes – UNIT Alagoas; Fundação de Amparo à Pesquisa de Alagoas (FAPEAL); Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e a Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas.

1.1 Contribuição

O transtorno bipolar está entre as principais causas de incapacidade em todo o mundo. Segundo a OMS, em 2000 o transtorno bipolar ocupava o quinto lugar na estimativa de anos vividos com incapacitação, com potencial para ocupar o segundo lugar em 2020 (OMS, 2002).

Neste sentido, estimativas de prevalência robustas e confiáveis, são primordiais para a identificação da epidemiologia do transtorno, seus aspectos clínicos e socioeconômicos, bem como, para a formulação de políticas, com intuito de subsidiar o planejamento de cuidados e serviços de saúde (BALANZA-MARTINEZ; TABARES-SEISDEDOS, 2015).

No tocante, esta pesquisa tem por finalidade contribuir com a literatura por meio do fornecimento de dados epidemiológicos sobre o perfil do transtorno bipolar tipo I e tipo II, e da sua relação com os fatores sociodemográfico, comorbidades psiquiátricas, risco de suicídio e qualidade de vida, em um dos bairros mais populosos da capital de Alagoas. Dados inexistentes até o início desta pesquisa.

1.2 Importância

A ausência ou insuficiência de informações sobre a situação de saúde mental das populações é um fator contribuinte para a precarização ou inexistência de atenção à saúde mental, tanto no que se refere à oferta de serviços, quanto à elaboração de políticas de proteção e promoção à saúde (ROCHA et al., 2010).

Frente à contribuição deste estudo, ratifica-se a sua importância para a possível melhoria da saúde da população investigada, tendo em vista, que os estudos epidemiológicos são fundamentais para a saúde pública, pois eles são utilizados para descrever o estado de saúde dos grupos, identificação e mapeamento de doenças. O que permite a melhor utilização de recursos através da identificação de programas curativos e preventivos prioritários à população (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

Com vistas a nortear a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o planejamento de ações em saúde pública, de acordo com o perfil da população, e assim, direcionar a assistência das equipes de saúde do bairro, incitando a busca, acompanhamento e encaminhamento das pessoas em sofrimento mental. Consonante ao preconizado por Gonçalves et al. (2014) que corroboram a necessidade de ampliar as responsabilidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tendo em mente, seu importante papel na saúde mental, o que justifica a importância da epidemiologia para investigar os transtornos mentais comuns a esse contexto.

Segundo a OPAS (2010) para a correta tomada de decisões em todos os níveis dos serviços de saúde, com base em informações pertinentes, é necessária a capacitação permanente da equipe local de saúde e das suas redes na coleta, manuseio, análise e interpretação de dados epidemiológicos. Para tanto é imprescindível que existam estudos epidemiológicos que possam dar subsídio às informações específicas sobre a população na qual as equipes de saúde irão prestar sua assistência.

1.3 Hipóteses de pesquisa

Conforme descrevem Soares et al. (2014) o processo de urbanização desenfreada, está associado ao crescimento populacional não acompanhado de planejamento, que desde a revolução industrial, vem gerando inchaço de pessoas em cidades não preparadas, fazendo surgir favelas em áreas insalubres sujeitas a condições de risco e adoecimento.

Vários estudos apontam que a desigualdade social no Brasil está associada a problemas de saúde mental na população. Constatou-se que a associação entre pobreza e transtornos mentais é universal, ocorrendo em todas as sociedades independente de seu nível de desenvolvimento, estando associado a diversos fatores como: eventos produtores de estresse, baixo apoio social, condições de vida e trabalho, baixa escolaridade, pequena posse de bens duráveis, más condições de moradia, baixa renda, desemprego e trabalho informal (COSTA; LUDERMIR, 2005; SILVA; SANTANA, 2012; MARTIN et al., 2014).

Isto posto, têm-se como hipóteses deste estudo:

H₀= bairros populosos com acelerado e desorganizado processo de urbanização não apresentam indicadores de transtorno bipolar, superiores ao promulgado.

H₁ = bairros populosos com acelerado e desorganizado processo de urbanização podem apresentar altos indicadores de transtorno bipolar.

1.4 Objetivos

1.4.1 Geral

- Estabelecer o perfil das pessoas com transtorno bipolar tipos I e II na população do Bairro do Benedito Bentes em Maceió/Alagoas.

1.4.2 Específicos

- Determinar a prevalência do transtorno bipolar, bipolar tipo I e tipo II;
- Analisar a associação entre transtorno bipolar tipos I e II e os fatores sociodemográficos, comorbidades psiquiátricas, risco de suicídio e qualidade de vida.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 História do transtorno bipolar

No início das civilizações promulgava-se a ideia de que o sobrenatural causava transtornos mentais. Os gregos acreditavam que as pessoas com transtornos mentais eram possuídas pelas deusas Mania e Lissa. A partir do século V a.C., com a Escola de Hipócrates buscou-se explicações naturais e relacionais entre distúrbios do cérebro, transtornos mentais e diversos líquidos corporais – as biles (NARDI, 2010).

As descrições de síndrome de humor, depressão e mania (humor eufórico), são antigas como a própria história da Medicina. Percebe-se, que as questões acerca dos transtornos de humor são levantadas por Hipócrates desde os séculos IV e V a.C., atingindo seu ápice ao final do século XIX, com Kraepelin (NARDI, 2010; PEREIRA et al., 2010).

A palavra “mania” denominada clinicamente de “euforia patológica” é de origem grega e significa “loucura”, por sua vez, a palavra “depressão” traz confusão, por descrever, ao mesmo tempo, uma alteração de humor, uma síndrome e um transtorno específico (NARDI, 2010).

Os conceitos de “afeto” e “humor” só apareceram em textos médicos no século XVIII. Descrições como a do Rei Saul, no Antigo Testamento, e suicídio de Ajax, na Ilíada, atestam a existência de melancolia na civilização greco-romana. Essa família de sintomas subjetivos relacionados ao humor, alterações de comportamento e sintomas ansiosos caracteriza um grupo de transtornos denominados “transtornos afetivos”, usado tanto para síndrome depressiva como para maníaca (NARDI, 2010, p. 4).

Kraepelin ao separar as psicoses em dois grandes grupos: a demência precoce e a insanidade maníaco-depressiva, consolidou a importância dos conceitos de mania e melancolia. É imperioso ratificar que, em linhas gerais, as modernas classificações DSMs, CID e outras, baseiam-se ainda nos conceitos de Kraepelin, que destacou em sua nosologia a importância tanto do quadro clínico, como do curso longitudinal das doenças (DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005).

A partir do fim do século XX, com o conceito de espectro bipolar proposto por Akiskal, ampliaram-se as possibilidades diagnósticas do transtorno bipolar. Haja visto, que o conceito de espectro oferece melhores possibilidades diagnósticas (PEREIRA et al., 2010).

O espectro bipolar abrange as formas clássicas do distúrbio bipolar e as apresentações mais leves, como as perturbações do humor que não cumprem plenamente os critérios diagnósticos atualmente estabelecidos no CID-10 e no DSM – 5 (APA, 2014).

Até a Classificação Internacional de Doenças – 9ª edição (CID-9), o transtorno bipolar de humor (TB) era denominado de psicose maníaco-depressiva. Essa nomenclatura deixou de ser utilizada nas classificações atuais porque esse transtorno não apresenta necessariamente sintomas psicóticos. Na verdade, na maioria das vezes, eles nem aparecem, sendo a alternância de estados depressivos e maníacos sua principal característica (VALENÇA; PAPELBAUM, 2010, p. 15).

A partir do DSM III houve a separação da psicose maníaco-depressiva em dois grandes grupos diagnósticos, os transtornos depressivos unipolares e os transtornos bipolares. Desde então os conceitos vêm sendo modificados com o passar dos tempos (DELL'AGLIO JR et al., 2013).

Diante do exposto, observa-se que a prevalência do transtorno bipolar vem aumentando paralelo as mudanças nos critérios diagnósticos do DSM. A prevalência do TB I praticamente duplicou da edição do DSM III para DSM IV. Autores atribuem o aumento do TB I ao uso de diferentes instrumentos, enquanto o crescimento na frequência do TB II seria o resultado da mudança dos critérios diagnósticos no DSM III (BALANZA-MARTINEZ; TABARES-SEISDEDOS, 2015).

Na década de 1990, o DSM IV dividiu a categoria diagnóstica do transtorno bipolar em três grandes grupos: transtorno bipolar tipo 1, transtorno bipolar tipo 2 e transtorno bipolar episódio misto (APA, 2002).

Por sua vez, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM – 5 (APA, 2014) inclui na seção Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados, critérios diagnósticos para: transtorno bipolar tipo I, transtorno bipolar tipo II, transtorno ciclotímico e transtornos bipolares sem outra especificação e relacionados, a citar: transtorno bipolar relacionado induzido por substância/medicamento, transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica, outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado e transtorno bipolar e outro transtorno relacionado não especificado.

Segundo a APA (2014) os critérios para o transtorno bipolar tipo I abarcam o clássico transtorno maníaco-depressivo, ou psicose afetiva, descrito no século XIX. Todavia, na atual descrição não é necessário para o diagnóstico haver psicose ou episódio depressivo maior, durante a vida, mesmo sendo frequente a presença de episódios depressivos maiores durante o

curso de suas vidas, em indivíduos cujos sintomas atendam aos critérios para um episódio maníaco.

Atualmente, o transtorno bipolar é considerado um transtorno incurável, recorrente e crônico que apresenta altas taxas de morbimortalidade, marcado por episódios de mania ou hipomania de forma isolada ou mista, alternados por períodos de depressão ou eutimia, que é a remissão dos sintomas, mais especificamente, o período no qual o paciente não apenas estaria sem sintomas, mas (re)integrado funcionalmente em suas atividades de rotina (SOUZA, 2005; CARNEIRO; SORATTO, 2016).

Como explicitado anteriormente, o transtorno bipolar, nos dias atuais, é dividido em transtorno bipolar tipo I, bipolar tipo II e transtorno ciclotímico. Neste sentido, torna-se indispensável definir as características de cada subtipo.

A pessoa com transtorno bipolar tipo I apresenta períodos de mania, que duram, no mínimo sete dias, e fases de humor deprimido, que se estendem de duas semanas a vários meses (STEFANELLI, 2008; STEFANELLI, FUKUDA; ARANTES, 2011).

A mania é caracterizada por um estado de humor elevado, expansivo ou irritável, desorganização comportamental, aumento exacerbado do apetite, fuga de ideias, aceleração do curso de pensamento, logorréia, sentimentos de grandiosidade, possíveis delírios de grandeza, redução significativa da necessidade de sono, energia em alta, impulsividade no comportamento e consumo elevado de álcool, café e cigarro, podendo haver sintomatologia psicótica e necessidade de hospitalizações. O indivíduo em episódio de mania não possui uma percepção clara de seu estado, sendo comum a negação, mesmo frente à perturbação severa, prejuízos ocupacionais e sociais (NARDI, 2010; PEREIRA et al., 2010; APA, 2014).

O humor depressivo, por sua vez, compreende a melancolia, pessimismo, desesperança, ansiedade, irritabilidade, comportamentos e pensamentos lentificados ou agitação psicomotora, aumento ou redução do sono, sensação de fadiga, queixas somáticas, baixa energia, desinteresse por atividades anteriormente apreciadas, ideações suicidas e suicídio (SUPPES; DENNEHY, 2009).

O transtorno bipolar tipo II [...] requer um ou mais episódios depressivos maiores e pelo menos um episódio hipomaníaco durante o curso da vida, não é mais considerado uma condição "mais leve" que o transtorno bipolar tipo I, em grande parte em razão da quantidade de tempo que pessoas com essa condição passam em depressão e pelo fato de a instabilidade do humor vivenciada ser tipicamente acompanhada de prejuízo grave no funcionamento profissional e social (APA, 2014, p. 123).

Nos tempos remotos, a hipomania era praticamente desconhecida, sendo confundida com a normalidade ou com transtornos de personalidade borderline, histriônico, narcisista ou anti-social (MORENO; MORENO; RATZKE, 2005).

Já estabelecida na literatura, a hipomania envolve alta energia, excitabilidade e sensações de euforia; contudo, não satisfaz os critérios diagnósticos necessários a um episódio de mania completo. Conforme descreve Dalgalarondo (2008) em consonância a Pereira et al. (2010) a hipomania não é um estado severo ao ponto de necessitar de internação ou sequer apresentar sintomas psicóticos. Entretanto, a quantidade de episódios na vida de hipomania e de depressão maior tende a ser superior no transtorno bipolar tipo II, comparado ao transtorno depressivo maior ou ao transtorno bipolar tipo I (APA, 2014).

Frisa-se que algumas pessoas que já experimentaram hipomania ou mania em algum momento da vida, comumente, são erroneamente diagnosticados com transtorno depressivo recorrente. Isto se deve, provavelmente, ao fato de que os sintomas de hipomania não podem necessariamente ser identificados como patológicos, podendo assim não ser relatados espontaneamente (TAYLOR et al., 2011).

Balanza-Martinez e Tabares-Seisdedos (2015) ratificam o exposto, ao descreverem que o diagnóstico de hipomania é geralmente mais difícil, pois as pessoas, comumente, não consideram a hipomania como anormal, o que leva a uma subestimação da verdadeira prevalência do TB tipo II, especialmente na população em geral, visto que as maiores taxas são observadas em amostras clínicas.

Salienta-se que além dos delimitados quadros depressivos e maníacos, o TB pode apresentar quadros mistos, com sintomas depressivos e maníacos simultâneos, ou sintomas psicóticos, o que pode dificultar o diagnóstico (APA, 2002; VALENÇA; PAPELBAUM, 2010).

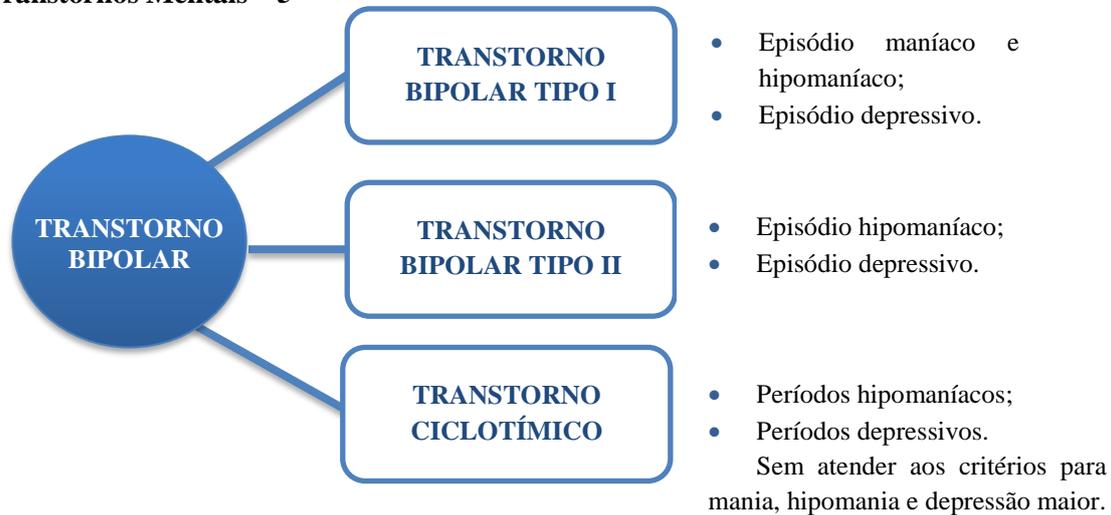
As “alterações do humor podem ocorrer isoladamente (episódios ou fases), em sucessão (recorrência), persistentemente (crônica) ou se misturarem, causando as mais variadas flutuações afetivas nos indivíduos” (NARDI, 2010, p. 2).

As crises podem variar de intensidade (leve, moderada e grave), frequência e duração. As flutuações de humor têm reflexos negativos sobre o comportamento e atitudes dos pacientes, e as reações que provocam são sempre desproporcionais aos fatos que serviram de gatilho ou, até mesmo, independem deles (DALGALARRONDO, 2010 *apud* AZORIN, 2006).

O diagnóstico de transtorno ciclotímico, por sua vez, é atribuído aos adultos que têm pelo menos dois anos, ou um ano em crianças, de períodos hipomaníacos e depressivos, sem

atender aos critérios para um episódio de mania, hipomania ou depressão maior, simultaneamente (APA, 2014).

Figura 1 – Classificação do transtorno bipolar segundo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5



Fonte: DSM – 5 (2014).

O diagnóstico e a diferenciação do transtorno bipolar e da depressão unipolar, são considerados desafios clínicos comuns. Estudos recentes, destacam que frente à decepcionante eficácia de antidepressivos convencionais, que elevam os riscos de instabilidade de humor, é imprescindível o diagnóstico preciso destes transtornos, com base em sintomas observados. Inevitavelmente, algumas pessoas que apresentam apenas episódios depressivos no início do curso do transtorno vai converter para bipolar ao experimentar seu primeiro episódio de hipomania ou mania (TAYLOR et al., 2011; ABP, 2012).

Soares Filho (2010) ao refletir acerca da amplitude do conceito de um transtorno maníaco depressivo, a larga margem de síndromes e de níveis de gravidade, sugere outros subtipos de transtorno bipolar com base em Klerman: bipolar I: mania e depressão, bipolar II: hipomania e depressão, bipolar III: transtorno ciclotímico, bipolar IV: hipomania ou mania, precipitada por medicamentos antidepressivo, bipolar V: pessoa com transtorno depressivo com história familiar de transtorno bipolar e bipolar VI: mania sem depressão – mania unipolar.

Diante disso, ratifica-se que o conceito de TB tem sofrido modificações ao longo dos últimos anos, refletidas nas classificações diagnósticas: DSM e CID. O conceito de espectro bipolar amplia significativamente a prevalência desses transtornos, sendo necessária sua

validação na população geral, para conduzir ações específicas em saúde pública (LIMA et al., 2005).

2.2 Critérios diagnósticos para o transtorno bipolar tipos I e II

Araújo e Neto (2014) salientam que mesmo frente às limitações, o uso do DSM-5 permite obter informações importantes sobre indivíduos diagnosticados com determinado transtorno mental, o que pode inferir que pacientes com o mesmo transtorno, que compartilham traços semelhantes, possam apresentar comportamentos afins. Além do mais, a utilização do manual viabiliza a comunicação entre profissionais, padronizando a linguagem psiquiátrica e facilitando o diálogo entre as diferentes áreas.

Diante disso, torna-se relevante frisar que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM 5 (APA, 2014) estabelece que para o diagnóstico de transtorno bipolar tipo I, é necessário a presença de pelo menos um episódio maníaco (Apêndice A), antecedido ou seguido por episódios hipomaníacos (Apêndice B) ou depressivo maior (Apêndice C), em outras palavras, o que caracteriza o diagnóstico de TB tipo I é a presença do episódio maníaco.

Os critérios diagnósticos para o transtorno bipolar tipo II sofreram grandes alterações do DSM III para o DSM IV. Haja vista, que o TB II era categorizado como distúrbio bipolar não especificado, e a partir do DSM IV passou a ter sua própria categoria (CLEMENTE et al., 2015).

Em se tratando do diagnóstico para o transtorno bipolar tipo II, atualmente, é necessário atender aos critérios de pelo menos um episódio hipomaníaco de, no mínimo, quatro dias, podendo ocorrer um ou mais episódios depressivos maiores com duração de pelo menos duas semanas e nenhum episódio maníaco (APA, 2014).

Os critérios diagnósticos para mania e hipomania no Transtorno Bipolar passam a dar maior ênfase às mudanças no nível de atividades e na energia. O quadro misto deixa de ser um subtipo do Transtorno Bipolar e se torna um especificador, “com Características Mistas”, que pode ser empregado inclusive na Depressão unipolar (ARAÚJO; NETO, 2014, p. 73).

Pesquisadores revelam que no Brasil, um paciente demora, em média, dez anos para ser diagnosticado com transtorno bipolar (LASO, 2016). Frente a esta preocupante constatação, pesquisadores brasileiros da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) em parceria com

a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) desenvolveram um teste sanguíneo para diagnosticar transtorno bipolar e esquizofrenia (SCZ) (PEREIRA, 2016).

A pesquisa teve um n de 150 pessoas, destes 50 diagnosticadas com esquizofrenia, 50 com transtorno bipolar e 50 controles. O teste identifica diferentes grupos de lipídios ligados previamente ao TB e a SCZ. As amostras dos pacientes passam por uma ressonância magnética e seus compostos são analisados e catalogados em um programa de computador específico. Concentrações diferentes das encontradas em indivíduos saudáveis, bem como, a simples existência de determinado composto confirmam o diagnóstico (LASO, 2016; PEREIRA, 2016).

Segundo a INOVA UNICAMP (2016) o novo método possibilita o conhecimento sobre os transtornos mentais graves e pode ser utilizado para o diagnóstico mais precoce e acompanhamento do tratamento. É considerado um método fácil, rápido e eficaz, que utiliza técnicas e equipamentos já existentes, permite o diagnóstico mais precoce de TB e SCZ, e contribui para o estudo sobre o cérebro e doenças mentais graves (TRIBUNA, 2016).

No mundo todo há pesquisas em andamento que visam compreender, controlar e mapear os transtornos afetivos. Em se tratando de pesquisas que tratam do diagnóstico precoce e fidedigno do TB, cita-se o estudo realizado na Inglaterra, por cientistas da *University College of London* que trabalham em um exame capaz de apontar o risco de uma criança se tornar bipolar na vida adulta, por meio da aferição da concentração da interleucina-6, composto produzido pelo corpo para induzir uma resposta inflamatória depois de uma infecção ou trauma (LASO, 2012; PEREIRA, 2016).

Estudos anteriores revelaram que quanto mais elevada a quantidade de interleucina-6 na infância, maior o risco de as crianças manifestarem TB quando adultas. Seguindo outra vertente diagnóstica, um estudo realizado na Turquia aponta a relação da concentração de células sanguíneas: plaquetas e células-brancas, com a manifestação do transtorno bipolar (PEREIRA, 2016).

2.3 Etiologia do transtorno bipolar

Em virtude da marcante frequência de TB na população, compreender a etiologia e fisiopatologia, torna-se extremamente importante para definir condutas de tratamento e prevenção. Deste modo, estratégias de investigação nos campos genético, epidemiológico e psicossocial permitem obter essa compreensão (MICHELON; VALLADA, 2005).

Sabe-se que mesmo frente as diversas teorias, a causa do transtorno bipolar permanece indefinida. Não obstante, pode-se elencar como fatores de risco para este transtorno, fatores genéticos, bioquímicos, sociais e ambientais, sem ainda, o consenso da especificidade do impacto destes fatores no desfecho (VIETA et al., 1999; JANSEN et al., 2014).

No que concernem aos fatores ambientais, pode-se destacar: as infecções e inflamações, bem como, os eventos traumáticos na infância, interrupção dos padrões de sono, e os eventos vitais estressores ao longo da vida, que abrangem: o trabalho, perda do suporte social, família, mudanças ambientais, dificuldades pessoais e financeiras (BERK, 2011; SEVERANCE et al., 2013; ETAIN et al., 2013; JANSEN et al., 2014; BRATLIEN et al., 2014).

Etain et al. (2013) sublinham que eventos traumáticos na infância, a citar: abuso sexual, abuso emocional, negligência emocional e negligência física, estão associados a uma forma mais grave de transtorno bipolar, caracterizado pelo início mais precoce do transtorno, maior prevalência de história de tentativa de suicídio, ciclagem rápida e uma maior propensão à depressão.

Sugere-se que dentre os subtipos de traumas, o abuso emocional pode ser o tipo mais estreitamente associado ao início precoce do transtorno bipolar. Dessa forma, supõem-se, que o abuso emocional, assim como, o abuso sexual estão associados com o desenvolvimento de desregulação emocional, que pode ser um elo entre o trauma na infância e o aumento da sintomatologia em indivíduos com TB (ETAIN et al., 2013).

Além do mais, história de abuso físico e sexual na infância está fortemente associada com tentativas de suicídio entre os pacientes com TB, o que prediz risco mais elevado para referido comportamento (ISOMETSAÄ, 2014).

Outro importante fator de risco para o transtorno bipolar é a história familiar positiva. O DSM – 5 promulga que há, em média, 10 vezes mais riscos entre parentes adultos de indivíduos com transtorno bipolar tipo I e tipo II. E essa proporção de risco aumenta com o grau de parentesco, o que aponta para alta hereditariedade (APA, 2014).

Diante do exposto, a relação entre TB e história familiar está bem estabelecida e o risco de TB “é consistentemente aumentado em parentes de primeiro grau quando comparados com controles normais ou com depressão maior” (LIMA et al., 2005, p. 19).

Contudo, frente aos estudos com gêmeos monozigóticos, pode-se corroborar que a explicação para a discordância entre eles, mesmo compartilhando quase que a totalidade do genoma, é a influência de fatores ambientais. Desse modo, para melhor avaliar o impacto desses fatores como desencadeantes do transtorno bipolar, estudos envolvendo gêmeos criados por

famílias distintas, sob diferentes influências, reforçam a grande contribuição genética para esse transtorno (MICHELON; VALLADA, 2005).

O TB se insere entre as doenças geneticamente complexas, cuja manifestação depende da presença de um conjunto de genes que interagem entre si resultando em uma fisiopatologia também complexa, até o momento pouco definida. Outro aspecto inerente às doenças complexas é a influência do meio sobre a expressão gênica e sobre a modulação da atividade dos produtos expressos (MICHELON; VALLADA, 2005, p. 22).

Conforme descrevem Carneiro e Soratto (2016) o indivíduo que possui herança genética pode desenvolver o transtorno bipolar devido a condições ambientais que influenciem ao distúrbio, desencadeando a manifestação e o agravamento do transtorno. Ratifica-se que o indivíduo diagnosticado com TB por fatores genéticos já apresentava desde sempre uma pré-disposição para o mesmo.

Enfatiza-se que o transtorno bipolar e o unipolar compartilham algumas características genéticas comuns, contudo, ainda não está claro como isso ocorre:

Estudos indicam que há aumento de prevalência de transtornos depressivos em familiares e em irmãos gêmeos de pacientes com TB, no entanto, as evidências de que familiares de pacientes com depressão têm elevado risco para TB não são tão fortes. Uma explicação para isso seria o fato de a maior parte dos genes relacionados ao TB também estarem presentes nos transtornos depressivos, mas grande parte dos genes de predisposição para depressão não estão relacionados ao TB. O conjunto de genes dos transtornos depressivos, que formam uma categoria ampla de transtornos psiquiátricos, é maior que o de TB (FREIRE, 2010, p. 150).

Em suma, “supõe-se que os fatores ambientais estão envolvidos com genes causadores do transtorno bipolar. No entanto, não há a certeza de que os fatores ambientais possam ser os causadores de TB isoladamente” (CARNEIRO; SORATTO, 2016, p. 43).

Assim, compreende-se que o surgimento do TB depende da presença de um conjunto de genes de suscetibilidade, que ao sofrerem influência do meio externo e/ou interno, manifestam-se de modo que sejam precipitadas alterações fisiológicas cuja expressão caracteriza um fenômeno que é o transtorno em questão (MICHELON; VALLADA, 2005).

2.4 O perfil das pessoas com transtorno bipolar

Estudos revelam que a prevalência de TB era relativamente baixa, independentemente do local onde ocorreu a pesquisa, do instrumento diagnóstico utilizado e das delimitações de tempo. Contudo, ao introduzir o conceito de espectro bipolar, as fronteiras diagnósticas do TB foram expandidas, e as estimativas de prevalências elevaram-se para aproximadamente 3 a 8% da população (LIMA et al., 2005; MICHELON; VALLADA, 2005).

Conforme Souza (2005) geralmente, os primeiros sintomas que caracterizam o transtorno bipolar aparecem na adolescência, mais especificamente entre 18 e 22 anos de idade.

Kennedy et al. (2005) elucidam que a idade média de início do episódio maníaco é de aproximadamente 30 anos para os homens e 35 anos para as mulheres. Destacam que os homens apresentam uma maior incidência de transtorno bipolar no início da vida adulta, e as mulheres uma incidência mais elevada em todo o resto da vida adulta.

Valença e Papelbaum (2010) destacam que o aparecimento deste transtorno ocorre, comumente, entre a faixa etária de 20 e 30 anos de idade, seja como fase depressiva ou maníaca, todavia, o TB pode surgir após os 60 ou 70 anos, sendo neste caso, imprescindível atentar para a existência de doenças neuropsiquiátricas, a citar: doenças cerebrovasculares, tumores cerebrais, quadro de demências, entre outras.

De acordo com Lima et al. (2005) grandes estudos populacionais não evidenciam diferenças significativas entre os sexos no que se refere as pessoas com TB tipos I e II. Todavia, há divergências quanto à prevalência do espectro bipolar, sendo sugerida uma relação de 1,5 mulher para cada homem.

As mulheres são mais acometidas pelos transtornos de humor, em relação aos homens, supõem-se que essa incidência pode estar associada aos fatores hormonais, psicológicos e a maior facilidade de identificar os sintomas, admiti-los e buscar ajuda (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Um estudo dinamarquês revelou que a expectativa de vida entre as pessoas com transtorno bipolar é menor, do que a da população em geral, nesse sentido, homens bipolares têm 13 anos a menos de vida e as mulheres 12 anos a menos (ABP, 2012).

Conforme ressaltam Suominen et al. (2009) homens e mulheres com transtorno bipolar tipos I e II têm características clínicas, relacionadas ao transtorno, bastante semelhantes, todavia, o perfil de comorbidades podem diferir significativamente, no tocante ao uso de substâncias e aos transtornos alimentares.

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria 75% das pessoas com transtorno bipolar tem alguma comorbidade. Aproximadamente metade das pessoas com TB possui dependência por álcool ou outras substâncias psicoativas (ABP, 2012).

Em relação ao estado conjugal Lima et al. (2005) descrevem que indivíduos casados possuem taxas significativamente mais baixas de TB, que os solteiros ou divorciados, podendo ser reflexo das consequências do transtorno.

Possuir transtorno de humor, significa risco de morte por suicídio. Nesse sentido, a prevenção do suicídio em pessoas que sofrem deste transtorno é fundamental. Contudo, a literatura, predominantemente, centra-se em buscar dados acerca de tentativas de suicídio consumado. Sendo imperioso ampliar a visão e compreensão acerca da ideação, tentativas e comportamentos suicidas nesta população, de modo a proporcionar aos profissionais de saúde ferramentas para detecção e prevenção de tais atos em pacientes bipolares (POMPILI et al., 2013, ISOMETSA, 2014).

Para muitas pessoas, os sintomas do transtorno de humor podem ser tão dolorosos que o suicídio parece ser a única fuga (MERIKANGAS et al., 2011). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM – 5, o risco de suicídio ao longo da vida é 15 vezes maior em pessoas com transtorno bipolar, do que na população geral (APA, 2014).

A despeito disso, a Associação Brasileira de Psiquiatria aponta que o risco para o comportamento suicida entre as pessoas com transtorno bipolar é 28 a 30 vezes maior se comparado à população em geral. Aproximadamente metade das pessoas com TB tentam suicídio ao longo da vida, e cerca de 15-30% destas obtêm êxito na tentativa (ABP, 2012).

Conforme ratificado anteriormente, dentre os transtornos psiquiátricos, o transtorno bipolar está fortemente associado ao maior risco para o comportamento suicida (POMPILI et al., 2013, ISOMETSA, 2014; DUARTE et al., 2015). Runeson et al. (2016) corroboram tal constatação e acrescentam que o risco de suicídio é fortemente aumentado após tentativas anteriores, por enforcamento, envenenamento ou métodos de autolesão, especialmente quando usados por pacientes com transtorno bipolar, depressão e transtornos psicóticos.

Na verdade, o transtorno bipolar pode responder por um quarto de todos os suicídios. História pregressa de tentativa de suicídio e o percentual de dias passados em depressão no ano anterior estão associados com risco maior de tentativas de suicídio e sucesso nessas tentativas (APA– 5, 2014, p. 131).

Um estudo prospectivo, com indivíduos com transtorno bipolar tipos I e II, revelou que tentativas anteriores de suicídio, desesperança e fase depressiva foram os principais fatores de risco para tentativa de suicídio nesta população (VALTONEN et al., 2006).

Conforme aponta Isometsä (2014) indivíduos com predomínio da fase depressiva têm duas vezes mais risco para tentativas de suicídio, em comparação com pacientes predominantemente maníacos.

Pompili et al. (2013) e Isometsä (2014) listam alguns fatores de risco de suicídio entre as pessoas com transtorno bipolar, cito: história de tentativas prévias de suicídio; planejamento e ideação; episódio depressivo maior severo; diagnóstico de bipolar II; episódios mistos (ocorrência simultânea de episódio depressivo maior e maníaco); início ou término do episódio depressivo; temperamento ciclotímico; ciclagem rápida; transtorno de ansiedade severo; personalidade do cluster B, transtorno alimentar; episódios psicóticos; dependência e abuso de álcool ou drogas.

Além, do início precoce do transtorno; sexo masculino; bissexualidade; ser jovem; divorciado ou morar sozinho; apresentar traços de personalidade impulsiva e agressiva; desesperança; culpa; insônia; eventos negativos na vida, como: separação, abuso emocional, físico ou sexual; desemprego; isolamento; história familiar de transtorno de humor, suicídio e tentativas de suicídio, entre parentes de primeiro e segundo grau; histórico de hospitalizações frequente e primeiras semanas ou meses após alta hospitalar (POMPILI et al., 2013; ISOMETSÄ, 2014).

2.5 Transtorno bipolar e qualidade de vida

A palavra “qualidade de vida” (QV) demonstra não ter um único significado, “condições de saúde” e “funcionamento social”, comumente são utilizados como sinônimos, e a própria definição do termo qualidade de vida não é explicitado na maioria dos artigos (MICHALAK et al., 2005; GAZALLE, 2008).

Considera-se neste estudo a definição de qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação às suas expectativas, seus padrões e suas preocupações”. Sendo um conceito abrangente, influenciado de forma complexa pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelas relações sociais da pessoa e por suas relações com as

características significativas do ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1995 apud GAZALLE, 2008, p. 08).

A literatura revela forte associação entre o transtorno bipolar e comprometimentos na qualidade de vida. Estudos recentes apontam que dentre os transtornos de humor e de ansiedade, o transtorno bipolar é o que apresenta o pior nível de qualidade de vida (AKVARDAR et al., 2006; AWAD et al., 2007; RASSI; ARAÚJO; NASCIMENTO, 2010).

Awad et al. (2007) preconizam que os episódios depressivos acarretam déficits importantes nos diversos aspectos da vida, contribuindo mais para a morbidade e mortalidade, comparado aos episódios de humor elevado. Segundo o referenciado autor o episódio depressivo correlaciona-se negativamente com a qualidade de vida.

Episódios de elevação de humor também podem acarretar consequências negativas ao paciente por causa de maior exposição a situações de risco, de tomada de decisões impulsivas, de excesso de gastos e de problemas nos relacionamentos interpessoais. Além disso, a percepção de diminuição do controle sobre as oscilações de humor e o comportamento contribuem para que o indivíduo veja seu funcionamento como imprevisível e instável, com impacto negativo em sua autoestima e na organização de seu cotidiano (RASSI; ARAÚJO; NASCIMENTO, 2010, p. 84).

Tanto na mania, quanto na depressão, os sintomas são intensos e provocam profundas mudanças comportamentais e de conduta, que frequentemente comprometem os relacionamentos familiares, afetivos, sociais, o desempenho profissional, a posição econômica, a segurança do indivíduo e das pessoas que com ele convivem (STEFANELLI, 2008).

Isto posto, ratifica-se que o transtorno bipolar causa um grande impacto na qualidade de vida das pessoas, além de grande carga para família e para a sociedade em geral (COSTA, 2008).

Sob outra ótica, estudos brasileiros revelam que o transtorno bipolar é progressivo e leva à diminuição ou perda das funções neurais. As crises de euforia e depressão causam uma excessiva descarga de neurotransmissores, como dopamina e glutamato, em contrapartida, o organismo envia células de defesa para a região, que produzem inflamação e perda de conexões neurais. Estima-se que após cinco episódios de TB, perde-se 10% do hipocampo, acarretando problemas de memória, planejamento e concentração (ABP, 2012).

Pereira et al. (2010) referem que a existência de declínios nas funções cognitivas e executivas tende a agravar-se com o passar do tempo, e com a frequência em que se manifestam

os episódios do TB. De tal forma que o prejuízo cognitivo, presente mesmo nas fases de remissão, comprometem a capacidade de autonomia da pessoa com TB.

A médio prazo, o transtorno fica mais grave e as crises mais frequentes e fortes, com progressiva diminuição da resposta à medicação (ABP, 2012).

Os resultados de Brissos et al. (2008) indicam que as pessoas eutímicas com TB apresentam comprometimento substancial na qualidade de vida. Dentre as pessoas com TB a psicopatologia e os déficits neurocognitivos foram fortemente associados a menor QV auto relatada.

Episódios maníacos e sintomas depressivos estão associados à pior qualidade de vida, entretanto, autores sugerem que as pessoas em fase maníaca completa avaliam sua qualidade de vida como boa, provavelmente por dificuldade em reconhecer sua condição de saúde (GAZALLE, 2008).

Estudos sugerem que terapias que visam a regulação de ritmos biológicos podem ter um impacto direto na melhoria da QV, aliadas a recuperação dos sintomas do TB. Salienta-se que a alteração do ritmo biológico promove a diminuição, não só apenas da qualidade do sono, mas também da QV, sugerindo que outros fatores associados aos ritmos biológicos como: padrões alimentares, atividades e ritmos sociais desempenham, do mesmo modo, um papel importante na qualidade de vida geral (CUDNEY et al., 2016).

É pertinente mencionar, que a alta impulsividade, comumente presente na fase maníaca e hipomaníaca, foi associada a baixa QV entre as pessoas com TB e eutímicos. Conforme demonstram Kim et al. (2013) a impulsividade pode influenciar na qualidade de vida através de distintos mecanismos de comprometimento funcional. Nesta perspectiva, para melhorar a QV entre os pacientes com TB, é necessário restaurar o funcionamento, bem como controlar a impulsividade elevada.

Além do exposto, outro importante fator que contribui negativamente para a qualidade de vida das pessoas com transtorno bipolar, é a presença de comorbidades médicas ou psiquiátricas.

Comorbidades psiquiátricas aumentam sua morbidade, bem como risco de suicídio, maior número de hospitalizações, maior probabilidade de uso abusivo de substâncias e déficits funcionais amplos (RASSI; ARAÚJO; NASCIMENTO, 2010, p. 85-86).

Dentre estas comorbidades, Magalhães, Kapczinski e Kapczinski (2009) preconizam que a presença de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) em pessoas com TB, é um

agravante e deve ser investigada como um preditor que aumenta o risco de suicídio nesta população.

O transtorno de ansiedade como comorbidade em pessoas com TB, por sua vez, está relacionado à menor qualidade de vida, especialmente no domínio psicológico. Estando ainda associado a marcadores de gravidade do TB, tentativas de suicídio, ciclagem rápida, abuso de álcool ao longo da vida e psicose. Destarte o tratamento do transtorno de ansiedade pode auxiliar as pessoas com TB a aliviar sua dor psicológica e melhorar sua qualidade de vida global (KAUER-SANT'ANNA et al., 2007).

Torna-se compreensível que a vida social, familiar e ocupacional das pessoas com TB pode ser afetada tanto pelos sintomas do transtorno, quanto pelas falhas no desempenho cognitivo, sendo necessário levar estes aspectos em consideração para estabelecer uma abordagem terapêutica mais abrangente (ROCCA; LAFER, 2006).

Rassi, Araújo e Nascimento (2010) promulgam que a adesão à medicação, a regularização do ritmo circadiano, a prática de exercícios físicos e a terapia cognitivo comportamental (TCC) são intervenções que contribuem para melhora da qualidade de vida da pessoa com transtorno bipolar.

Percebe-se que avaliar a qualidade de vida é complexa, devido à multiplicidade de definições e de instrumentos de avaliação existentes. Gazalle (2008) preconizam que até o momento, os dados existentes sobre qualidade de vida e transtorno bipolar são escassos e heterogêneos. E que diversas medidas e instrumentos são considerados na avaliação da “qualidade de vida” e poucos resultados partem de uma base teórica consistente.

Nesta lógica, a Organização Mundial de Saúde elaborou o WHOQOL, um instrumento para avaliar a QV em uma perspectiva genuinamente internacional, com vistas a aferir a QV de maneira confiável, válida e com comparabilidade transcultural (THE WHOQOL GROUP, 1995 apud GAZALLE, 2008, p. 08).

Com intuito de mensurar a QV em estudos de bases populacionais e epidemiológicas, em uma versão abreviada, que permite concomitantemente aplicar outras medidas clínicas foi elaborado o WHOQOL-BREF (FLECK et al., 2000).

De acordo com Fleck et al. (2000) a versão abreviada em português do WHOQOL-BREF apresenta características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste.

Em suma, estudos que tratam da qualidade de vida são essenciais para estimar o impacto das políticas públicas nas condições de saúde geral e de saúde mental da população, visando o

planejamento e desenvolvimento de ações que atendam às necessidades específicas da população investigada, com base nos aspectos culturais, socioeconômicos e psicológicos (GOMES, HAMANN; GUTIERREZ, 2014).

Merikangas et al. (2011) asseguram que é alarmante a falta de tratamento de saúde mental entre aqueles com transtorno bipolar, particularmente em países de baixa renda, e que apenas cerca de um quarto das pessoas com transtorno bipolar em países de baixa renda, e metade das pessoas em países de alta renda, tiveram contato com serviços de saúde mental.

Diante do exposto, constata-se o quanto é preocupante o contexto de cuidado a saúde mental desta população, tendo em conta, que o transtorno bipolar envolve dificuldades pessoais, familiares e sociais, e está associado às altas taxas de recorrência e de recaída podendo tornar incapazes homens e mulheres, que, comumente, convivem com barreiras, perdas e limitações nas várias interfases da vida cotidiana (FERNANDES et al., 2016).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, descritivo, de corte transversal.

Os estudos epidemiológicos possuem impacto positivo na melhoria da saúde pública das populações, visto que, possibilitam identificar informações cruciais para o planejamento das autoridades de saúde e para investimentos de recursos direcionados as necessidades da população: estado de saúde, carga de doenças, fatores determinantes e de risco da população. O caráter analítico adotado, permite um estudo mais aprofundado da relação entre o estado de saúde e outras variáveis associadas (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

O foco epidemiológico consiste basicamente em: i) a observação dos fenômenos de saúde e doença na população; ii) a quantificação dos mesmos em frequências e distribuições; iii) a análise das frequências e distribuições de saúde e de seus determinantes; e iv) a definição de cursos de ação apropriados (BRASIL, 2010, p. 10-11).

A população humana é o alvo do estudo epidemiológico e pode ser definida em termos geográficos ou em outro qualquer. Em geral, esta população é aquela localizada em uma determinada área ou país em um certo momento do tempo. Frisa-se que os estudos epidemiológicos podem ser observacionais ou experimentais, os estudos epidemiológicos observacionais, por sua vez, podem ser classificados em descritivos e analíticos (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003; BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

Segundo Rouquayrol e Silva (2013) o estudo epidemiológico é classificado como observacional, pois através da observação da realidade são sugeridas hipóteses, através das medidas de associação entre diferentes fatores. Esta observação parte de um fator de exposição em busca de investigar uma possível associação com o desfecho. Este estudo não é capaz de determinar causalidade, todavia, sugere associações.

Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar, e/ou as características dos indivíduos. Com intuito de responder à pergunta: quando, onde e quem adoece? A

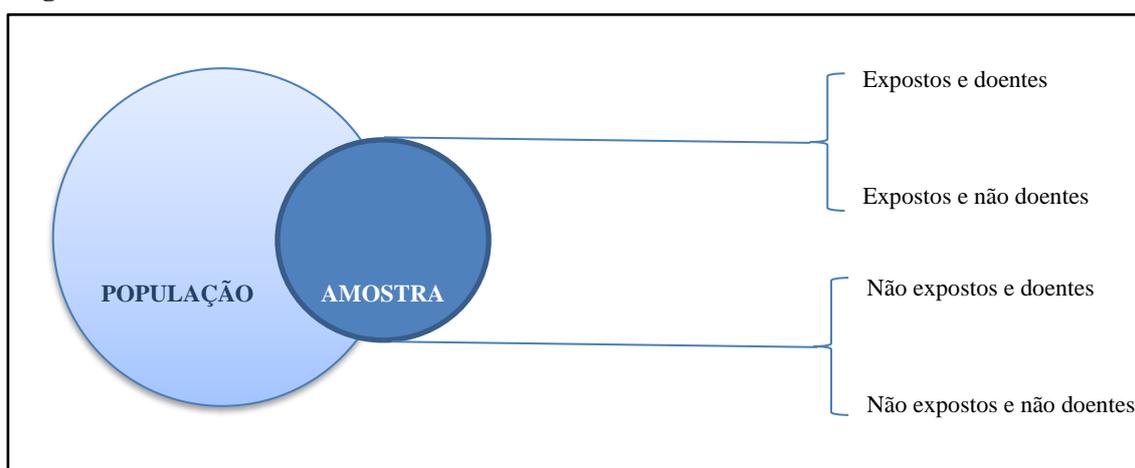
epidemiologia descritiva pode fazer uso de dados secundários, pré-existentes ou dados primários, coletados para o estudo (LIMA-COSTA BARRETO, 2003).

Em relação ao tempo, o estudo visa encontrar uma associação da doença ou agravo com horários, periodicidade, variação sazonal, dentre outras variáveis. No tocante ao espaço, objetiva identificar uma associação com a distribuição geográfica, urbana, rural ou outra. Em relação às características individuais visa encontrar uma associação com diversos fatores, a citar: sexo, idade, etnia, condições socioeconômicas, dentre outros (HOCHMAN et al., 2005).

Os estudos descritivos, comumente, assumem a forma de levantamentos, ao descrever as características de uma população, fenômeno ou de uma experiência e proporcionam novas visões sobre uma realidade já conhecida. Configurando-se como uma ferramenta de gestão importante em sistemas de saúde, capaz de fornecer informações pertinentes aos gestores e profissionais de saúde em áreas de abrangência delimitadas, seja ao caracterizar a demanda dos serviços de saúde ou ao identificar grupos de alto risco (GIL, 2008; ARAGÃO, 2011).

Os estudos transversais ou de corte transversal descrevem a situação em um dado momento e possibilitam uma análise prévia de associação, em tempo que identifica os desfechos, bem como os fatores que podem ou não estar associado a eles. Da razão entre as diferentes prevalências entre expostos e não expostos tem-se a medida de associação entre ambos (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2013).

Figura 2 - Desenho de um estudo transversal



Fonte: Adaptação dos modelos disponíveis em: <http://slideplayer.com.br/slide/394869/>

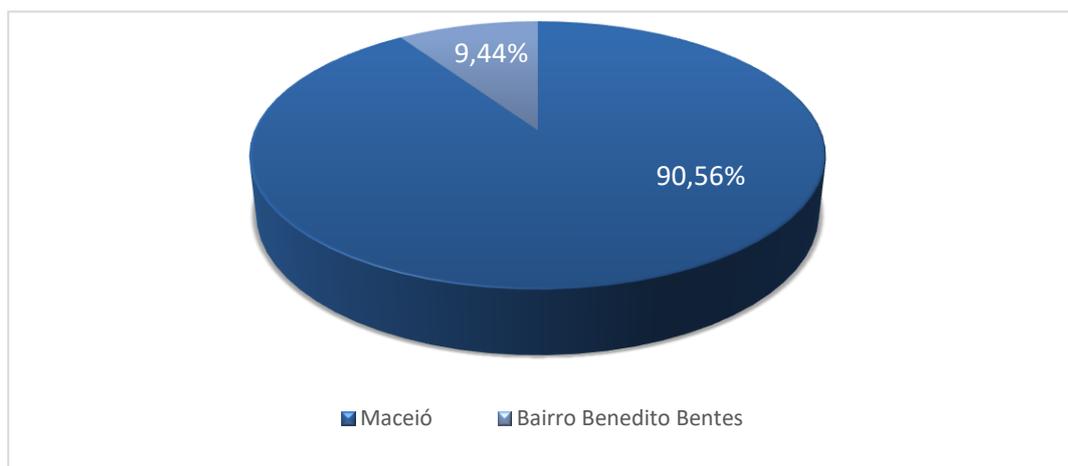
3.2 Local de estudo

Bairro do Benedito Bentes, localizado na cidade de Maceió, capital do Estado de Alagoas, nordeste do Brasil.

A cidade de Maceió possui, de acordo com o último Censo 2010, uma população de 932.748 habitantes, com estimativa para 2016 de 1021.709 habitantes, em sua maioria do sexo feminino 53,20%. O município está geograficamente organizado em 50 bairros (MACEIÓ, 2014; IBGE, 2015; IBGE, 2016).

Segundo o Censo 2010 o bairro do Benedito Bentes possui 88.084 habitantes, área de 24.624 km², com um perímetro urbano de 26.731,15 metros e densidade demográfica de 3.577,74 hab./km², considerado como o bairro mais populoso e de maior base territorial de Maceió (Figura 3) (POPULAÇÃO, 2016; IBGE, 2013).

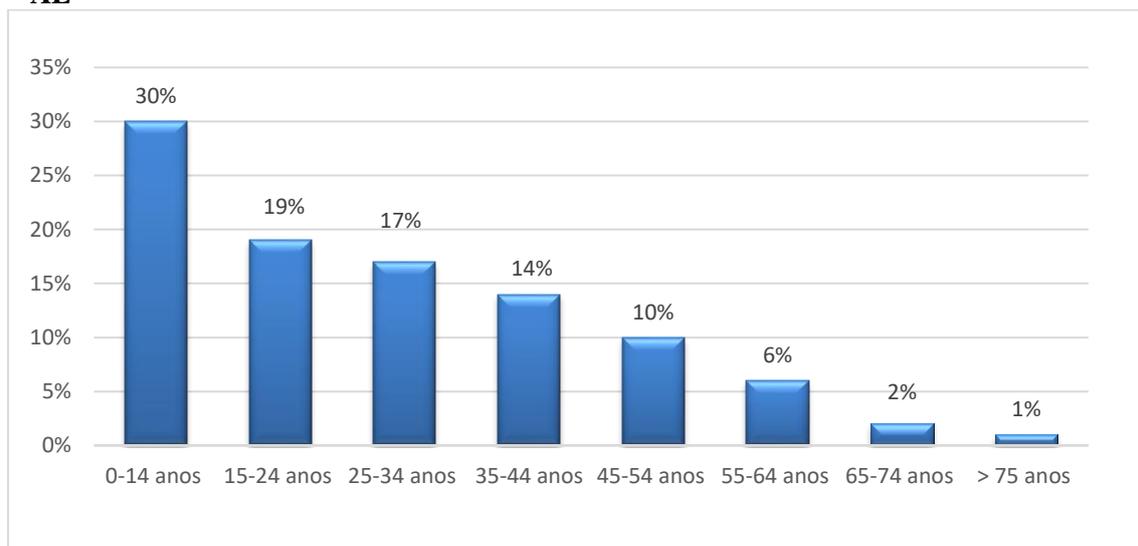
Figura 3 – População do bairro do Benedito Bentes em relação aos demais bairros da cidade de Maceió – AL



Fonte: IBGE Censo 2010.

A população do supracitado bairro é composta de 51.96% mulheres e 48.04% de homens. Distribuída nas faixas etárias explicitadas na (Figura 4) (POPULAÇÃO, 2016).

Figura 4 – Distribuição em faixa etária da população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL



Fonte: IBGE Censo 2010.

O bairro do Benedito Bentes vem sofrendo um acelerado e desorganizado processo de urbanização, incompatível com a infraestrutura e com a rede de serviços públicos disponíveis (MELO, 2015).

Atualmente, o Benedito Bentes I conta com o funcionamento da Unidade de Saúde Hamilton Falcão, e com o Mini Pronto Socorro Denilma Bulhões. O Benedito Bentes II conta com a Unidade de Saúde Aliomar de Almeida Lins, e com algumas Unidades de Saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF), das quais, algumas possuem equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Conta também, com o suporte de duas equipes de Consultório na Rua, ligadas à Unidade de Saúde Hamilton Falcão, que atendem pessoas em situação de rua e algumas famílias em vulnerabilidade social (MELO, 2015).

Salienta-se, que a população deste bairro que possui comprometimento da saúde mental necessita buscar assistência em outras localidades, visto que, não há dispositivos especializados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), bem como, um número suficiente de psicólogos em suas Unidades de Saúde, em tempo, não havia psiquiatra disponível nas Unidades (MELO, 2015).

Em relação ao perfil, prevalência e aos fatores associados ao transtorno bipolar tipo I e tipo II, não havia registro acerca deste bairro, até a realização do presente estudo.

3.3 Amostra e Amostragem

A amostra foi probabilística e aleatória por conglomerados composta por 894 residentes do Bairro Benedito Bentes, na cidade de Maceió – AL, maiores de 15 anos.

Define-se como amostragem por conglomerados uma amostra aleatória de agrupamento composta por unidades que correspondem a um conglomerado, que é um grupamento natural de elementos da população, com características heterogêneas em relação as estudadas e características similares entre si. E que apresenta comportamento semelhante ao da população em miniatura (TORRES; MAGNANINI; LUIZ, 2009).

A estipulação da amostra do estudo teve por base a estimativa da população do bairro do Benedito Bentes para o ano 2015, ano da coleta de dados, estimando-se 94.120 habitantes (IBGE, 2013).

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi previsto inicialmente uma amostra de 542 pessoas para estimar uma prevalência mínima de 15% a 95% de confiança com erro relativo de 20% (máximo permitido) numa população de 94.120 pessoas. Dado que o tipo de amostragem por conglomerado impõe uma correção de 1.5 o tamanho da amostra passou a 813, houve ainda acréscimo de 10% admitindo-se perdas e recusas, assim definiu-se um n amostral mínimo de 894 pessoas (LUIZ; MAGNANINI, 2009). Esse total seria suficiente para testar um risco de 1.5 numa proporção de expostos de 20% a 95% de confiança e potência de 80%, considerando um erro amostral de 5%.

O programa utilizado para definição da amostra foi o Epidata Software Versão 3.1, um programa para análise epidemiológica de dados tabulados, desenvolvido pela Organização Panamericana de Saúde e Departamento de Sanidade da Xunta de Galicia em 2008. Destaca-se que a amostra não foi estratificada por sexo.

Segundo o IBGE (2015) o bairro Benedito Bentes possui 93 setores censitários, que são unidades territoriais com limites físicos identificados em áreas contínuas.

Foram considerados referidos setores censitários descritos pelo IBGE no ano de 2010, para distribuição proporcional da amostra entre os 93 setores censitários, conforme a densidade demográfica, com uma variação de zero a vinte e uma entrevista por setor.

Desta forma, cada setor censitário, correspondia a um conglomerado do estudo ou um grupo de entrevistados, descritos entre parênteses [setores 17 (12), 18 (06), 19 (09), 20 (10), 21 (12), 22 (07), 23 (08), 24 (09), 25 (04), 26 (08), 27 (12), 28 (15), 29 (13), 30 (09), 31 (13), 32 (08), 33 (12), 34 (11), 35 (15), 36 (12), 37 (15), 38 (00), 39 (08), 40 (06), 41 (05), 42 (06), 43 (10), 44 (10), 45 (15), 46 (13), 47 (10), 48 (10), 49 (11), 50 (09), 51

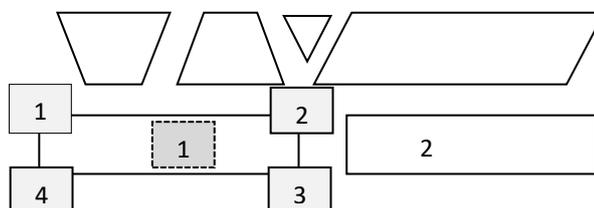
(09), 52 (10), 53 (11), 54 (09), 55 (10), 56 (10), 57 (12), 58 (18), 59 (08), 60 (09), 61 (04), 62 (08), 63 (11), 64 (08), 65 (08), 66 (11), 67 (10), 68 (14), 69 (18), 70 (12), 71 (08), 72 (05), 73 (07), 74 (07), 75 (07), 76 (10), 77 (07), 78 (08), 79 (07), 80 (07), 81 (09), 82 (07), 83 (09), 84 (14), 85 (10), 86 (12), 87 (06), 88 (14), 89 (11), 90 (13), 91 (21), 92 (06), 93 (08), 94 (09), 95 (08), 102 (06), 103 (09), 104 (07), 106 (06), 107 (08), 108 (04), 109 (01), 110 (12), 111 (10), 112 (12), 113 (12), 114 (11), 115 (09) e 116 (14)].

O ponto inicial de investigação de cada setor censitário foi definido previamente a ida ao campo para coleta de dados, de forma sistemática. De posse do Mapa Censitário do Setor eram realizados sorteios de uma quadra ou uma rua (Figura 5 e Figura 6), e em seguida a da esquina do domicílio inicial de investigação com a delimitação exata no mapa censitário, conforme a (Figura 7).

Com o desenho do mapa do setor, os pesquisadores localizavam a esquina do domicílio inicial de investigação e seguiam examinando os residentes dos domicílios em sequência, no sentido à direita do observador até cumprir com o número previsto. Frente a existência de domicílios vazios, de recusas em participar do estudo ou de não atendimentos aos critérios de inclusão, foram examinados os residentes nos domicílios seguintes. No caso de não ter sido possível cobrir todas as pessoas numa mesma quadra, imediatamente o pesquisador dirigia-se a quadra da direita do mesmo setor censitário, seguindo o mesmo critério de aleatoriedade, conforme método pré-estabelecido.

Com vistas a prevenir vieses na coleta de dados, foram evitadas preferências como: ruas calçadas, ruas secas sem poças de água, ruas planas, entre outras condições.

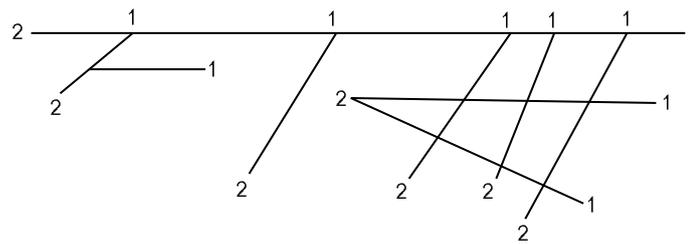
Figura 5 - Exemplo de setor com quarteirões e numeração das esquinas



Fonte: CAVALCANTE (2015).¹

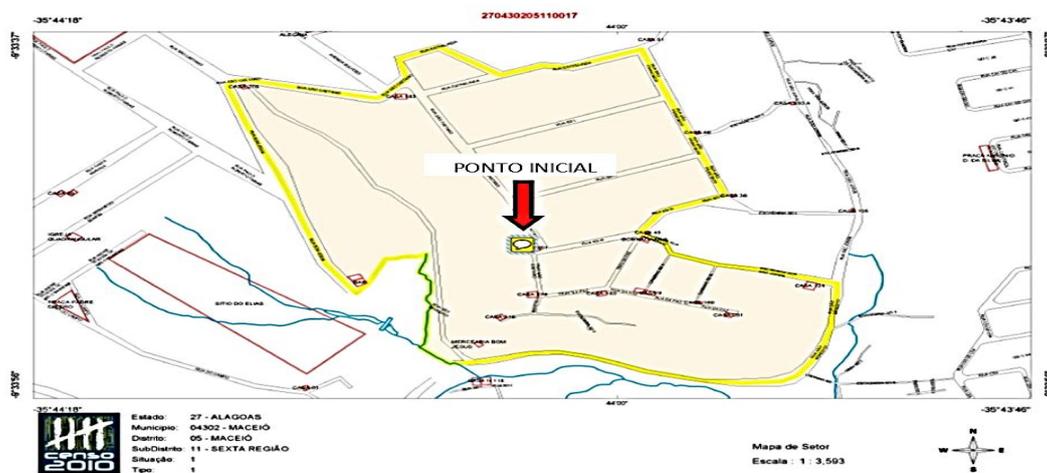
¹ Jairo Calado Cavalcante

Figura 6 - Exemplo de setor com ruas e sua numeração das extremidades



Fonte: CAVALCANTE (2015).

Figura 7 - Exemplo de Mapa Censitário de um dos Setores Censitários Investigados, com a marcação do ponto inicial de investigação



Fonte: IBGE, 2010.

3.3.1 Critérios de inclusão

- Ser domiciliado no Bairro do Benedito Bentes;
- Ter idade superior de 15 anos.

3.3.2 Critérios de exclusão

- Apresentar desorientação² e/ou agressividade.

² Desorientação ou confusão mental nos sentidos do tempo, reconhecimento e direção, que pode ser oriunda de delírios, alucinações, uso por substâncias psicoativas dentre outras causas.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados iniciou-se em 26 de janeiro de 2015 e se estendeu até 02 de março do mesmo ano. Nesse período as equipes estiveram inseridas no campo, geralmente, de segunda à sexta, nos turnos da manhã e tarde.

Os dados foram primários, coletados no bairro por meio de entrevistas face a face com o aplicativo digital *ODK Collect (Open Data Kit)*, disponível no sistema Android, em Tablets em que se inseriu o Formulário Epitranmental (online) - criado para compilar todos os instrumentos de coleta de dados, de modo a otimizar as entrevistas. *ODK Collect* trata-se de um conjunto de ferramentas de código-fonte aberto que auxilia na criação e no gerenciamento da coleta móvel de dados. Ele é composto por três ferramentas: *Build*, *Collect* e *Aggregate*. A ferramenta *Build* modela os formulários. A *Collect* é utilizada para a coleta dos dados nos dispositivos móveis, com o sistema operacional Android, bem como também para o envio destes dados ao servidor. E o *Aggregate* reúne os dados coletados existentes no servidor e converte para formatos mais usuais. Em síntese, permite a coleta, o armazenamento e o compartilhamento de dados tanto estruturados quanto não estruturados.

3.4.1 Planejamento

O planejamento para coleta de dados ocorreu no período de julho de 2014 a janeiro de 2015, e se deu em várias etapas.

No período de preparação ocorreram reuniões de treinamento com periodicidade semanal envolvendo membros da equipe técnica e da coleta de dados, com intuito de capacitá-los para a realização da pesquisa. Nos encontros houve a apresentação do projeto, a divisão de grupos de trabalho para preparação dos materiais de coleta (manual do pesquisador, pastas com impressos e materiais de suporte necessários, tabletes, mapas censitários, entre outros), discussões acerca do estudo, além de capacitação e calibragem para aplicação dos instrumentos de pesquisa.

A capacitação para a coleta foi conduzida por um psiquiatra com experiência na área clínica e na pesquisa. Houve a apresentação e leitura detalhada de cada instrumento, discussões aprofundadas sobre o propósito de utilização e a maneira correta de conduzir a entrevista, estudos em grupo e orientações gerais sobre os possíveis diagnósticos de morbidade psiquiátrica.

Os pesquisadores tiveram oportunidades de realizar (pré-testes) no grupo e com pessoas externas, com esclarecimento de dúvidas, por conseguinte. O pré-teste possibilitou aprimorar o formulário eletrônico (Epitransmental) utilizado na coleta de dados da pesquisa, inserir funcionalidades de segurança e ajustar a linguagem para facilitar a compreensão. Construiu-se um manual com orientações aos pesquisadores.

3.4.2 Operacionalização

A equipe de coleta de dados, contou com a participação de membros devidamente treinados e capacitados para coleta e utilização adequada dos instrumentos da pesquisa:

A equipe foi composta por: integrantes de três grupos Tutorias do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Redes de Atenção Psicossocial da UFAL compostos por 25 estudantes de graduação em enfermagem, psicologia, serviço social, medicina e farmácia; nove preceptores entre Psicólogos, Enfermeiros, Farmacêutico, Assistentes Sociais atuantes na Rede de Atenção Psicossocial do Município; e três tutoras docentes da graduação em Enfermagem da UFAL; quatro estudantes do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC); duas enfermeiras Residentes de Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL); três mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e um mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFAL; dois graduandos de enfermagem e uma graduanda de Medicina da UFAL; um psiquiatra docente da Faculdade de Medicina - UFAL; um estatístico da UFAL; um Programador de Sistemas e três docentes da Escola de Enfermagem e Farmácia.

Estiveram em campo em média por turno, 10 estudantes pertencentes ao PIBIC e ao PET-Saúde/Redes, 03 preceptores do PET-Saúde/Redes, que eram profissionais dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica; 02 tutoras do PET-Saúde/Redes, docentes da UFAL da área de saúde mental e a coordenadora da pesquisa também docente da UFAL da área de saúde mental e coordenadora do PET-Saúde/Redes.

Concomitante a coleta de dados, a equipe técnica da pesquisa realizou visitas aos serviços de saúde e comunitários para apresentar o projeto e obter parcerias na comunidade.

Membros da equipe técnica, constituída pela coordenadora da pesquisa, professores, preceptores e profissionais, reunia-se, diariamente, com a equipe de coleta

para repassar orientações acerca da localização das unidades territoriais de coleta, divisão das equipes e discussões de estratégias operacionais.

A equipe técnica permanecia no campo para oferecer suporte a equipe de coleta e também realizavam previamente a identificação das demais unidades territoriais. Para tanto, eram realizadas visitas aos setores censitários em horários e dias anteriores aos definidos para a coleta, no sentido de levar os pesquisadores precisamente aos locais de coleta e reduzir erros de localização e desperdício de tempo.

A equipe de coleta era dividida em dois ou três subgrupos, operando em alguns dias com apenas um. Cada subgrupo era formado minimamente por um profissional e por três estudantes; cada um recebia o mapa censitário do setor impresso em papel A4 e o material necessário para coleta.

Para cada estudante foi definida uma média de quatro entrevistas ao dia, sendo que alguns conseguiram realizar até oito quando não identificadas maiores necessidades de assistência à saúde no entrevistado. À medida que o setor era finalizado a equipe de apoio/técnica os redistribuíam para auxiliar em outros setores em andamento ou dá início a um novo. Essa estratégia possibilitou o uso racional do tempo, durante a realização da coleta de dados, a qualidade da entrevista e a redução de erros. Frisa-se que a natureza do estudo permitiu a inclusão de mais de um informante por domicílio.

As entrevistas, face a face, ocorreram no local de preferência para o respondente, no interior do domicílio ou nas proximidades do mesmo. Os informantes receberam esclarecimentos sobre a participação no estudo mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (Apêndice D), e manifestavam a participação com a assinatura ou a impressão datiloscópica do termo. A duração das entrevistas foi de no mínimo vinte minutos e no máximo de duas horas.

Frente à identificação de participantes com muitas demandas de cuidado e de escuta, realizaram-se encaminhamentos aos serviços de saúde referenciados por esta pesquisa, a exemplo: Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes para casos com ideação suicida, Centro de Atenção Psicossocial Noraci Pedrosa nos casos de transtornos instalados e Hospital Escola Portugal Ramalho, quando era identificado um atendimento de emergência psiquiátrica.

3.4.3 Instrumentos de Coleta de dados

Na coleta de dados foram utilizados Tablets com o aplicativo ODK *Collect*, com os instrumentos de coleta de dados em formato digital, denominado Epitransmental. Foram os instrumentos:

1. Questionário de Dados Sociodemográficos - (Apêndice E)

O Questionário Sóciodemográfico foi elaborado especificamente para este estudo. Estiveram envolvidos em sua construção vários atores integrantes da pesquisa, discutindo e adequando-o às informações desejadas, com base em questionários sociodemográficos utilizados em outros estudos. Apesar de não se tratar de um instrumento validado, foram realizados testes de clareza, coerência e as adaptações necessárias, durante sua construção.

Foram investigadas as seguintes variáveis independentes: idade, grupo de idade, média de idade, sexo, anos de estudo, grau máximo de estudo; estado conjugal, raça/cor da pele, a existência de filhos, número de filhos; renda, ocupação, moradia, tipo de família, responsável da família e residentes por domicílio.

2. Classificação de Estrato Socioeconômico pelo Critério de Classificação Econômico Brasil - (Anexo A)

Trata-se de um instrumento criado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, que permite identificar a classificação do estrato social, conforme apresentado no “O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”.” (ABEP, 2012, p. 02).

3. WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) – (Anexo B)

O WHOQOL foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde em Genebra, com intuito de avaliar a percepção dos indivíduos acerca de sua qualidade de vida e saúde, cultura, sistema de valores, objetivos pessoais, valores e preocupações, tendo como referência as duas últimas semanas. O instrumento WHOQOL-BREF é uma versão mais

curta do instrumento original, pertinente em grandes estudos de investigação. Esse instrumento é composto de 26 itens, que medem os seguintes domínios gerais: saúde física, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK et al., 2000; WHO, 2016).

Nesta pesquisa foi utilizada a versão traduzida e validada para o Português, que contém 26 itens, destes a 1ª e 2ª pergunta tratam da qualidade de vida geral, as 24 subsequentes, abarcam quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiental. De acordo com Fleck et al (2000) as respostas seguem uma escala de *Likert*, de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida.

4. MINI *International Neuropsychiatric Interview, Brazilian Version 5.0.0* (M.I.N.I., 2002) – (Anexo C)

No presente estudo, foi aplicado o instrumento *MINI International Neuropsychiatric Interview* traduzido e validado para o português. Justifica-se sua utilização com base em Amorim (2000) que corrobora que os resultados referentes à confiabilidade e à validade do MINI são globalmente satisfatórios, e que apresenta qualidades psicométricas comparáveis às de outros questionários diagnósticos padronizados mais longos e complexos, haja vista, que este instrumento diagnóstico permite uma avaliação rápida, entre 15-30 minutos, dos principais transtornos do eixo I do DSM-III/IV.

Nesse sentido, o MINI é eficaz para seleção rápida de populações homogêneas em ensaios clínicos, estudos epidemiológicos e para avaliação breve de critérios diagnósticos em estudos longitudinais. Configurando-se como um questionário diagnóstico mais breve que os propostos à pesquisa e mais abrangente que os instrumentos de triagem (AMORIM, 2000).

É pertinente elucidar que o instrumento utilizado nesta pesquisa, está dividido em 16 módulos, identificados por letras, que correspondem a uma categoria diagnóstica do DSM-IV, cito: A) Episódio Depressivo Maior, B) Transtorno Distímico, C) Risco de Suicídio, D) Episódio (Hipo)Maníaco; E) Transtorno de Pânico, F) Agorafobia, G) Fobia Social, H) Transtorno Obsessivo Compulsivo, I) Transtorno de Estresse Pós-Traumático, J) Dependência/Abuso de Álcool, K) Dependência/Abuso de Substâncias (Não Alcoólicas), L) Síndrome Psicótica, M) Anorexia Nervosa, N) Bulimia Nervosa, O) Transtorno de Ansiedade Generalizada, P) Transtorno da Personalidade Antissocial (M.I.N.I., 2002).

Com vistas a otimizar as entrevistas, o M.I.N.I 5.0.0 foi elaborado de modo: a priorizar e explorar os transtornos atuais; suas questões são dicotômicas (Sim/Não); todas as seções diagnósticas, exceto a seção dos transtornos psicóticos, possuem uma ou duas questões de entrada que exploram critérios obrigatórios, com intuito de excluir o diagnóstico em caso de respostas negativas; a disfunção induzida pelos transtornos e a exclusão de causas somáticas e/ou tóxicas dos sintomas não são sistematicamente exploradas; e os algoritmos são integrados à estrutura do questionário, o que permite estabelecer ou excluir os diagnósticos ao longo da entrevista (AMORIM, 2000).

5. Escala de Ideação Suicida de Beck (Anexo D)

Trata-se de questionário de auto relato validado para o português por Cunha (2001), que avalia a presença de ideação suicida, ao analisar a extensão da motivação e o planejamento de um comportamento suicida.

O questionário é composto por 21 itens, dos quais os primeiros 19 itens apresentam três possibilidades de respostas, com intuito de verificar a gravidade, e os dois últimos itens visam o fornecimento de informações sobre o paciente, a respeito do número de tentativas prévias de suicídio e a seriedade da intenção de morrer na última delas. Salienta-se que o Inventário não apresenta pontos de corte (CUNHA, 2001).

São os itens avaliados: 1. Desejo de viver; 2. Desejo de morrer; 3. Razões para viver ou morrer; 4. Tentativa de suicídio ativa; 5. Tentativa de suicídio passiva; 6. Duração de ideias de suicídio; 7. Frequência de ideação; 8. Atitude em relação à ideação; 9. Controle sobre atos suicidas; 10. Inibições de tentativa; 11. Razões de tentativa; 12. Especificidade do planejamento; 13. Acessibilidade ou oportunidade do método; 14. Capacidade de tentativa; 15. Probabilidade de tentativa real; 16. Extensão da preparação verdadeira; 17. Bilhete suicida; 18. Atos finais; e 19. Segredo (CUNHA, 2001).

3.5 Variáveis de estudo

Foram consideradas variáveis dependentes e independentes investigadas neste estudo:

3.5.1 Variáveis dependentes:

- Transtorno bipolar: variável dicotomizada em: possui ou não possui;
- Transtorno bipolar tipo I: dicotomizada em: possui ou não possui;
- Transtorno bipolar tipo II: dicotomizada em: possui ou não possui.

3.5.2 Variáveis independentes:

As variáveis sociodemográficas foram identificadas por meio do Questionário de Dados Sociodemográficos, elaborado para a pesquisa:

- Sexo: variável dicotômica, masculino ou feminino;
- Idade em anos: classificada em quantitativa discreta por média de idade;
- Faixa etária: categórica ordinal, dividida em conformidade ao DATASUS: $15 \leq 19$, 20 – 29, 30 – 39, 40 – 49, 50 – 59, 60 – 69, 70 – 79 e ≥ 80 .
- Estado conjugal: dicotomizada em possui ou não possui companheiro (a), independentemente do tipo da união;
- Etnia: variável nominal, auto referida pelos entrevistados, classificada em: indígena, preto, pardo, amarelo e branco;
- Filhos: categorizada em tem filhos ou não tem filhos;
- Média do número de filhos: quantitativa discreta;
- Tipo de família: nuclear, reconstituída, ampliada e monoparental. Foram dicotomizadas para fins de análise em: nuclear e não nuclear;
- Renda: dicotomizada em possui ou não possui, independentemente de ter ou não ocupação;
- Ativo/inativo: dicotomizada em possui ou não possui, sendo o entrevistado ativo ou inativo, com ou sem renda;
- Grau máximo de estudo cursado: categórica ordinal, classificada em: nenhum, fundamental, médio, superior e pós-graduação;
- Média de anos estudados: variável quantitativa discreta;
- Média de pessoas residentes: classificada em quantitativa discreta;
- Responsável família: dicotomizada em: pai/mãe e tia/avó/outros;
- Dinâmica da família: se conflituosa ou harmoniosa ou negligente, segundo percepção do entrevistado. Foram dicotomizadas em: harmoniosa e conflituosa/negligente;

- Tipo de Convênio/Seguro de Saúde: dicotomizada em: particular/suplementar ou SUS;
- Estrato Social: categórica ordinal, segundo o Critério de Classificação Econômico (BRASIL, 2014), com classes sociais assim designadas:

A - Alta classe alta

B1- Baixa classe alta

B2- Alta classe média

C1- Média classe média

C2- Baixa classe média

D- Vulnerável

E- Pobre e extremamente pobre;

- Estrato Social: dicotomizada para fins de análise em: Não vulnerável (A, B1, B2, C1 e C2) e Vulnerável (D e E).

As variáveis relacionadas às comorbidade psiquiátricas, transtorno depressivo maior e risco de suicídio, foram dicotômicas (possui e não possui), identificadas mediante a aplicação do *Mini International Neuropsychiatric Interview (Brazilian version 5.0.0)*.

- Comorbidade;
- Episódio depressivo maior atual;
- Agorafobia;
- Fobia Social;
- Transtorno de pânico atual;
- Pânico vida inteira;
- Ataques pobres em sintomas na vida inteira;
- Transtorno obsessivo-compulsivo atual;
- Transtorno de ansiedade generalizada;
- Transtorno de estresse pós-traumático atual;
- Transtorno de personalidade antissocial;
- Dependência de substâncias;
- Abuso de substâncias;
- Dependência de álcool;
- Abuso de álcool;
- Risco de suicídio;
- Pensou ou desejou estar morto;

- Quis fazer mal a si mesmo;
- Ideação recente;
- Plano suicida recente;
- Tentativa suicida recente;
- Tentativa anterior.
- Risco de suicídio Sheehan: variável dicotômica: ausência/baixo risco e moderado/alto risco.

As demais variáveis relacionadas ao risco de suicídio, foram identificadas, mediante à aplicação da Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI):

- Risco de suicídio Beck: variável dicotômica: com risco ou sem risco;
- Risco de suicídio atual: variável ordinal: ausência de risco, baixo risco, risco moderado e alto risco;

As variáveis relacionadas à qualidade de vida, são do tipo quantitativas contínuas, identificadas mediante a aplicação do *WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)*:

- Domínio ambiental;
- Domínio físico;
- Domínio psicológico;
- Domínio social;
- Total.

3.6 Tratamento dos dados

Os dados deste estudo foram coletados por meio dos formulários eletrônicos Epitransmental e enviados automaticamente, após conexão com internet, ao banco de dados do Programa Excel® versão 2007 para Windows versão 3.5.3.

O banco de dados foi revisado e codificado, a fim de corrigir erros de digitação e possíveis inconsistências. As variáveis de estudo foram codificadas para o banco de dados do pacote estatístico IBM *Statistical Package for the Social Sciences (S.P.S.S.) for Windows* versão 20.0.

3.7 Análise dos dados

O tratamento estatístico foi realizado através de análise descritiva, testes de associações e medida de tendência central. Com intuito de verificar a existência de associação entre as variáveis categóricas, ou seja, verificar a relação entre as variáveis dependentes e independentes, foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson para mensurar o grau de discrepância entre o conjunto de frequências observadas (O) e o conjunto de frequências esperadas, e o Exato de Fisher, quando $n < 5$, tendo em vista que em amostras pequenas é alto o erro do valor de Qui-quadrado.

As variáveis dicotômicas foram organizadas e analisadas em uma tabela de contingência, tabela 2x2 (CALLEGARI-JACQUES, 2003). Exemplificada a seguir:

Tabela de contingência

	Doente	Não doente	
Exposto	A	b	a+b
Não exposto	C	d	c+d
	a+c	b+d	a+b+c+d

a = número de pessoas que tem a exposição e o desfecho.

b = número de pessoas que tem a exposição, mas não desenvolveram o desfecho.

c = número de pessoas que não foram expostas, mas desenvolveram o desfecho.

d = número de pessoas que não tem nem a exposição, nem o desfecho.

Por se tratar de um estudo transversal, o qual possui como limitação a dificuldade em determinar dentro da amostra os casos novos e os casos pré-existentes. A única medida de ocorrência analisada foi a prevalência, que é definida pela fração de um grupo de pessoas com uma determinada condição clínica em um dado período de tempo (ROCHA; CARVALHO; CORREIA, s/d).

A investigação da magnitude do transtorno bipolar, bipolar tipos I e II na amostra de 894 pessoas, no período da pesquisa, foi realizada a partir do cálculo da prevalência, descrito abaixo:

$$\text{Prevalência} = \frac{\text{Números de casos existentes de uma doença}}{\text{Total da população}} \times 100$$

Razão de prevalência (RP)

$$\text{RP} = \frac{P_E}{P_{\bar{E}}} = \frac{\frac{A}{a+b}}{\frac{C}{c+d}}$$

As medidas de associação utilizadas foram o Risco Relativo (RR), para avaliar a razão entre dois riscos e a Razão de Chances (OR) *odds ratio*, razão entre duas chances.

Fórmula Risco Relativo ou Razão de Risco (RR)

$$\text{RR} = \frac{IE}{I\bar{E}} = \frac{\frac{a}{a+b}}{\frac{c}{c+d}}$$

Fórmula Razão de Chances (OR)

$$\text{Razão de Chances} = \frac{a}{b} \div \frac{c}{d} = \frac{ad}{bc} \quad \text{OR} = \frac{a \times d}{b \times c}$$

Interpretação dos valores referentes ao risco relativo e/ou razão de chances:

- Se RR ou OR = 1, então não há diferença no risco e/ou razão de chances entre os dois grupos, ou seja, ausência de associação.
- Se RR ou OR < 1, então há risco e/ou razão de chances menor no grupo exposto relativo ao grupo não-exposto, ou seja, maior associação entre os não-expostos.

- Se RR ou OR > 1, então há um maior risco e/ou razão de chances do grupo exposto relativo ao grupo não exposto, ou seja, maior associação entre os expostos.

Frisa-se que devido ao corte transversal do estudo, a existência de associação entre as variáveis pode ser avaliada, contudo, não é possível assegurar qual a natureza da relação entre a exposição e o desfecho e, assim, determinar a relação de causalidade.

Para as variáveis contínuas aplicou-se o Teste T de *Student*, para o cálculo da média, tendo em mente que é a melhor e mais importante medida de tendência central, devido a sua maior estabilidade amostral e utilidade.

Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança, o que permite mostrar a variabilidade em torno da estimativa do risco relativo e/ou da razão de chances.

Para o nível de significância estatística (alfa) foi considerado o p valor < 0,05 = 5%, que representa a máxima probabilidade de erro que se tem ao rejeitar uma hipótese, ou seja, é o menor alpha que pode ser utilizado para que seja impossível o resultado ser obra do acaso (ROCHA; CARVALHO; CORREIA, s/d).

3.8 Análise dos resultados

Os resultados deste estudo foram apresentados em forma de tabelas. E sua análise perpassou a identificação de existência de significância estatística, de modo, a interpretar esses resultados com base em pesquisas científicas atualizadas, acerca do transtorno bipolar tipos I e II e da sua relação com outros fatores.

No que tange à apresentação dos resultados, as variáveis sociodemográficas investigadas foram reunidas em quatro grupos:

1. Variáveis pessoais: sexo, faixa etária, idade, raça/cor da pele;
2. Variáveis de escolaridade e atividade/renda: grau máximo de estudo, média de anos estudados, ativo/renda, renda e ativo/inativo;
3. Variáveis estrato social e convênio de saúde: estrato social e convênio de saúde; e
4. Variáveis de família: estado conjugal, tipo de família, responsável família, filhos, média de filhos, residentes em casa e dinâmica familiar.

Para apresentação da análise de associação entre transtorno bipolar e bipolar tipos I e II e comorbidades psiquiátricas. Os transtornos mentais foram agrupados segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 (APA, 2014).

1. Transtornos de Ansiedade: Transtorno de Ansiedade Generalizada, Fobia Social, Transtorno do Pânico, Ataques póbres e Agorafobia;
2. Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno Relacionados a Trauma e a Estressores: Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno do Estresse Pós-Traumático;
3. Transtorno de Personalidade Antissocial e Transtornos Relacionados a Substâncias: Transtorno Antissocial; Abuso de Álcool; Dependência de Álcool; Abuso de Substância e Dependência de Substância.

É imprescindível grifar que os transtornos depressivos: Transtorno Depressivo Maior Atual, Transtorno Depressivo Maior Recorrente, Transtorno Depressivo Maior Melancólico e Transtorno Distímico, não foram analisados e considerados comorbidades do transtorno bipolar tipos I e II, porque o transtorno depressivo faz parte do diagnóstico de TB.

A análise de associação entre transtorno bipolar, bipolar tipos I e II, e os transtornos alimentares na população do bairro do Benedito Bentes, não será apresentada, haja vista, que na ocasião deste estudo, foram identificadas duas pessoas com anorexia purgativa e três com bulimia nervosa atual, contudo, nenhuma destas apresentava transtorno bipolar.

Na análise de associação entre transtorno bipolar tipos I e II e qualidade vida, tratou-se a amostra de outra forma, com vista a mensurar o impacto do TB na QV em comparação as pessoas saudáveis (sem transtorno mental), constatou-se que da amostra geral (894 pessoas), apenas 488 não possuíam transtorno mental.

3.8 Aspectos éticos

O estudo atendeu aos aspectos éticos dispostos na Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde. A coleta de dados somente foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, com Parecer Consubstanciado de Autorização sob número 608.613 (Anexo E).

Por ser tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, o estudo atendeu às exigências éticas e científicas fundamentais, a citar: o respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade e assegurando a sua vontade de participar e continuar ou não participando da pesquisa (BRASIL, 2012).

Os entrevistados foram devidamente esclarecidos e somente incluídos quando atendiam aos critérios de inclusão e após assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as quais, uma via permaneceu com o entrevistado, a fim de informá-lo sobre o objetivo do estudo, método, procedimentos e as demais informações pertinentes, assegurando-o quanto ao seu direito de retirar seu consentimento a qualquer momento e, a outra via ficou em posse do pesquisador. Para aqueles menores de 18 anos, foi necessária a autorização pelos seus responsáveis legais, por meio da assinatura das 2 vias do TCLE.

Todas as informações obtidas com a devida autorização destes participantes foram tratadas de maneira sigilosa, preservando-se a identidade dos mesmos. Destaca-se, que o participante contribui com o estudo de forma voluntária, sem qualquer compensação financeira.

Em se tratando dos pesquisadores, os mesmos tiveram o compromisso de promover o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, sejam, individuais ou coletivos, garantindo que danos previsíveis fossem evitados e conferindo relevância social a pesquisa, visto, as vantagens significativas para os sujeitos do estudo, garantindo, assim, a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária, justiça e equidade (BRASIL, 2012).

Os riscos que esta pesquisa apresentou foram:

- Incômodo devido à ocupação do tempo para responder a entrevista;
- Possíveis constrangimentos ou manifestações emocionais ao responder alguma pergunta que conste nos instrumentos utilizados; e
- Possíveis conflitos intrafamiliar durante a entrevista, ao se responder determinadas perguntas que constem nos instrumentos.

A fim de, minimizar os riscos supracitados, foi informado aos sujeitos da pesquisa, seu direito a participar voluntariamente do estudo, diante de seu consentimento e que os mesmos, poderiam desistir a qualquer momento sem que lhes cause nenhum prejuízo.

Para que fossem evitadas grandes interferências na rotina normal das pessoas, os pesquisadores foram previamente treinados, com intuito de otimizar o tempo da entrevista

e melhor conduzi-la. As entrevistas foram realizadas no local de preferência dos entrevistados, para minimizar possíveis constrangimentos e conflitos durante a entrevista.

Destaca-se ainda, a conduta adotada no lidar com sujeito pesquisado, priorizando o respeito, a autonomia e a subjetividade do outro, por meio da escuta qualificada, do olhar compreensivo e da comunicação assertiva, vislumbrado a criação de um ambiente ameno, favorável à realização da entrevista, bem como a manifestação de sentimentos.

Os benefícios desta pesquisa foram:

- A contribuição com a literatura, acerca da identificação da prevalência e do perfil do transtorno bipolar tipo I e tipo II em um dos bairros mais populoso da capital de Maceió – AL;

- Oferecer por meio dos resultados, subsídios para a implantação de serviços de saúde mental de acordo com a demanda do bairro investigado; e

- Encaminhamento dos entrevistados que apresentaram comprometimento de sua saúde mental e/ou física, para serviços da comunidade e serviços especializados, de acordo, com suas necessidades.

Em suma, ratifica-se o compromisso com esta pesquisa e o respeito à confidencialidade dos sujeitos do estudo, garantindo que independentemente dos resultados esta pesquisa seria divulgada por meio de produções científicas e eventos afins, preservando a identidade dos participantes.

3.9 Financiamento e apoio

O presente estudo é um recorte da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas, 2016, financiada pelo PPSUS FAPEAL 02/2013 – MS /CNPq/ FAPEAL/ SESAU-AL: Programa Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em Saúde; e contou com o apoio de toda rede logística da Escola de Enfermagem e Farmácia (EENFAR) da Universidade Federal de Alagoas; com o setor de Saúde Mental do Curso de Enfermagem, Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas Austregésilo Carrano Bueno (GPESAM/CNPq/UFAL); Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Redes de Atenção à Saúde (PET-Saúde/Redes) do Ministério da Saúde período de 2013-2015.

Com apoio dos pesquisadores dos cursos da saúde, estudantes e tutores da UFAL, preceptores profissionais dos serviços de saúde que integraram o PET; Residência de Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental, da Universidade de Ciências da Saúde de

Alagoas (UNCISAL); Residência de Psiquiatria da Faculdade de Medicina (FAMED/UFAL); Gerência de Núcleo de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas; Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió; e a Faculdade Tiradentes de Maceió para elaboração do projeto.

Os pesquisadores tiveram apoio da comunidade do Benedito Bentes com acesso as Unidade de Saúde, ao Restaurante Popular, domicílios, igrejas evangélicas, associação de moradores, subprefeitura, feira central, supermercados e terminais de ônibus.

4 RESULTADOS

Os resultados estão dispostos em tabelas e agrupados em categorias, a princípio será apresentado o perfil sociodemográfico da amostra geral do bairro do Bendito Bentes, de modo a caracterizar a população investigada.

Por conseguinte, serão apresentadas: prevalência do transtorno bipolar na amostra geral do bairro do Bendito Bentes; análise sociodemográfica da população identificada com transtorno bipolar tipos I e II; análise de associação entre transtorno bipolar tipos I e II e outros transtornos mentais; análise de associação entre transtorno bipolar tipos I e II e risco de suicídio; análise de associação entre transtorno bipolar tipos I e II e qualidade de vida e a análise comparativa entre TB I e TB II em relação ao risco de suicídio, outros transtornos mentais e qualidade de vida.

4.1 Perfil sociodemográfico da amostra geral do bairro do Bendito Bentes

Observou-se na Tabela 1, que a amostra foi constituída em sua maioria por mulheres, representando (74,4%) desta população, com predominância de adultos jovens entre 22-29 anos (23,6%), com média de 40 anos de idade. Acerca da raça/cor da pele autorrelatada (59,4%) dos entrevistados declararam-se pardos, (17,4%) brancos e (16,8%) pretos. Ao dicotomizar esta variável, observou-se que (82,6%) declararam-se não brancos.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico, aspectos pessoais, da população do bairro do Bendito Bentes, Maceió – AL, 2016. n = 894.

Variável	Perfil Sociodemográfico	
	N	%
Sexo		
Feminino	665	74,4
Masculino	229	25,6
Faixa etária		
15 ≤ 19	95	10,6
20 - 29	211	23,6
30 - 39	171	19,1
40 – 49	145	16,2
50 – 59	133	14,9
60 – 69	90	10,1

Continuação

70 - 79	43	4,8
≥ 80	6	0,7
Idade		
Média	40,0	
DP±	16,80	
Raça/cor pele		
Parda	531	59,4
Branca	156	17,4
Preto	150	16,8
Amarela	35	3,9
Indígena	22	2,5
Raça/cor pele		
Não branco	738	82,6
Branco	156	17,4

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Na Tabela 2, identificou-se que a maior parte da amostra referiu o ensino fundamental como grau máximo de estudo cursado (42,6%), seguido pelo ensino médio (31,0%) e (21,1%) com nenhum grau de estudo, com média de 8,6 anos de estudo. No tocante à atividade e renda, (35,3%) dos entrevistados são inativos com renda, ao esmiuçar esta variável, observou-se que (63,4%) desta amostra são inativos, todavia, (64,2%) possui renda.

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico, escolaridade e atividade/renda, da população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2016. n = 894.

Variável	Perfil Sociodemográfico	
	N	%
Grau máximo de estudo		
Nenhum	189	21,1
Fundamental	381	42,6
Médio	277	31,0
Superior	40	4,5
Pós-Graduação	7	0,8
Anos de estudo		
Média	8,62	
DP±	31,10	
Ativo e Renda		
Ativo com renda	258	28,9
Ativo sem renda	69	7,7

Continuação

Variável	Perfil Sociodemográfico	
	N	%
Inativo com renda	316	35,3
Inativo sem renda	251	28,1
Renda		
Possui	574	64,2
Não possui	320	35,8
Ativo/Inativo		
Inativo	567	63,4
Ativo	327	36,6

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Para a variável estrato social, explanada na Tabela 3, a frequência de pessoas na classe E foi predominante (46,0%) correspondendo a classe pobre e extremamente pobre, seguida pela classe D (19,9%) definida como classe vulnerável. Preponderantemente o Sistema Único de Saúde foi referido por (76,5%) da amostra, como sendo o convênio de saúde utilizado.

Tabela 3 - Perfil sociodemográfico, estrato social e convênio de saúde, da população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2016. n = 894.

Variável	Perfil Sociodemográfico	
	N	%
Estrato social		
A – Alta classe alta	2	0,2
B1 – Baixa classe alta	3	0,3
B2 – Alta classe média	34	3,8
C1 – Média classe média	116	13,0
C2 – Baixa classe média	150	16,8
D - Vulnerável	178	19,9
E – Pobre e extremamente pobre	411	46,0
Estrato social*		
Não vulnerável	297	33,2
Vulnerável	597	66,8
Convênio de saúde		
SUS	684	76,5
Particular/suplementar	210	23,5

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: *Não vulnerável (A, B1, B2, C1 e C2); Vulnerável (D e E).

Segundo os dados da Tabela 4, (54,9%) dos entrevistados não possuíam companheiro, (62,5%) possuíam o tipo de família nuclear, com o pai e/ou a mãe como responsável pela família em (67,7%), (92,2%) referiram dinâmica familiar harmoniosa, com média aproximada de 4 pessoas residentes em casa. Em relação aos filhos, (80,2%) da amostra possuíam filhos, com a média de 3 filhos por pessoa.

Tabela 4 - Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, da população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2016. n = 894.

Variável	Perfil Sociodemográfico	
	N	%
Companheiro (a)		
Não possui	491	54,9
Possui	403	45,1
Tipo de família		
Nuclear	559	62,5
Não nuclear	335	37,5
Responsável família		
Pai/mãe	605	67,7
Tia/avó/outros	289	32,3
Filhos		
Com filho	717	80,2
Sem filho	177	19,8
Número de filhos		
Média	3,09	
DP±	2,22	
Residentes em casa		
Média	3,84	
DP±	1,70	
Dinâmica familiar		
Harmoniosa	824	92,2
Conflituosa/negligente	70	7,8

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

4.2 Prevalência do transtorno bipolar na amostra geral do bairro do Benedito Bentes

Dos 894 entrevistados que constituem a amostra geral estudada, (14,4%) foram identificados com transtorno bipolar, os quais experimentaram episódios de mania e/ou hipomania em algum momento da vida. Destes (51,2%) enquadravam-se no Transtorno

Bipolar I e (48,8%) no Transtorno Bipolar II, correspondendo a (7,4%) e (7,0%) da amostra geral, respectivamente. Identificou-se ainda, que (100%) dos entrevistados, com Transtorno Bipolar, experimentaram episódios de mania e/ou hipomania no passado e (34,1%) apresentaram episódio de mania e/ou hipomania atual, representando (4,9%) da amostra geral.

Tabela 5 – Prevalência do Transtorno bipolar na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2016. n = 894.

Variável	Transtorno Bipolar	
	Sim N (%)	Não N (%)
Transtorno Bipolar	129 (14,4)	765 (85,6)
Transtorno Bipolar I	66 (7,4)	828 (92,6)
Transtorno Bipolar II	63 (7,0)	831 (93,0)
Episódio Passado	129 (14,4)	765 (85,6)
Episódio Atual	44 (4,9)	850 (95,1)

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Dentre as 129 pessoas com transtorno bipolar 33,3% apresentaram depressão maior atual³, (40,9%) das pessoas com bipolar tipo I e (25,4%) com bipolar II, apresentaram depressão maior atual, respectivamente. Conforme revela a Tabela 6, quem tem transtorno bipolar tem aproximadamente 2 vezes mais chances para depressão maior atual (OR: 1,75; IC: 1,17-2,62), bem como, quem tem bipolar tipo I que possui 2 vezes mais chance para o supracitado transtorno depressivo (OR: 2,39; IC: 1,42-4,00). Não foi observada diferença estatística entre TB I e II para se ter transtorno depressivo maior.

Tabela 6 - Episódios de depressão maior atual nas pessoas com transtorno bipolar no bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2016. n = 894.

Variáveis	Depressão Maior Atual		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 213 = (%)	Sem 681 = (%)				
Transtorno bipolar						
Possui	43 (33,3)	86 (66,7)	7,51 ^a	0,01*	1,75	1,17-2,62
Não possui	170 (22,2)	595 (77,8)				
Transtorno bipolar I						
Possui	27 (40,9)	39 (59,1)	11,46 ^a	0,00*	2,39	1,42-4,00

³Período mínimo de duas semanas, durante as quais há um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades (DSM – 5, 2014).

Continuação

Variáveis	Depressão Maior Atual		χ^2	ρ valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 213 = (%)	Sem 681 = (%)				
Não possui	186 (22,5)	642 (77,5)				
Transtorno bipolar II						
Possui	16 (25,4)	47 (74,6)	0,09 ^a	0,76	1,09	0,60-1,97
Não possui	197 (23,7)	634 (76,3)				
Transtorno bipolar						
Bipolar I	27 (40,9)	39 (59,1)	3,49 ^a	0,06	2,03	0,96-4,30
Bipolar II	16 (25,4)	47 (74,6)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; * $\rho < 0,05$.

4.3 Análise sociodemográfica da população com transtorno bipolar

De acordo com a Tabela 7, (72,1%) das pessoas com transtorno bipolar são do sexo feminino, provavelmente em virtude da amostra ter sido composta por 74,4% de mulheres na amostra. Em relação a prevalência de TB por gênero verificou-se que no sexo masculino foi de 15,7% e no feminino de 14,0%.

Em sua maioria adulto na faixa etária 30-39 anos (24%), com média de aproximadamente 38 anos, (55,8%) dos entrevistados auto relataram ser pardos, seguido por (18,6%) que declaram ser pretos. Ao dicotomizar estas variáveis (82,9%) declaram-se não brancos.

Tabela 7 – Análise do transtorno bipolar em relação aos fatores sociodemográfico, aspectos pessoais, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar		χ^2	ρ valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 129 = (%)	Sem 765 = (%)				
Sexo						
Feminino	93 (72,1)	572 (74,8)	0,42 ^a	0,52	0,87	0,57-1,32
Masculino	36 (27,9)	193 (25,2)				
Faixa etária						
15 ≤ 19	16 (12,4)	79 (10,3)	9,36 ^a	0,23*	-	-
20 - 29	28 (21,7)	183 (23,9)				
30 - 39	31 (24,0)	140 (18,3)				

Continuação

Variáveis	Transtorno Bipolar		χ^2	ρ valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 129 = (%)	Sem 765 = (%)				
40 – 49	25 (19,4)	120 (15,7)				
50 – 59	18 (14,0)	115 (15,0)				
60 – 69	9 (7,0)	81 (10,6)				
70 – 79	2 (1,6)	41 (5,4)				
≥ 80	0 (0,0)	6 (5,1)				
Idade						
Média	37,64	40,41	-	0,08	-	-5,91-0,35
DP±	14,79	17,08				
Raça/cor pele						
Parda	72 (55,8)	459 (60,0)	1,77 ^a	0,78	-	-
Preto	24 (18,6)	126 (16,5)				
Branca	22 (17,1)	134 (17,5)				
Amarela	7 (5,4)	28 (3,7)				
Indígena	4 (3,1)	18 (2,4)				
Raça/cor pele						
Não branco	107 (82,9)	631 (82,5)	0,02 ^a	0,89	1,03	0,63-1,69
Branco	22 (17,1)	134 (17,5)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; * $\rho < 0,05$, Teste T de Student.

A Tabela 8, aponta que (48,1%) das pessoas com transtorno bipolar possuem o ensino fundamental como grau máximo cursado e (28,7%) o ensino médio como grau máximo de estudo, com a média 7,6 anos de estudo. (33,3%) são inativos com renda, especificamente (57,4%) possuem renda e (65,9%) são inativos.

Tabela 8 – Análise do transtorno bipolar em relação aos fatores sociodemográficos, escolaridade e atividade/renda, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar		χ^2	ρ valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 129 = (%)	Sem 765 = (%)				
Anos de estudo						
Média	7,57	8,79	-	0,68	-	-7,03-4,58
DP±	3,92	33,57				

Continuação

Variáveis	Transtorno Bipolar		χ^2	ρ valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 129 = (%)	Sem 765 = (%)				
Grau máximo de estudo						
Nenhum	25 (19,4)	164 (21,4)	2,16 ^a	0,70	-	-
Fundamental	62 (48,1)	319 (41,7)				
Médio	37 (28,7)	240 (31,4)				
Superior	4 (3,1)	36 (4,7)				
Pós-Graduação	1 (0,8)	6 (0,8)				
Ativo e Renda						
Ativo com renda	31 (24,0)	227 (29,7)	3,56 ^a	0,31	-	-
Ativo sem renda	13 (10,1)	56 (7,3)				
Inativo com renda	43 (33,3)	273 (35,7)				
Inativo sem renda	42 (32,6)	209 (27,3)				
Renda						
Possui	74 (57,4)	500 (65,4)	3,07 ^a	0,08	1,40	0,96-2,04
Não possui	55 (42,6)	265 (34,6)				
Ativo/Inativo						
Inativo	85 (65,9)	482 (63,0)	0,39 ^a	0,53	0,88	0,59-1,30
Ativo	44 (34,1)	283 (37,0)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; * $\rho < 0,05$, Teste T de Student.

Das pessoas com transtorno bipolar identificadas na amostra, (48,8%) são da classe E, pobre e extremamente pobre, seguida por (20,2%) da classe D vulnerável. (76,0%) referiram utilizar o Sistema Único de Saúde.

Tabela 9 - Análise do transtorno bipolar em relação aos fatores sociodemográficos, estrato social e convênio de saúde, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar		χ^2	ρ valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 129 = (%)	Sem 765 = (%)				
Estrato social						
A – Alta classe alta	0 (0,0)	2 (0,3)	4,87 ^a	0,56	-	-
B1 – Baixa classe alta	0 (0,0)	3 (0,4)				
B2 – Alta classe média	6 (4,7)	28 (3,7)				
C1 – Média classe média	10 (7,8)	106 (13,9)				

Continuação

Variáveis	Transtorno Bipolar		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 129 = (%)	Sem 765 = (%)				
C2 – Baixa classe média	24 (18,6)	126 (16,5)				
D - Vulnerável	26 (20,2)	152 (19,9)				
E – Pobre e extremamente pobre	63 (48,8)	348 (45,5)				
Estrato social**						
Não vulnerável	37 (28,7)	260 (34,0)	1,40 ^a	0,24	1,28	0,85-1,93
Vulnerável	92 (71,3)	505 (66,0)				
Convênio de saúde						
SUS	98 (76,0)	586 (76,6)	0,02 ^a	0,87	0,96	0,62-1,49
Particular/suplementar	31 (24,0)	179 (23,4)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p< 0,05, **Não vulnerável (A, B1, B2, C1 e C2); Vulnerável (D e E).

Como exposto na Tabela 10, (51,2%) das pessoas com transtorno bipolar não possuem companheiro (a), (62,0%) têm família nuclear, com pai e/ou mãe como responsável pela família em (72,9%) e (91,5%) mencionaram conviver em dinâmica familiar harmoniosa, com a média de quatro residentes em casa. Em se tratando de filhos, (80,6%) possuem filho, cerca de três filhos por pessoa.

Tabela 10 – Análise do transtorno bipolar em relação aos fatores sociodemográficos, aspectos familiares, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 129 = (%)	Sem 765 = (%)				
Companheiro (a)						
Não possui	66 (51,2)	425 (55,6)	0,86 ^a	0,35	0,83	0,57-1,22
Possui	63 (48,8)	340 (44,4)				
Tipo de família						
Nuclear	80 (62,0)	479 (62,6)	0,01 ^a	0,89	1,02	0,69-1,51
Não nuclear	49 (38,0)	286 (37,4)				
Responsável família						
Pai/mãe	94 (72,9)	254 (33,2)	1,86 ^a	0,17	0,75	0,49-1,14
Tia/avó/outros	35 (27,1)	511 (66,8)				

Continuação

Variáveis	Transtorno Bipolar		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 129 = (%)	Sem 765 = (%)				
Filhos						
Com filho	104 (80,6)	613 (80,1)	0,02 ^a	0,89	1,03	0,64-1,65
Sem filho	25 (19,4)	152 (19,9)				
Número de filhos						
Média	3,04	3,10	-	0,79	-	-0,53-0,40
DP±	1,90	2,27				
Residentes em casa						
Média	4,06	3,81	-	0,11	-	-0,06-0,57
DP±	1,79	1,68				
Dinâmica familiar						
Harmoniosa	118 (91,5)	706 (92,3)	0,10 ^a	0,75	1,11	0,56-2,18
Conflituosa/negligente	11 (8,5)	59 (7,7)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p < 0,05, Teste T de Student.

4.4 Análise sociodemográfica da população com transtorno bipolar tipo I

A Tabela 11 demonstra que o transtorno bipolar tipo I devido a composição da amostra do estudo, foi mais observado em mulheres, sem importante diferença entre os grupos, haja visto o equilíbrio das porcentagens entre mulheres e homens com TB I, em relação à amostra geral. No que concerne à faixa etária, (27,3%) são adultos na faixa etária de 30-39 anos, com média de 38 anos de idade. A cor da pele mais comumente relatado foi a parda, seguida pela branca. Desse modo, a população do estudo em sua maioria considerava-se não branca.

Ao analisar a prevalência por sexo, constatou-se a prevalência de 7,8% de mulheres com bipolar I e 6,1% homens com bipolar I. Ao avaliar a razão de prevalência, observou-se que as mulheres tiveram um risco 3,7 vezes maior de apresentarem transtorno bipolar I, quando comparados aos homens (RP: 3,72). Portanto, ser mulher revelou ser fator de risco para transtorno bipolar tipo I (RR: 1,3).

Tabela 11 – Análise do transtorno bipolar I em relação aos fatores sociodemográfico, aspectos pessoais, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno		χ^2	p valor	OR	IC
	Bipolar I					
	Com 66 = (%)	Sem 828 = (%)				
Sexo						
Feminino	52 (78,8)	613 (74,0)	0,73 ^a	0,39	1,30	0,71-2,39
Masculino	14 (21,2)	215 (26,0)				
Faixa etária						
15 ≤ 19	8 (12,1)	87 (10,5)	11,76 ^a	0,11	-	-
20 - 29	11 (16,7)	200 (24,2)				
30 - 39	18 (27,3)	153 (18,5)				
40 - 49	14 (21,2)	131 (15,8)				
50 - 59	12 (18,2)	121 (14,6)				
60 - 69	3 (4,5)	87 (20,5)				
70 - 79	0 (0,0)	43 (5,2)				
≥ 80	0 (0,0)	6 (0,7)				
Idade						
Média	38,18	40,16	-	0,36	-	-6,19-2,24
DP±	13,93	17,00				
Raça/cor pele						
Parda	38 (57,6)	493 (59,5)	1,47 ^a	0,83	-	-
Branca	13 (19,7)	143 (17,3)				
Preto	12 (18,2)	138 (16,7)				
Indígena	2 (3,0)	20 (20,4)				
Amarela	1 (1,5)	34 (4,1)				
Raça/cor pele						
Não branco	53 (80,3)	685 (82,7)	0,25 ^a	0,62	0,85	0,45-1,60
Branco	13 (19,7)	143 (17,3)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p < 0,05, Teste T de Student.

Em se tratando da escolaridade, a Tabela 12 revela que a média de anos de estudo entre as pessoas com TB I foi de 7 anos, com predomínio do ensino fundamental como grau máximo de estudo cursado. A maior parte da população declarou-se inativos, contudo, pouco mais da metade referiram possuir algum tipo de renda.

Tabela 12 – Análise do transtorno bipolar I em relação aos fatores sociodemográficos, escolaridade e atividade/renda, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar I		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 66 = (%)	Sem 828 = (%)				
Anos de estudo						
Média	7,33	8,72	-	0,73	-	-9,19-6,42
DP \pm	4,32	32,29				
Grau máximo de estudo						
Nenhum	13 (19,7)	176 (21,3)	4,27 ^a	0,37	-	-
Fundamental	35 (53,0)	346 (41,8)				
Médio	15 (22,7)	262 (31,6)				
Superior	2 (3,0)	38 (4,6)				
Pós-Graduação	1 (1,5)	6 (0,7)				
Ativo e Renda						
Ativo com renda	14 (21,2)	244 (29,5)	3,44 ^a	0,33	-	-
Ativo sem renda	6 (9,1)	63 (7,6)				
Inativo com renda	22 (33,3)	294 (35,5)				
Inativo sem renda	24 (36,4)	227 (27,4)				
Renda						
Possui	36 (54,5)	538 (65,0)	2,89 ^a	0,09	1,55	0,93-2,56
Não possui	30 (45,5)	290 (35,0)				
Ativo/Inativo						
Inativo	46 (69,7)	521 (62,9)	1,21 ^a	0,27	0,74	0,43-1,27
Ativo	20 (30,3)	307 (37,1)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p < 0,05, Teste T de Student.

A Tabela 13, apontou que a classe social prevalente entre as pessoas com transtorno bipolar tipo I, foi a classe E pobre e extremamente pobre, seguida pela classe D vulnerável. O Sistema Único de Saúde foi referido como o mais utilizado por esta população.

Tabela 13 – Análise do transtorno bipolar I em relação aos fatores sociodemográficos, estrato social e convênio de saúde, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar I		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 66 = (%)	Sem 828 = (%)				
Estrato social						
A – Alta classe alta	0 (0,0)	2 (0,2)	6,43 ^a	0,37	-	-
B1 – Baixa classe alta	0 (0,0)	3 (0,4)				
B2 – Alta classe média	4 (6,1)	30 (3,6)				
C1 – Média classe média	4 (6,1)	112 (13,5)				
C2 – Baixa classe média	14 (21,2)	136 (16,4)				
D - Vulnerável	17 (25,8)	161 (19,4)				
E – Pobre e extremamente pobre	27 (40,9)	384 (46,4)				
Estrato social**						
Não vulnerável	19 (28,8)	278 (33,6)	0,63 ^a	0,43	1,25	0,72-2,17
Vulnerável	47 (71,2)	550 (66,4)				
Convênio de saúde						
SUS	51 (77,3)	633 (76,4)	0,02 ^a	0,88	1,05	0,57-1,90
Particular/suplementar	15 (22,7)	195 (23,6)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p < 0,05, **Não vulnerável (A, B1, B2, C1 e C2); Vulnerável (D e E).

Observou-se na Tabela 14, que pouco mais da metade dos entrevistados com TB I possuíam companheiro (a), com tipo de família nuclear, sendo o pai e/ou mãe o responsável pela família. Possuem filhos, com a média de 3 filhos por pessoa, convivem em uma dinâmica familiar harmoniosa e residem com cerca de 4 pessoas em casa, com significância para esta variável (p valor 0,04).

Tabela 14 – Análise do transtorno bipolar I em relação aos fatores sociodemográficos, aspectos familiares, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar I		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 66 = (%)	Sem 828 = (%)				
Companheiro (a)						
Não possui	34 (51,5)	457 (55,2)	0,33 ^a	0,56	0,86	0,52-1,42
Possui	32 (48,5)	371 (44,8)				

Continuação

Variáveis	Transtorno Bipolar I		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 66 = (%)	Sem 828 = (%)				
Tipo de família						
Nuclear	41 (62,1)	518 (62,6)	0,00 ^a	0,94	1,02	0,61-1,71
Não nuclear	25 (37,9)	310 (37,4)				
Responsável família						
Pai/mãe	51 (77,3)	554 (66,9)	3,00 ^a	0,08	0,59	0,33-1,08
Tia/avó/outros	15 (22,7)	274 (33,1)				
Filhos						
Com filho	55 (83,3)	662 (80,0)	0,44 ^a	0,51	1,25	0,64-2,45
Sem filho	11 (16,7)	166 (20,0)				
Número de filhos						
Média	3,05	3,10	-	0,89	-	-0,65-0,57
DP±	1,81	2,25				
Residentes em casa						
Média	4,26	3,81	-	0,04*	-	0,02-0,87
DP±	1,77	1,69				
Dinâmica familiar						
Harmoniosa	60 (90,9)	764 (92,3)	0,157 ^a	0,69	1,194	0,49-2,87
Conflituosa/negligente	6 (9,1)	64 (7,7)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p < 0,05, Teste T de Student.

4.5 Análise sociodemográfica da população com transtorno bipolar tipo II

O transtorno bipolar II foi prevalente na faixa jovem adulto entre 20-29 anos, com média de 37 anos de idade. A cor da pele mais relatada foi a parda, seguida pela preta, como exposto a seguir.

Obteve-se a prevalência de 6,2% de mulheres com TB I e 9,6% de homens com TB II. Ao avaliar a razão de prevalência, observou-se que os homens tiveram um risco de 1,86 para apresentar transtorno bipolar tipo II (RP: 1,86). Ao analisar o risco relativo, constatou-se que o sexo masculino possui maior risco para transtorno bipolar II, comparado ao feminino (RR: 1,57).

Tabela 15 – Análise do transtorno bipolar II em relação aos fatores sociodemográfico, aspectos pessoais, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar II		χ^2	p valor	OR	IC
	Com 63 = (%)	Sem 831 = (%)				
Sexo						
Feminino	41 (65,1)	624 (75,1)	3,08 ^a	0,08	0,618	0,36-1,06
Masculino	22 (34,9)	207 (24,9)				
Faixa etária						
15 ≤ 19	8 (12,7)	87 (10,5)	2,90 ^a	0,89	-	-
20 - 29	17 (27,0)	194 (23,3)				
30 - 39	13 (20,6)	158 (19,0)				
40 – 49	11 (17,5)	134 (16,1)				
50 – 59	6 (9,5)	127 (15,3)				
60 – 69	6 (9,5)	84 (10,1)				
70 – 79	2 (3,2)	41 (4,9)				
≥ 80	0 (0,0)	6 (0,7)				
Idade						
Média	37,06	40,24	-	0,15	-	-7,48-1,13
DP±	15,74	16,86				
Raça/cor pele						
Parda	34 (54,0)	497 (59,8)	6,51 ^a	0,16	-	-
Preto	12 (19,0)	138 (16,6)				
Branca	9 (14,3)	147 (17,7)				
Amarela	6 (9,5)	29 (3,5)				
Indígena	2 (3,2)	20 (2,4)				
Raça/cor pele						
Não branco	54 (85,7)	684 (82,3)	0,47 ^a	0,49	1,29	0,62-2,67
Branco	9 (14,3)	147 (17,7)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p < 0,05, Teste T de Student.

De acordo com a Tabela 16, as pessoas da amostra com transtorno bipolar tipo II, têm aproximadamente 8 anos de estudo, com o ensino fundamental como grau máximo cursado, são inativos e em sua maioria possuem renda.

Tabela 16 - Análise do transtorno bipolar II em relação aos fatores sociodemográficos, escolaridade e atividade/renda, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar II		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 63 = (%)	Sem 831 = (%)				
Anos de estudo						
Média	7,81	8,68	-	0,83	-	-8,85-7,11
DP±	3,49	32,24				
Grau máximo de estudo						
Nenhum	12 (19,0)	177 (21,3)	1,28 ^a	0,87	-	-
Fundamental	27 (42,9)	354 (42,6)				
Médio	22 (34,9)	255 (30,7)				
Superior	2 (3,2)	38 (4,6)				
Pós-Graduação	0 (0,0)	7 (0,8)				
Ativo e Renda						
Ativo com renda	17 (27,0)	241 (29,0)	1,18 ^a	0,76	-	-
Ativo sem renda	7 (11,1)	62 (7,5)				
Inativo com renda	21 (33,3)	295 (35,5)				
Inativo sem renda	18 (28,6)	233 (28,0)				
Renda	38 (60,3)	536 (64,5)	0,45 ^a	0,50	1,19	0,71-2,02
Possui	25 (39,7)	295 (35,5)				
Não possui						
Ativo/Inativo						
Inativo	39 (61,9)	528 (63,5)	0,07 ^a	0,79	1,07	0,63-1,82
Ativo	24 (38,1)	303 (36,5)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p < 0,05, Teste T de Student.

Salienta-se que os estratos sociais predominantes no transtorno bipolar tipo II foram a classe E pobre e extremamente pobre, seguida pela classe C2 baixa classe média. Segundo a Tabela 17, as pessoas com TB II predominantemente utilizam o Sistema Único de Saúde.

Tabela 17 - Análise do transtorno bipolar II em relação aos fatores sociodemográficos, estrato social e convênio de saúde, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar II		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 63 = (%)	Sem 831 = (%)				
Estrato social						
A – Alta classe alta	0 (0,0)	2 (0,2)	4,02 ^a	0,67	-	-
B1 – Baixa classe alta	0 (0,0)	3 (0,4)				
B2 – Alta classe média	2 (3,2)	32 (3,9)				
C1 – Média classe média	6 (9,5)	110 (13,2)				
C2 – Baixa classe média	10 (15,9)	140 (16,8)				
D - Vulnerável	9 (14,3)	169 (20,3)				
E – Pobre e extremamente pobre	36 (57,1)	375 (45,1)				
Estrato social***						
Não vulnerável	18 (28,6)	279 (33,6)	0,66 ^a	0,41	1,26	0,72-2,22
Vulnerável	45 (71,4)	552 (66,4)				
Convênio de saúde						
SUS	47 (74,6)	637 (76,7)	0,14 ^a	0,71	0,89	0,49-1,61
Particular/suplementar	16 (25,4)	194 (23,3)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p < 0,05, **Não vulnerável (A, B1, B2, C1 e C2); Vulnerável (D e E).

A Tabela 18 revela que a maior parte das pessoas com TB II não possui companheiro (a), refere família nuclear, com o pai e/ou mãe como responsável pela família, possui filhos, cerca de 3 filhos por pessoa, reside, comumente, com aproximadamente 4 pessoas, em uma dinâmica familiar harmoniosa.

Tabela 18 – Análise do transtorno bipolar II em relação aos fatores sociodemográficos, aspectos familiares, na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar II		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 63 = (%)	Sem 831 = (%)				
Companheiro (a)						
Não possui	32 (50,8)	459 (55,2)	0,46 ^a	0,49	0,84	0,50-1,39
Possui	31 (49,2)	372 (44,8)				

Continuação

Variáveis	Transtorno Bipolar II		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 63 = (%)	Sem 831 = (%)				
Tipo de família						
Nuclear	39 (61,9)	520 (62,6)	0,01 ^a	0,92	1,03	0,61-1,74
Não nuclear	24 (38,1)	311 (37,4)				
Responsável família						
Pai/mãe	43 (68,3)	562 (67,6)	0,01 ^a	0,92	0,97	0,56-1,68
Tia/avó/outros	20 (31,7)	269 (32,4)				
Filhos						
Com filho	49 (77,8)	668 (80,4)	0,25 ^a	0,62	0,85	0,46-1,58
Sem filho	14 (22,2)	163 (19,6)				
Número de filhos						
Média	3,02	3,10	-	0,81	-	-0,72-0,57
DP±	2,01	2,24				
Residentes em casa						
Média	3,86	3,84	-	0,22	-	-0,42-0,45
DP±	1,79	1,69				
Dinâmica familiar						
Harmoniosa	58 (92,1)	766 (92,2)	0,00 ^a	0,97	1,02	0,39-2,62
Conflituosa/negligente	5 (7,9)	65 (7,8)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p < 0,05, Teste T de Student.

4.6 Análise de associação entre transtorno bipolar e comorbidades psiquiátricas

Nesta categoria analisou-se a presença e a média de comorbidades na população com transtorno bipolar e a associação entre o transtorno bipolar e os transtornos mentais identificados, a partir da aplicação do M.I.N.I. *International Neuropsychiatric Interview, Brazilian Version 5.0.0*, na amostra.

É imperioso sublinhar, que comorbidade é a presença de duas, ou mais psicopatologias. Ao analisar a presença de comorbidade nas pessoas com transtorno bipolar, foi possível identificar que todas as pessoas com TB possuíam comorbidades, com diferença estatística entre os grupos. Conforme explicado na Tabela 19, quem tem TB tem uma vez mais chance para comorbidades (OR: 1,41; IC: 1,33-1,49), comparado com quem não tem TB, com média de 2,78 comorbidades por pessoa com TB (DP± 1,55; IC: 1,92-2,32).

Tabela 19 - Associação entre transtorno bipolar e comorbidades na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 129 = (%)	Sem 765 = (%)				
Comorbidades						
Possui	129 (100,0)	317 (41,4)	151,43	0,00*	1,41	1,33-1,49
Não possui	0 (0,0)	448 (58,6)				
Nº de comorbidades						
Média	2,78	0,66	-	0,00*	-	1,92-2,32
DP±	1,55	0,95				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p < 0,05, Teste T de Student.

Conforme explicitado na Tabela 20, as pessoas que possuem transtorno bipolar têm cinco vezes mais chances para o transtorno de ansiedade generalizada e para fobia social (OR: 5,10; IC: 3,25-8,01) e (OR: 5,56; IC: 2,78-11,13), respectivamente. Possuem também aproximadamente dez vezes mais chances para transtorno do pânico (OR: 9,99; IC: 4,80-20,80) e duas vezes mais chances para agorafobia (OR: 2,49; IC: 1,68-3,69). Destaca-se que devido ao grande intervalo de confiança acerca do transtorno do pânico, o OR mostra-se inconclusivo.

Tabela 20 – Associação entre transtorno bipolar e transtornos de ansiedade na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 129 = (%)	Sem 765 = (%)				
Transtorno de Ansiedade						
Generalizada						
Sim	41 (31,8)	64 (8,4)	58,40 ^a	0,00*	5,10	3,25-8,01
Não	88 (68,2)	701 (91,5)				
Fobia Social						
Sim	16 (12,4)	19 (2,5)	28,87 ^a	0,00*	5,56	2,78-11,13
Não	113 (87,6)	746 (97,5)				
Transtorno do Pânico						
Atual						
Sim	19 (14,7)	13 (1,7)	54,30 ^a	0,00*	9,99	4,80-20,80

Continuação

Variáveis	Transtorno Bipolar		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 129 = (%)	Sem 765 = (%)				
Não	110 (85,3)	752 (98,3)				
Ataques pobres						
Sim	7 (5,4)	27 (3,5)	1,08 ^a	0,30	1,57	0,66-3,68
Não	122 (94,6)	738 (96,5)				
Agorafobia						
Sim	52 (40,3)	163 (21,3)	21,82 ^a	0,00*	2,49	1,68-3,69
Não	77 (59,7)	602 (78,7)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p < 0,05.

De acordo com a Tabela 21, quem tem transtorno bipolar tem sete vezes mais chances para transtorno obsessivo compulsivo (OR: 7,13; IC: 3,57-14,26) e duas chances a mais para transtorno do estresse pós-traumático (OR: 2,00; IC: 0,99-4,06).

Tabela 21 – Associação entre transtorno bipolar e transtorno obsessivo compulsivo e transtorno relacionados a trauma e a estressores na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 129 = (%)	Sem 765 = (%)				
Transtorno Obsessivo Compulsivo - TOC						
Sim	18 (14,0)	17 (2,2)	40,38 ^a	0,00*	7,13	3,57-14,26
Não	111 (86,0)	748 (97,8)				
Transtorno do Estresse Pós-Traumático - TEPT						
Sim	11 (8,5)	34 (4,4)	3,85 ^a	0,05*	2,00	0,99-4,06
Não	118 (91,5)	731 (95,6)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p < 0,05.

No que diz respeito aos transtornos relacionados a substâncias, as pessoas com transtorno bipolar, têm nove chances a mais para abuso de álcool, comparado a quem não têm (OR: 9,49; IC: 3,32-27,13), cinco vezes mais chances para dependência de álcool

(OR: 5,21; IC: 2,81-9,66) e aproximadamente quatro vezes mais chances para dependência de substância (OR: 3,68; IC: 1,31-10,31). Com ressalva para os grandes intervalos de confiança que correspondem a estimativas pouco precisas.

Tabela 22 – Associação entre transtorno bipolar e transtornos de personalidade antissocial e transtornos relacionados a substâncias na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 129 = (%)	Sem 765 = (%)				
Transtorno Antissocial						
Sim	0 (0,0)	15 (2,0)	2,57 ^a	0,11	1,17	1,14-1,20
Não	129 (100,0)	750 (98,0)				
Abuso de Álcool						
Sim	9 (7,0)	6 (0,8)	25,66 ^a	0,00*	9,49	3,32-27,13
Não	120 (93,0)	759 (99,2)				
Dependência de Álcool						
Sim	20 (15,5)	26 (3,4)	33,14 ^a	0,00*	5,21	2,81-9,66
Não	109 (84,5)	739 (96,6)				
Abuso de Substância						
Sim	1 (0,8)	3 (0,4)	0,36 ^a	0,55	1,98	0,20-19,22
Não	128 (99,2)	762 (99,6)				
Dependência de Substância						
Sim	6 (4,7)	10 (1,3)	7,02 ^a	0,01*	3,68	1,31-10,31
Não	123 (95,3)	755 (98,7)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p < 0,05.

4.7 Análise de associação entre transtorno bipolar e risco de suicídio

No tocante ao comportamento suicida, observou-se que (86,0%) das pessoas identificadas com transtorno bipolar referiu ter desejado a morte. Constatou-se que quem possui TB tem quatro vezes mais chances para risco de suicídio, comparado a quem não tem (OR: 4,15; IC: 2,80-6,16) e três vezes mais chances para tentativa de suicídio anterior e recente (OR: 3,52; IC: 2,18-5,69) e (OR: 3,60; IC: 1,82-7,13) respectivamente, e cerca

de quatro vezes mais chances para moderado a alto risco de suicídio (OR: 3,64; IC: 2,30-5,76). Com diferenças estatísticas para baixo risco, risco moderado e alto (p valor 0,00).

Tabela 23 – Associação entre transtorno bipolar e transtorno do comportamento suicida na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 129= (%)	Sem 765 = (%)				
Risco de suicídio MINI						
Com risco	59 (45,7)	129 (16,9)	55,41 ^a	0,00*	4,15	2,80-6,16
Sem risco	70 (54,3)	636 (83,1)				
Desejou a morte						
Sim	111 (86,0)	645 (84,3)	0,25 ^a	0,61	1,15	0,67-1,96
Não	18 (14,0)	120 (15,7)				
Desejou fazer mal						
Sim	15 (11,6)	70 (9,2)	0,78 ^a	0,37	1,30	0,72-2,36
Não	114 (88,4)	695 (90,8)				
Ideação suicida						
Sim	14 (10,9)	79 (10,3)	0,03 ^a	0,86	1,06	0,58-1,93
Não	115 (89,1)	686 (89,7)				
Plano suicida						
Sim	11 (8,5)	75 (9,8)	0,21 ^a	0,65	0,86	0,44-1,66
Não	118 (91,5)	690 (90,2)				
Tentativa recente						
Sim	14 (10,9)	25 (3,3)	15,22 ^a	0,00*	3,60	1,82-7,13
Não	115 (89,1)	740 (96,7)				
Tentativa anterior						
Sim	31 (24,0)	63 (8,2)	29,27 ^a	0,00*	3,52	2,18-5,69
Não	98 (76,0)	702 (91,8)				
Risco de suicídio Beck						
Com risco	17 (13,2)	68 (8,9)	2,36 ^a	0,12	1,56	0,88-2,74
Sem risco	112 (86,8)	697 (91,1)				
Risco de suicídio atual						
Ausência	70 (54,3)	636 (83,1)	56,65 ^a	0,00*	-	-
Baixo	24 (18,6)	58 (7,6)				
Moderado	3 (2,3)	9 (1,2)				
Alto	32 (24,8)	62 (8,1)				

Continuação

Variáveis	Transtorno Bipolar		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 129= (%)	Sem 765 = (%)				
Risco de suicídio						
Sheehan						
Ausência/Baixo risco	94 (72,9)	71 (9,3)	33,66 ^a	0,00*	3,64	2,30-5,76
Moderado/Alto risco	35 (27,1)	694 (90,7)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p < 0,05.

4.8 Análise de associação entre transtorno bipolar tipo I e comorbidade psiquiátricas

Ao analisar a presença de comorbidades nos indivíduos com transtorno bipolar I, constatou-se que todos com TBI apresentavam comorbidades. Sublinha-se que houve associação entre ter transtorno bipolar tipo I e apresentar comorbidades. Os que têm TB I possuem uma chance a mais para comorbidades, comparado aos que não têm (OR: 1,17; IC: 1,13-1,22), com média de 3,24 comorbidades por pessoa (DP± 1,67; IC: 2,17-2,74).

Tabela 24 – Associação entre transtorno bipolar I e comorbidades na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar I		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 66 = (%)	Sem 828 = (%)				
Comorbidades						
Possui	66 (100,0)	380 (45,9)	71,58 ^a	0,00*	1,17	1,13-1,22
Não possui	0 (0,0)	448 (54,1)				
Nº de comorbidades						
Média	3,24	0,79	-	0,00*	-	2,17-2,74
DP±	1,67	1,07				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p < 0,05, Teste T de Student.

Ao tratar dos transtornos de ansiedade, observou-se associação estatística entre bipolar I e transtorno de ansiedade generalizada, com cerca de dez vezes mais chances (OR: 9,73; IC: 5,68-16,69); dez vezes mais chances para fobia social (OR: 10,35; IC: 4,98-21,51); dezesseis vezes mais chances para transtorno do pânico atual (OR: 16,24;

IC: 7,67-34,36) e cerca de três vezes mais chances para ataques pobres e agorafobia (OR: 2,86; IC: 1,14-7,17) e (OR: 2,89; IC: 1,74-4,83), respectivamente.

Tabela 25 – Associação entre transtorno bipolar I e transtornos de ansiedade na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. N = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar I		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 66 = (%)	Sem 828 = (%)				
Transtorno de Ansiedade						
Generalizada						
Sim	32 (48,5)	73 (8,8)	92,79 ^a	0,00*	9,73	5,68-16,69
Não	34 (51,5)	755 (91,2)				
Fobia Social						
Sim	14 (21,2)	21 (2,5)	56,68 ^a	0,00*	10,35	4,98-21,51
Não	52 (78,8)	807 (97,5)				
Transtorno do Pânico						
Atual						
Sim	16 (24,2)	16 (1,9)	88,16 ^a	0,00*	16,24	7,67-34,36
Não	50 (75,8)	812 (98,1)				
Ataques pobres						
Sim	6 (9,1)	28 (3,4)	5,45 ^a	0,02*	2,86	1,14-7,17
Não	60 (90,9)	800 (96,6)				
Agorafobia						
Sim	30 (45,5)	185 (22,3)	17,88 ^a	0,00*	2,89	1,74-4,83
Não	36 (54,4)	643 (77,7)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

^aTeste de Pearson; *p < 0,05.

De acordo com os dados da Tabela 26, quem tem transtorno bipolar tipo I possui cerca de oito vezes mais chances para transtorno obsessivo compulsivo (OR: 7,78; IC: 3,68-16,47). Não foi evidenciada associação entre TB I e transtorno do estresse pós-traumático.

Tabela 26 – Associação entre transtorno bipolar I e transtorno obsessivo compulsivo e transtorno relacionados a trauma e a estressores na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar I		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 66 = (%)	Sem 828 = (%)				
Transtorno Obsessivo Compulsivo - TOC						
Sim	12 (18,2)	23 (2,8)	38,56 ^a	0,00*	7,78	3,68-16,47
Não	54 (81,8)	805 (97,2)				
Transtorno do Estresse Pós-Traumático - TEPT						
Sim	6 (9,1)	39 (4,7)	2,45 ^a	0,12	2,02	0,82-4,97
Não	60 (90,9)	789 (95,3)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p < 0,05.

A Tabela 27, revelou associação entre transtorno bipolar I, abuso e dependência de álcool e dependência de substância, com cerca de cinco vezes mais chances para abuso de álcool, cerca de quatro vezes para dependência de álcool e dependência de substância, para quem possui TB I, comparado a que não possui, com (OR: 4,79; IC: 1,48-15,48), (OR: 3,93; IC: 1,85-8,32) e (OR: 4,39; IC: 1,37-14,0) respectivamente.

Tabela 27 – Associação entre transtorno bipolar I e transtornos de personalidade antissocial e transtornos relacionados a substâncias na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar I		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 66 = (%)	Sem 828 = (%)				
Transtorno Antissocial						
Sim	0 (0,0)	15 (1,8)	1,22 ^a	0,27	1,08	1,06-1,10
Não	66 (100,0)	813 (98,2)				
Abuso de Álcool						
Sim	4 (6,1)	11 (1,3)	8,29 ^a	0,00*	4,79	1,48-15,48
Não	62 (92,9)	817 (98,7)				
Dependência de Álcool						
Sim	10 (15,2)	36 (4,3)	14,62 ^a	0,00*	3,93	1,85-8,32
Não	56 (84,8)	792 (95,7)				

Continuação

Variáveis	Transtorno Bipolar I		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 66 = (%)	Sem 828 = (%)				
Abuso de Substância						
Sim	0 (0,0)	4 (0,5)	0,32 ^a	0,57	1,08	1,06-1,10
Não	66 (100,0)	824 (99,5)				
Dependência de Substância						
Sim	4 (6,1)	12 (1,4)	7,39 ^a	0,01*	4,39	1,37-14,0
Não	62 (93,9)	816 (98,6)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p < 0,05.

4.9 Análise de associação entre transtorno bipolar tipo I e risco de suicídio

Conforme exposto na Tabela 28, houve associação estatística entre TB I e risco de suicídio. Constatou-se que quem tem transtorno bipolar tipo I possui sete vezes mais chances de risco de suicídio (OR: 7,07; IC: 4,18-11,95). Ao serem questionados sobre o comportamento suicida, (81,8%) com TB 1 revelou o desejo pela morte em algum momento da vida, com significância para tentativa anterior de suicídio (OR: 3,38; IC: 1,86-6,16) e tentativa recente de suicídio (OR: 5,71; IC: 2,70-12,09), o que aponta três vezes mais chances para tentativa anterior e aproximadamente seis vezes mais chances para tentativa de suicídio recente entre as pessoas com bipolar I.

Mediante a aplicação da Escala de Ideação Suicida de Beck, identificou-se que a população com transtorno bipolar I possui duas vezes mais chances para apresentar risco de suicídio (OR: 2,57; IC: 1,34-4,95). Desta, 36,4% apresentaram alto risco de suicídio, com seis vezes mais chances para risco moderado a alto entre as pessoas com TB I, comparado as que não têm (OR: 6,08; IC: 3,52-10,48).

Tabela 28 – Associação entre transtorno bipolar I e transtorno do comportamento suicida na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar I		χ^2	p valor	OR	IC
	Com 66 = (%)	Sem 828 = (%)				
Risco de suicídio MINI						
Com risco	40 (60,6)	148 (17,9)	67,21 ^a	0,00*	7,07	4,18-11,95
Sem risco	26 (39,4)	680 (82,1)				
Desejou a morte						
Sim	54 (81,8)	702 (84,8)	0,41 ^a	0,52	0,81	0,42-1,55
Não	12 (18,2)	126 (15,2)				
Desejou fazer mal						
Sim	10 (15,2)	75 (9,1)	2,64 ^a	0,10	1,79	0,88-3,66
Não	56 (84,8)	753 (90,9)				
Ideação suicida						
Sim	10 (15,2)	83 (10,0)	1,72 ^a	0,19	1,60	0,79-3,26
Não	56 (84,8)	745 (90,0)				
Plano suicida						
Sim	9 (13,6)	77 (9,3)	1,32 ^a	0,25	1,54	0,73-3,23
Não	57 (86,4)	751 (90,7)				
Tentativa recente						
Sim	11 (16,7)	28 (3,4)	25,86 ^a	0,00*	5,71	2,70-12,09
Não	55 (83,3)	800 (96,6)				
Tentativa anterior						
Sim	17 (25,8)	77 (9,3)	17,59 ^a	0,00*	3,38	1,86-6,16
Não	49 (74,2)	751 (90,7)				
Risco de suicídio Beck						
Com risco	13 (19,7)	72 (8,7)	8,59 ^a	0,00*	2,57	1,34-4,95
Sem risco	53 (80,3)	756 (91,3)				
Risco de suicídio atual						
Ausência	26 (39,4)	680 (82,1)	72,19 ^a	0,00*	-	-
Baixo	14 (21,2)	68 (8,2)				
Moderado	2 (3,0)	10 (1,2)				
Alto	24 (36,4)	70 (8,5)				
Risco de suicídio Sheehan						
Ausência/Baixo risco	40 (60,6)	748 (90,3)	51,70 ^a	0,00*	6,08	3,52-10,48
Moderado/Alto risco	26 (39,4)	80 (9,7)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p< 0,05.

4.10 Análise de associação entre transtorno bipolar tipo II e comorbidades psiquiátricas

A Tabela 29 revelou que todas as pessoas com TB II apresentavam comorbidades. Supracitado transtorno apresentou associação estatística significativa para comorbidades, com uma chance a mais para quem tem TB II, do que para quem não tem (OR: 1,16; IC: 1,12-1,21), com média de 2,30 comorbidades por pessoa (DP± 1,25; IC: 1,12-1,75).

Tabela 29 – Associação entre transtorno bipolar II e comorbidades na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar II		χ^2	ρ valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 63 = (%)	Sem 831 = (%)				
Comorbidades						
Possui	63 (100,0)	383 (46,1)	68,08 ^a	0,00*	1,16	1,12-1,21
Não possui	0 (0,0)	448 (53,9)				
Nº de comorbidades						
Média	2,30	0,87	-	0,00*	-	1,12-1,75
DP±	1,25	1,24				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; * $\rho < 0,05$, Teste T de Student.

Acerca dos transtornos de ansiedade, observou associação estatística significativa para agorafobia, com cerca de duas vezes mais chances para agorafobia, em quem tem TB II, do que para os que não tem (OR: 1,77; IC: 1,03-3,05).

Tabela 30 - Associação entre transtorno bipolar II e transtornos de ansiedade na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar II		χ^2	ρ valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 63 = (%)	Sem 831 = (%)				
Transtorno de Ansiedade						
Generalizada						
Sim	9 (14,3)	96 (11,6)	0,42 ^a	0,52	1,28	0,61-2,67
Não	54 (85,7)	735 (88,4)				

Continuação

Variáveis	Transtorno Bipolar II		χ^2	ρ valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 63 = (%)	Sem 831 = (%)				
Fobia Social						
Sim	2 (3,2)	33 (4,0)	0,10 ^a	0,75	0,79	0,19-3,38
Não	61 (96,8)	798 (96,0)				
Transtorno do Pânico						
Atual						
Sim	3 (4,8)	29 (3,5)	0,27 ^a	0,60	1,38	0,41-4,67
Não	60 (95,2)	802 (96,5)				
Ataques piores de Pânico						
Sim	1 (1,6)	33 (4,0)	0,91 ^a	0,34	0,39	0,05-2,90
Não	62 (98,4)	798 (96,0)				
Agorafobia						
Sim	22 (34,9)	193 (23,2)	4,38 ^a	0,04*	1,77	1,03-3,05
Não	41 (65,1)	628 (76,8)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; * $\rho < 0,05$.

Conforme demonstrado na Tabela 31, quem tem TB II possui cerca de três vezes mais chances para o transtorno obsessivo compulsivo (OR: 2,91; IC: 1,16-7,30).

Tabela 31 – Associação entre transtorno bipolar II e transtorno obsessivo compulsivo e transtorno relacionados a trauma e a estressores na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar II		χ^2	ρ valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 63 = (%)	Sem 831 = (%)				
Transtorno Obsessivo						
Compulsivo - TOC						
Sim	6 (9,5)	29 (3,5)	5,67 ^a	0,02*	2,91	1,16-7,30
Não	57 (90,5)	802 (96,5)				
Transtorno do Estresse						
Pós-Traumático - TEPT						
Sim	5 (7,9)	40 (4,8)	1,19 ^a	0,27	1,70	0,65-4,48
Não	58 (92,1)	791 (95,2)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; * $\rho < 0,05$.

Em se tratando dos transtornos relacionados a substâncias, observou-se associação estatística entre transtorno bipolar II e abuso e dependência de álcool. Neste sentido, quem tem TB II possui sete vezes mais chances para o abuso de álcool (OR: 7,08; IC: 2,34-21,39), e quatro vezes mais chances para dependência de álcool, comparado as pessoas que não possuem TB II (OR: 4,17; IC: 1,96-8,85).

Tabela 32 – Associação entre transtorno bipolar II e transtornos de personalidade antissocial e transtornos relacionados a substâncias na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar II		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 63 = (%)	Sem 831 = (%)				
Transtorno Antissocial						
Sim	0 (0,0)	15 (1,8)	1,16 ^a	0,28	1,08	1,06-1,10
Não	63 (100,0)	816 (98,2)				
Abuso de Álcool						
Sim	5 (7,9)	10 (1,2)	16,09 ^a	0,00*	7,08	2,34-21,39
Não	58 (92,1)	821 (98,8)				
Dependência de Álcool						
Sim	10 (15,9)	36 (4,3)	15,99 ^a	0,00*	4,17	1,96-8,85
Não	53 (84,1)	795 (95,7)				
Abuso de Substância						
Sim	1 (1,6)	3 (0,4)	1,977 ^a	0,16	4,45	0,46-43,42
Não	62 (98,4)	828 (99,6)				
Dependência de Substância						
Sim	2 (3,2)	14 (1,7)	0,74 ^a	0,39	1,91	0,42-8,61
Não	61 (96,8)	817 (98,3)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p < 0,05.

4.11 Análise de associação entre transtorno bipolar tipo II e risco de suicídio

Conforme apresentado na Tabela 33, (90,5%) das pessoas com TB II desejaram a morte em algum momento da vida. Todavia, não foi observada associação estatística entre transtorno bipolar tipo II e risco de suicídio. Em contrapartida, houve associação entre

TB II e tentativa anterior de suicídio, com aproximadamente três vezes mais chances para quem tem o transtorno, em relação a quem não tem (OR: 2,68; IC: 1,42-5,07).

Tabela 33 – Associação entre transtorno bipolar II e transtorno do comportamento suicida na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 894.

Variáveis	Transtorno Bipolar II		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 63 = (%)	Sem 831 = (%)				
Risco de suicídio MINI						
Com risco	19 (30,2)	169 (20,3)	3,40 ^a	0,06	1,69	0,96-2,97
Sem risco	44 (69,8)	662 (79,7)				
Desejou a morte						
Sim	57 (90,5)	699 (84,1)	1,81 ^a	0,18	1,79	0,76-4,25
Não	6 (9,5)	132 (15,9)				
Desejou fazer mal						
Sim	5 (7,9)	80 (9,6)	0,19 ^a	0,66	0,81	0,31-2,08
Não	58 (92,1)	751 (90,4)				
Ideação suicida						
Sim	4 (6,3)	89 (10,7)	1,19 ^a	0,27	0,56	0,20-1,59
Não	59 (93,7)	742 (89,3)				
Plano suicida						
Sim	2 (3,2)	84 (10,1)	3,24 ^a	0,07	0,29	0,07-1,21
Não	61 (96,8)	747 (89,9)				
Tentativa recente						
Sim	3 (4,8)	36 (4,3)	0,03 ^a	0,87	1,10	0,33-3,69
Não	60 (95,2)	795 (95,7)				
Tentativa anterior						
Sim	14 (22,2)	80 (9,6)	9,87 ^a	0,00*	2,68	1,42-5,07
Não	49 (77,8)	751 (90,4)				
Risco de suicídio Beck						
Com risco	4 (6,3)	81 (9,7)	0,79 ^a	0,37	0,63	0,22-1,77
Sem risco	59 (93,7)	750 (90,3)				
Risco de suicídio atual						
Ausência	44 (69,8)	662 (79,7)	4,37 ^a	0,22	-	-
Baixo	10 (15,9)	72 (8,7)				
Moderado	1 (1,6)	11 (1,3)				
Alto	8 (12,7)	86 (10,3)				

Continuação

Variáveis	Transtorno Bipolar II		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	Com 63 = (%)	Sem 831 = (%)				
Risco de suicídio						
Sheehan	54 (85,7)	734 (88,3)	0,38 ^a	0,54	1,26	0,60-2,63
Ausência/Baixo risco	9 (14,3)	97 (11,7)				
Moderado/Alto risco						

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p < 0,05.

4.12 Análise de associação comparativa entre transtorno bipolar tipos I e II e comorbidades psiquiátricas

A Tabela 34 demonstrou haver diferença estatística entre TB I e II e alguns transtornos de ansiedade. Constatou-se que quem tem TB I possui cerca de seis vezes mais chances para transtorno de ansiedade generalizada (OR: 5,65; IC: 2,40-13,28), oito vezes mais chances para fobia social (OR: 8,21; IC: 1,78-37,81) e seis vezes mais chances para transtorno do pânico (OR: 6,40; IC: 1,76-23,23) comparado a quem tem TB II.

Tabela 34 - Associação entre transtorno bipolar tipos I e II e transtornos de ansiedade na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 129.

Variáveis	Transtorno Bipolar		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	TB I 66 = (%)	TB II 63 = (%)				
Transtorno de Ansiedade						
Generalizada						
Sim	32 (48,5)	9 (14,3)	17,39 ^a	0,00*	5,65	2,40-13,28
Não	34 (51,5)	54 (85,7)				
Fobia Social						
Sim	14 (21,2)	2 (3,2)	9,65 ^a	0,00*	8,21	1,78-37,81
Não	52 (78,8)	61 (96,8)				
Transtorno do Pânico						
Atual						
Sim	16 (24,2)	3 (4,8)	9,74 ^a	0,00*	6,40	1,76-23,23
Não	50 (75,8)	60 (95,2)				

Continuação

Variáveis	Transtorno Bipolar		χ^2	ρ valor	OR	IC
	N (%)					
	TB I 66 = (%)	TB II 63 = (%)				
Ataques pobres de pânico						
Sim	6 (9,1)	1 (1,6)	3,54 ^a	0,06	6,20	0,72-53,04
Não	60 (90,9)	62 (98,4)				
Agorafobia						
Sim	30 (45,5)	22 (34,9)	1,49 ^a	0,22	1,55	0,76-3,15
Não	36 (54,5)	41 (65,1)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; * $\rho < 0,05$.

Nota-se que não foi evidenciada diferença estatística entre TB I e II em relação ao transtorno obsessivo compulsivo e transtorno do estresse pós-traumático.

Tabela 35 – Associação entre transtorno bipolar tipos I e II e transtorno obsessivo compulsivo e transtorno relacionados a trauma e a estressores na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 129.

Variáveis	Transtorno Bipolar		χ^2	ρ valor	OR	IC
	N (%)					
	TB I 66 = (%)	TB II 63 = (%)				
Transtorno Obsessivo Compulsivo - TOC						
Sim	12 (18,2)	6 (9,5)	2,01 ^a	0,16	2,11	0,74-6,02
Não	54 (81,8)	57 (90,5)				
Transtorno do Estresse Pós-Traumático - TEPT						
Sim	6 (9,1)	5 (7,9)	0,05 ^a	0,81	1,16	0,33-4,01
Não	60 (90,9)	58 (92,1)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; * $\rho < 0,05$.

Não foi observada diferença estatística entre TB I e II e as comorbidades transtorno de personalidade antissocial e transtornos relacionados a substâncias.

Tabela 36 – Associação entre transtorno bipolar tipos I e II e transtornos de personalidade antissocial e transtornos relacionados a substâncias na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 129.

Variáveis	Transtorno Bipolar		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	TB I 66 = (%)	TB II 63 = (%)				
Transtorno Antissocial						
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-	-	-
Não	66 (0,0)	63 (100,0)				
Abuso de Álcool						
Sim	4 (6,1)	5 (7,9)	0,17 ^a	0,68	0,75	0,19-2,92
Não	62 (93,9)	58 (92,1)				
Dependência de Álcool						
Sim	10 (15,2)	10 (15,9)	0,01 ^a	0,91	0,95	0,36-2,46
Não	56 (84,8)	53 (84,1)				
Abuso de Substância						
Sim	0 (0,0)	1 (1,6)	1,06 ^a	0,30	2,06	1,73-2,47
Não	66 (100,0)	62 (98,4)				
Dependência de Substância						
Sim	4 (6,1)	2 (3,2)	0,60 ^a	0,44	1,97	0,35-11,14
Não	62 (93,9)	61 (96,8)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: ^aTeste de Pearson; *p < 0,05.

4.13 Análise de associação comparativa entre transtorno bipolar tipos I e II e risco de suicídio

Conforme aponta a Tabela 37 que quem tem TB I possui três vezes mais chances para risco de suicídio, segundo o M.I.N.I (OR: 3,56; IC: 1,71-7,39), cerca de quatro mais chances, de acordo com o Inventário de Beck (OR: 3,62; IC: 1,11-11,78), cinco vezes mais chances para plano suicida (OR: 4,82; IC: 0,99-23,24), quatro vezes mais para tentativa recente (OR: 4,00; IC: 1,06-15,09) e três vezes mais chances para risco de suicídio moderado e alto, do que quem tem TB II (OR: 3,40; IC: 1,65-9,23).

Tabela 37 – Associação entre transtorno bipolar tipos I e II e risco de suicídio no bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2016. n = 129.

Variáveis	Transtorno Bipolar		χ^2	p valor	OR	IC
	N (%)					
	TB I 66 = (%)	TB II 63 = (%)				
Risco de suicídio MINI						
Com risco	40 (60,6)	19 (30,2)	12,04 ^a	0,00*	3,56	1,71-7,39
Sem risco	26 (39,4)	44 (69,8)				
Desejou a morte						
Sim	54 (81,8)	57 (90,5)	2,01 ^a	0,16	0,47	0,16-1,35
Não	12 (18,2)	6 (9,5)				
Desejou fazer mal						
Sim	10 (15,2)	5 (7,9)	1,63 ^a	0,20	2,07	0,66-6,44
Não	56 (84,8)	58 (92,1)				
Ideação suicida						
Sim	10 (15,2)	4 (6,3)	2,58 ^a	0,11	2,63	0,78-8,88
Não	56 (84,8)	59 (93,7)				
Plano suicida						
Sim	9 (13,6)	2 (3,2)	4,52 ^a	0,03*	4,82	0,99-23,24
Não	57 (86,4)	61 (96,8)				
Tentativa recente						
Sim	11 (16,7)	3 (4,8)	4,72 ^a	0,03*	4,00	1,06-15,09
Não	55 (83,3)	60 (95,2)				
Tentativa anterior						
Sim	17 (25,8)	14 (22,2)	0,22 ^a	0,64	1,21	0,54-2,73
Não	49 (74,2)	49 (77,8)				
Risco de suicídio Beck						
Com risco	13 (19,7)	4 (6,3)	5,02 ^a	0,02*	3,62	1,11-11,78
Sem risco	53 (80,3)	59 (93,7)				
Risco de suicídio atual						
Ausência	26 (39,4)	44 (69,8)	13,57 ^a	0,00*	-	-
Baixo	14 (21,2)	10 (15,9)				
Moderado	2 (3,0)	1 (1,6)				
Alto	24 (36,4)	8 (12,7)				
Risco de suicídio Sheehan						
Ausência/Baixo risco	40 (60,6)	54 (85,7)	10,27 ^a	0,00*	3,90	1,65-9,23
Moderado/Alto risco	26 (39,4)	9 (14,3)				

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas. Nota: ^aTeste de Pearson; *p < 0,05.

4.14 Análise de associação entre transtorno bipolar e qualidade de vida

A Tabela 38 revelou uma menor qualidade de vida em todos os domínios: físico, psicológico, social e ambiental entre as pessoas com transtorno bipolar, comparadas as demais sem transtorno mental. Com significância para o domínio físico (DP± 18,90; p valor 0,04).

Tabela 38 - Associação entre transtorno bipolar e qualidade de vida na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 617.

Variáveis	Transtorno Bipolar		DP ±	p valor	Min.	Max.
	Média					
	Com n = 129	Sem n = 488 ⁴				
Domínio físico	62,88	66,45	18,90	0,04*	-7,06	-0,08
Domínio psicológico	65,50	67,52	16,01	0,18	-4,97	0,92
Domínio social	68,04	68,87	17,08	0,62	-4,12	2,47
Domínio ambiental	41,83	43,92	12,73	0,09	-4,56	037
Domínio total	59,57	61,66	11,85	0,07	-4,34	0,17

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: *p < 0,05, Teste T de Student.

4.15 Análise de associação entre transtorno bipolar I e qualidade de vida

A Tabela 39 expõe que as pessoas com TB I possuem escores significativamente mais baixos de qualidade de vida, nos domínios físico (DP± 19,91; p valor 0,03), psicológico (DP± 17,09; p valor 0,01), ambiental (DP± 13,28; p valor 0,05) e na qualidade de vida global, expressa pelo domínio total (DP± 12,46; p valor 0,01), comparadas as pessoas sem qualquer transtorno mental.

⁴ Pessoas identificadas sem nenhum transtorno mental na amostra.

Tabela 39 - Associação entre transtorno bipolar I e qualidade de vida na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 554.

Variáveis	Transtorno Bipolar I		DP ±	ρ valor	Min.	Max.
	Média					
	Com n = 66	Sem n = 488				
Domínio físico	61,24	66,45	19,91	0,03*	-9,82	-0,60
Domínio psicológico	62,44	67,52	17,09	0,01*	-8,98	-1,19
Domínio social	67,05	68,87	18,40	0,41	-6,20	2,56
Domínio ambiental	40,65	43,92	13,28	0,05*	-6,54	-0,00
Domínio total	57,85	61,66	12,46	0,01*	-6,78	0,08

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: * $p < 0,05$, Teste T de Student.

4.16 Análise de associação entre transtorno bipolar II e qualidade de vida

Conforme observado na Tabela 40, as pessoas com TB II apresentaram menor qualidade de vida nos domínios físico, ambiental e total, contudo, revelou maiores escores de qualidade de vida nos domínios social e psicológico, sem diferença estatística significativa para supratranscritas variáveis, quando comparadas às pessoas sem nenhum transtorno mental.

Tabela 40 - Associação entre transtorno bipolar II e qualidade de vida na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 551.

Variáveis	Transtorno Bipolar II		DP ±	ρ valor	Min.	Max.
	Média					
	Com n = 63	Sem n = 488				
Domínio físico	64,60	66,45	17,77	0,43	-6,47	2,77
Domínio psicológico	68,71	67,52	14,23	0,55	-2,68	-5,06
Domínio social	69,08	68,87	15,66	0,92	-4,17	4,60
Domínio ambiental	43,06	43,92	12,12	0,61	-4,16	2,44
Domínio total	61,38	61,66	10,97	0,85	-3,27	2,72

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: * $p < 0,05$, Teste T de Student.

4.17 Análise de associação comparativa entre transtorno bipolar tipos I e II e qualidade de vida

Ao analisar a qualidade de vida em comparação as pessoas com TB I e TB II, notou-se que as pessoas com TB I possuem qualidade de vida inferior as pessoas com TB II, em todos os domínios do WHOQOL, com significância para o domínio psicológico (DP± 17,09; p valor 0,03).

Tabela 41 - Associação comparativa entre transtorno bipolar tipos I e II e qualidade de vida na população do bairro do Benedito Bentes, Maceió – AL, 2015. n = 129.

Variáveis	Transtorno Bipolar		DP ±	ρ valor	Min.	Max.
	Média					
	TB I n = 66	TB II n = 63				
Domínio físico	61,24	64,60	19,91	0,31	-9,95	3,23
Domínio psicológico	66,44	68,71	17,09	0,03*	-11,77	-0,78
Domínio social	67,05	69,08	18,40	0,50	-7,99	3,93
Domínio ambiental	40,65	43,06	13,28	0,28	-6,85	2,02
Domínio total	57,85	61,38	12,46	0,09	-7,63	0,57

Fonte: banco de dados da pesquisa: A epidemiologia dos transtornos mentais e do uso de álcool e outras drogas em Maceió/Alagoas.

Nota: * $p < 0,05$, Teste T de Student.

5 DISCUSSÃO

Os resultados revelaram alta prevalência de transtorno bipolar tipos I e II na população investigada, bem como corroboraram a forte associação entre transtorno bipolar, risco de suicídio, outras comorbidades psiquiátricas e menor qualidade de vida.

No presente estudo, identificou-se uma prevalência de 14,4% de transtorno bipolar (7,4% de transtorno bipolar I e 7,0% de bipolar II), o que supera as taxas apresentadas na literatura, que ao tratar do espectro bipolar, gira em torno de 5% a 8,3% (MORENO; ANDRADE, 2005; LIMA et al., 2005; SOUZA, 2005; HIRSCHFELD; VORNIK, 2005; KESSLER et al., 2006; LOPES, 2012).

Contudo, foi observado em um único estudo, uma prevalência superior a encontrada na pesquisa ora apresentada, com uma taxa de 15,1% de espectro bipolar, todavia, é pertinente sublinhar que o supracitado estudo abarcou o diagnóstico de episódio maníaco 2,2%, episódio de hipomania 2,2% e episódio hipomaníaco leve 10,7%, no qual o último foi diagnosticado por meio da redução do critério temporal para 2-3 dias, diferente dos 4 dias necessários de acordo com os critérios DSM IV (LEE; NG; TSANG, 2009 apud DELL'AGLIO JR et al, 2013, p. 05).

Segundo Kawakami et al. (2004) e Dell'aglio Jr et al. (2013) a prevalência do transtorno bipolar varia de 0,1 a 7,5%. A taxa mais baixa foi identificada em um estudo no Japão, podendo este resultado ser proveniente de uma baixa taxa de resposta, bem como, do uso de um instrumento não validado para a língua japonesa. Em contrapartida, a maior taxa foi observada em um estudo transversal de base populacional, com aplicação do *Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0*, em indivíduos de 18 a 24 anos, na área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, com a prevalência de 7,5% de episódio maníaco e 5,3% de episódio hipomaníaco (JANSEN et al., 2011).

Percebe-se com base em uma revisão sistemática com meta-análise, que não existem critérios de consenso para espectro bipolar, tendo em vista, os diversos instrumentos de detecção e classificação do transtorno e a evolução das categorias diagnósticas. Corroborando que as estimativas de estudos de base populacional são altamente variáveis, o que torna difícil comparar os resultados de diferentes estudos (CLEMENTE et al., 2015).

As taxas de 7,5% de transtorno bipolar I e de 5,3% de bipolar II encontradas por Jansen et al. (2011) em Pelotas, aproximam-se das encontradas no atual estudo, de 7,4% de TB I e 7,0% de TB II. Identificou-se ainda, que todas as pessoas com transtorno bipolar

tipos I e II referiram episódios de mania e/ou hipomania no passado e 34,1% mencionaram episódios atuais.

Ciente de que o episódio depressivo faz parte do diagnóstico de transtorno bipolar, tornou-se imperioso investigá-lo na amostra. Isto posto, 40,9% dos entrevistados com TB I e 25,4% com TB II apresentaram depressão maior atual, expressando que quem tem transtorno bipolar I possui duas vezes mais chances para depressão maior atual, do que quem não tem o transtorno (OR: 2,39; IC: 1,42-4,00).

Mesmo sendo comum a ocorrência de episódios depressivos em ambos os transtornos bipolares, percebe-se que indivíduos com transtorno bipolar tipo II passam cerca de 40% mais tempo em episódios depressivos, do que com elevações bipolares de humor, haja vista, que a frequência dos episódios depressivos é maior em quem tem TB II, comparado a quem tem TB I que tem menos episódios depressivos, contudo mais intensos (MANTERE et al., 2008; BERK, 2011; APA, 2014).

Ao analisar as características sociodemográficas, constatou-se que a amostra geral foi constituída por quase três vezes mais mulheres do que homens, cerca de 74,4% de mulheres, o que influenciou na distribuição dos gêneros masculino e feminino observada na população com transtorno bipolar, haja vista que 72,1% das pessoas com TB foram mulheres.

Diante disso, é imprescindível acentuar que a amostragem foi aleatória e não do estratificada por sexo, o que pode ter financiado a maior observação de TB entre o gênero feminino.

Na presente pesquisa, identificou-se uma prevalência de 7,8% de mulheres e de 6,1% de homens com TB I, com maior risco para o sexo feminino (RR = 1,3). Em se tratando do transtorno bipolar II, identificou-se uma prevalência de 6,2% de mulheres e 9,6% de homens, com maior risco para o sexo masculino (RR = 1,57), sem diferença estatística entre os gêneros, para ambos os transtornos.

Os resultados acima descritos divergem dos encontrados por Merikangas et al. (2011) que identificaram maiores taxas de TB I nos homens, enquanto que as mulheres tiveram maiores taxas de TB II.

Sob este enfoque, Dell'aglio Jr et al. (2013) ratificam que não há diferença significativa entre os gêneros masculino e feminino para se ter transtorno bipolar, todavia, alguns estudos apontam para uma maior prevalência e/ou tendência em mulheres.

Ao refletir sobre as altas taxas de episódio maníaco, alguns pesquisadores apregoam que taxas elevadas de TB podem ser encontradas em populações mais jovens,

e com alta prevalência de outros transtornos mentais, em especial, dos transtornos de ansiedade e abuso de substâncias (JANSEN et al., 2011; DELL'AGLIO JR et al., 2013).

A despeito disso, Subramaniam, Abdin e Vaingankar (2012) alegam que a probabilidade de se ter transtorno bipolar é significativamente menor entre as pessoas com idade entre 50-64 anos, do que entre aquelas com idade entre 18-34 anos.

Ao fazer um paralelo com o atual estudo, observou-se a similaridade com a faixa etária supracitada, visto a predominância de TB I e TB II nos adultos entre 30-39 anos e 20-29 anos, respectivamente. Obteve-se a média de idade de 38 anos para bipolar I (DP± 13,93) e 37 anos para bipolar II (DP± 15,74).

Dentre as faixas etárias analisadas, as pessoas com idade ≥ 60 anos representaram 4,5% dos entrevistados com TB I e 12,7% com TB II. O que levanta questionamentos acerca do baixo percentual de idosos com TB na amostra, será esse panorama reflexo da população do bairro e da não estratificação da amostra por faixa etária, ou será fruto da menor expectativa de vida das pessoas com transtorno bipolar, em relação a população em geral?

De acordo com Costa (2008) as pessoas com TB apresentam mais fatores de risco cardiovasculares e de morte por evento cardíaco, bem como alta prevalência de comorbidades clínicas, a citar: risco aumentado para infecções virais crônicas, síndrome metabólica, hipertrigliceridemia, hipertensão, diabetes, obesidade e sobrepeso, à medida que o apetite e a atividade física são afetados pelas oscilações de humor.

Para além das comorbidades clínicas, é preciso enfatizar a expressividade das comorbidades psiquiátricas na vida das pessoas com transtorno bipolar, a exemplo o risco de suicídio que tem sido fortemente associado ao transtorno de humor. Portanto, possuir transtorno de humor, significa risco de morte por suicídio (POMPILI et al., 2013; ISOMETSÄ, 2014).

A expectativa de vida para homens e mulheres com transtorno bipolar com idades entre 25-45 anos, diminuiu substancialmente em 12,7 e 8,9 anos de vida, respectivamente. Concluindo-se que a expectativa de vida em pessoas com transtorno bipolar em relação a população em geral diminui com a idade, indicando que os indivíduos com TB começam a perder anos de vida durante o início e meados da vida adulta (KESSING; VRADI; ANDERSEN, 2015).

A porcentagem de anos de vida perdidos por causas naturais aumentou com a idade e, inversamente, a porcentagem de anos de vida perdidos devido ao suicídio e acidentes foi mais prevalente nas faixas etárias mais precoces. Para ambos os sexos, as

causas naturais foram a razão mais prevalente para os anos de vida perdidos desde a adolescência e meados da idade adulta, apoiando assim a hipótese de envelhecimento acelerado. Em resumo, os homens perderam mais anos devido ao suicídio e acidentes e as mulheres perderam mais anos por causas naturais durante todas as categorias de idade (KESSING et al., 2015).

Conforme sugere Mathias (2010) não há diferença na prevalência de transtorno bipolar entre as raças/etnias, o que corrobora o evidenciado nesta pesquisa, que mesmo frente ao predomínio da cor parda entre as pessoas com TB tipos I e II, não foram identificadas diferenças estatísticas entre os grupos.

Ao analisar o estado conjugal das pessoas com TB tipos I e II, constatou-se que pouco mais da metade afirmou não possuir companheiro (a), semelhante ao difundido na literatura, que reconhece altas taxas de transtorno bipolar entre indivíduos sem parceiros, sejam eles: solteiros, separados, divorciados ou viúvos (MORENO; ANDRADE, 2005; LIMA et al., 2005; SUBRAMANIAM; ABDIN; VAINGANKAR, 2012; DELL'AGLIO JR et al., 2013).

O que gera indagações, que não podem ser respondidas por este estudo com corte transversal, de até que ponto esse panorama influencia ou é influenciado pela presença do transtorno bipolar na vida da pessoa? Será ele consequência do transtorno? Stefanelli (2008) e Rassi, Araújo e Nascimento (2010) propagam que os episódios de mania, hipomania e depressão acarretam problemas nos relacionamentos interpessoais, familiares, afetivos e sociais.

No presente estudo, os entrevistados referiram em sua maioria situar-se em famílias nucleares, com o pai ou mãe responsável pela família, ter filhos, predominantemente, e conviverem harmoniosamente, sem significância estatística para mencionadas variáveis. Não obstante, residir com a média de 4 pessoas em casa ($DP \pm 1,77$), apresentou significância para o TB I (p valor 0,04). Ao abordar o contexto familiar, Jansen et al. (2011) identificaram uma maior taxa de TB entre os indivíduos com pais separados e aqueles que têm filhos.

Em se tratando do *status* socioeconômico, observou-se neste estudo, o predomínio das baixas classes sociais, a citar: a classe E pobre e extremamente pobre, seguida pela classe D vulnerável. O que condiz, com a alta prevalência de transtorno bipolar em populações com *status* socioeconômico inferior, descrita na literatura (JANSEN et al., 2011; DELL'AGLIO JR et al., 2013).

Por outro lado, estudos apontaram igual distribuição de transtorno bipolar entre as diversas classes sociais. Não obstante, atualmente, observa-se o predomínio das baixas classes, e que a deterioração do *status* socioeconômico pode ser consequência do transtorno bipolar (MATHIAS, 2010).

Em relação ao nível de escolaridade, notou-se a fragilidade educacional da população geral, bem como, dos indivíduos com transtorno bipolar, tendo em mente que 53,0% das pessoas com TB I referiram o ensino fundamental como grau máximo de estudo cursado, e apenas 3,0% o ensino superior. Semelhante ao TB II, em que 42,9% cursaram o ensino fundamental e 3,2% o ensino superior.

Dell'aglio Jr et al. (2013) expuseram não existir influência do nível de escolaridade sobre a prevalência do transtorno bipolar. Diferentemente, da constatação de maior prevalência de TB entre as pessoas com ensino secundário, em comparação às pessoas com formação superior, relatada por Subramaniam, Abdin e Vaingankar (2012).

Por sua vez, estudos com amostras clínicas apontam maiores taxas de transtorno bipolar entre indivíduos com maior escolaridade, em contrapartida, estudos em comunidades não evidenciam essa associação, semelhante a presente pesquisa (LIMA et al., 2005).

De acordo com o IBGE (2016) a média de estudos da população brasileira, em 2013, foi de 7,6 anos e da população do Nordeste de 6,6 anos. Ao comparar com a atual investigação, observou-se uma média inferior a brasileira, porém maior que a nordestina, de 7,3 anos de estudos entre as pessoas com TB I, e 7,8 anos entre aquelas com TB II.

Frente ao exposto, a baixa escolaridade dos entrevistados pode estar relacionada ao baixo nível socioeconômico da população e ambos, por sua vez, podem ser sequelas do transtorno bipolar, à medida que a presença das intempestivas oscilações de humor comprometem o cotidiano das pessoas, e por conseguinte sua ascensão nos estudos e na vida profissional, os quais podem relacionar-se tanto como causa, quanto como efeito.

Segundo Stefanelli (2008) e Moreno e Andrade (2005) as flutuações patológicas de humor acometem o desempenho profissional, acarretando problemas acadêmicos, ocupacionais e a posição econômica das pessoas com TB. Scussel et al. (2016) compactuam como o exposto, e apregoam que os sintomas do TB limitam a atividade laboral, social e de lazer, desencadeando assim menores níveis de escolarização.

Sob outra perspectiva, Merikangas et al. (2011) divulgam que a média da idade de início do transtorno bipolar 18,4 anos para o TB I e 20 anos para o TB II ocorre em um dos períodos mais críticos da vida da pessoa, período de desenvolvimento

educacional, ocupacional e social, e que prejuízos causados pelo transtorno nesta fase podem acarretar em consequências ao longo da vida.

Na presente investigação, observou-se que a maior parte dos entrevistados com TB I e II declarou-se inativo com renda, seguido por inativo sem renda. Tais resultados convergem com os estudos de Moreno e Andrade (2005), Costa (2008) e Scussel et al. (2016) os quais apontaram maiores taxas de desemprego, trabalho sem remuneração e de lar dentre as pessoas com transtorno bipolar.

Esses dados podem ser consequências do transtorno bipolar, por este ocasionar prejuízo funcional na vida das pessoas, ou a expressão da predominância de mulheres na amostra, tendo em vista, que no horário em que foram realizadas as entrevistas as mulheres em grande maioria faziam-se presentes no domicílio, realizando atividades domésticas, enquanto os homens se encontravam fora de casa em atividades laborais.

Sabe-se que as comorbidades são um dos principais motivos de aumento da carga e custos associados ao transtorno bipolar (COSTA, 2008). Ciente desta magnitude, e a fim de contemplar um dos objetivos propostos, analisou-se a relação entre transtorno bipolar e outros transtornos mentais, o que possibilitou identificar que todas as pessoas com TB possuíam comorbidades, com diferença estatística significativa.

Na presente amostra, as pessoas com TB tiveram uma vez mais chance para comorbidades (OR: 1,41; IC: 1,33-1,49), com média de 2,78 comorbidades por pessoa (DP± 1,55; IC: 1,92-2,32). Semelhante aos tipos I e II, com uma chance a mais para quem tem o transtorno, comparado a população em geral (OR: 1,17; IC: 1,13-1,22) e (OR: 1,16; IC: 1,12-1,21), respectivamente. Obteve-se a média de 3,24 comorbidades por pessoa com TB I (DP± 1,67; IC: 2,17-2,74) e 2,30 comorbidades por pessoa com TB II (DP± 1,25; IC: 1,12-1,75).

Com base no estudo de Jansen et al. (2011) 94% dos indivíduos com bipolar I e 76,8% com bipolar II apresentaram pelo menos uma comorbidade psiquiátrica, com predomínio do transtorno de ansiedade, com cerca de dois terços das pessoas com TB I e metade das pessoas com TB II, seguido pelo abuso de substâncias. Condizente a Merikangas et al. (2011) que identificaram que cerca de três quartos das pessoas com TB tipos I e II apresentam três ou mais transtornos mentais. Especialmente, os transtornos de ansiedade e ataques de pânico.

Em uma perspectiva ampla, as pessoas com transtorno bipolar, na atual pesquisa, tiveram cinco vezes mais chances para o transtorno de ansiedade generalizada e para fobia social (OR: 5,10; IC: 3,25-8,01) e (OR: 5,56; IC: 2,78-11,13), respectivamente, dez vez

mais chances para transtorno do pânico (OR: 9,99; IC: 4,80-20,80), duas vezes mais chances para agorafobia (OR: 2,49; IC: 1,68-3,69), sete vezes mais chances para transtorno obsessivo compulsivo (OR: 7,13; IC: 3,57-14,26), duas chances a mais para transtorno do estresse pós-traumático (OR: 2,00; IC: 0,99-4,06), nove chances a mais para abuso de álcool (OR: 9,49; IC: 3,32-27,13), cinco vezes mais chances para dependência de álcool (OR: 5,21; IC: 2,81-9,66) e aproximadamente quatro vezes mais chances para dependência de substância (OR: 3,68; IC: 1,31-10,31).

Ao tratar do TB I, observou-se associação com dez vezes mais chances para o transtorno de ansiedade generalizada (OR: 9,73; IC: 5,68-16,69), dez vezes mais chances para fobia social (OR: 10,35; IC: 4,98-21,51), dezesseis vezes mais chances para transtorno do pânico atual (OR: 16,24; IC: 7,67-34,36), três vezes mais chances para ataques pobres e agorafobia (OR: 2,86; IC: 1,14-7,17) e (OR: 2,89; IC: 1,74-4,83), respectivamente, oito vezes mais chances para transtorno obsessivo compulsivo (OR: 7,78; IC: 3,68-16,47), cerca de cinco vezes mais chances para abuso de álcool (OR: 4,79; IC: 1,48-15,48) e aproximadamente quatro vezes mais chances para dependência de álcool e dependência de substância (OR: 3,93; IC: 1,85-8,32) e (OR: 4,39; IC: 1,37-14,0) nesta ordem.

No que diz respeito ao TB II, os entrevistados apresentaram duas vezes mais chances para agorafobia (OR: 1,77; IC: 1,03-3,05), três vezes mais chances para o transtorno obsessivo compulsivo (OR: 2,91; IC: 1,16-7,29), sete vezes mais chances para o abuso de álcool (OR: 7,08; IC: 2,34-21,3) e quatro vezes mais chances para dependência de álcool, comparado as pessoas que não possuem TB II (OR: 4,17; IC: 1,96-8,85).

Sob este enfoque, ao analisar o TB I e II em relação aos demais transtornos mentais, notou-se que quem tem TB I possui cerca de seis vezes mais chances para transtorno de ansiedade generalizada (OR: 5,65; IC: 2,40-13,28), oito vezes mais chances para fobia social (OR: 8,21; IC: 1,78-37,81) e seis vezes mais chances para transtorno do pânico (OR: 6,40; IC: 1,76-23,23) comparado a quem tem TB II.

No estudo realizado por Subramaniam, Abdin e Vaingankar (2012) metade dos entrevistados com transtorno bipolar, apresentaram outras comorbidades, a citar: transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo compulsivo, alcoolismo e dependência de álcool, congruentes com a presente pesquisa. Por sua vez, Dell'aglio Jr et al. (2013) ratificam as altas taxas de transtorno de ansiedade e de abuso de substância associados ao transtorno bipolar.

Pessoas com TB e com a comorbidade transtorno de ansiedade apresentam maiores taxas de tentativas de suicídio, maior probabilidade de apresentar ciclagem rápida, abuso, dependência e psicose ao longo da vida, quando comparadas às pessoas com TB não-ansiosas, com significância para supratranscritas associações (KAUER-SANT'ANNA et al., 2007).

Conforme enraizada na literatura científica, a elevação patológica do humor experimentada no transtorno bipolar, comumente cursa com o consumo elevado de álcool e cigarro (NARDI, 2010; PEREIRA et al., 2010; APA, 2014). Sublinhada característica converge com os resultados encontrados neste estudo, à medida que demonstrou associação estatística entre o transtorno bipolar e o abuso e dependência por álcool e substâncias, contudo com intervalo de confiança que revela pouca precisão.

Terra et al. (2008) corroboram que o uso nocivo de álcool é a comorbidade mais associada ao transtorno bipolar, sendo essa condição até cinco vezes mais prevalente entre os pacientes bipolares do que na população geral.

O *National Comorbidity Survey* relata que as pessoas com TB foram quase dez vezes mais propensas a apresentar dependência de álcool, comparado a população em geral (KESSLER; CRUM, 1997, apud SUBRAMANIAM; ABDIN; VAINGANKAR, 2012, p. 6).

Acredita-se que o TB é um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos por uso de substância, o que desperta a necessidade de cuidadosa investigação de história de bipolaridade entre aqueles com transtornos por uso de substâncias (MERIKANGAS et al., 2011).

Infere-se que esta associação pode ser devido a alguns fatores genéticos, tendo em consideração que existem fortes evidências para a associação entre as vias de dopamina e serotonina no desenvolvimento do transtorno bipolar e do transtorno por uso de álcool (YASSEEN et al., 2010).

Para além do exposto, Isometsä (2014) apregoa que o uso de substâncias aumenta significativamente o risco de atos suicidas durante os episódios de transtorno de humor, tal constatação apresenta-se como um agravante para as pessoas com TB identificadas neste estudo, o que fomenta a necessidade de analisar o risco de suicídio nesta população.

O risco de suicídio atual representa a probabilidade que um comportamento ou ideação suicida desencadeie o ato suicida, acarretando em morte auto induzida. Este risco abrange diversos aspectos, a citar: pensamento, ideação, planejamento suicida e tentativas, as quais foram analisadas neste estudo (BOTEGA, 2015).

No tocante ao comportamento suicida, identificou-se nesta amostra, que quem possui transtorno bipolar tem quatro vezes mais chances para risco de suicídio, comparado a quem não tem (OR: 4,15; IC: 2,80-6,16), três vezes mais chances para tentativa de suicídio anterior e recente (OR: 3,52; IC: 2,18-5,69) e (OR: 3,60; IC: 1,82-7,13) respectivamente, e cerca de quatro vezes mais chances para moderado a alto risco de suicídio (OR: 3,64; IC: 2,30-5,76).

De acordo com os resultados obtidos, houve associação estatística entre TB I e risco de suicídio. Verificou-se que quem tem transtorno bipolar tipo I possui sete vezes mais chances para risco de suicídio (OR: 7,07; IC: 4,18-11,95), três vezes mais chances para tentativa anterior de suicídio (OR: 3,38; IC: 1,86-6,16) e aproximadamente seis vezes mais chances para tentativa de suicídio recente (OR: 5,71; IC: 2,70-12,09), comparado a quem não tem TB I.

Ao aplicar a Escala de Ideação Suicida de Beck, observou-se que a população com TB I possui duas vezes mais chances para apresentar risco de suicídio (OR: 2,57; IC: 1,34-4,95) e seis vezes mais chances para risco moderado a alto entre as pessoas com TB I (OR: 6,08; IC: 3,52-10,48).

Estudos revelam que indivíduos com bipolar I foram nove vezes mais propensos ao suicídio do que indivíduos sem o transtorno (JANSEN et al., 2011). Conforme preconiza o DSM – 5 cerca de 32,4% das pessoas com TB I e 36,3% das com TB II relatam história de tentativa de suicídio ao longo da vida. A letalidade das tentativas, evidenciada pela menor proporção de tentativas até suicídios consumados, é maior no TB II. O que sugere uma associação entre marcadores genéticos e risco aumentado de comportamento suicida em indivíduos com TB. E risco 6,5 vezes maior de suicídio entre parentes de primeiro grau de indivíduos com TB II comparados aos TB I (APA, 2014).

Verificou-se também no presente estudo, que as pessoas com TB I apresentou três vezes mais chances para risco de suicídio, ao aplicar o M.I.N.I (OR: 3,56; IC: 1,71-7,39) e aproximadamente quatro mais chances, ao utilizar o Inventário de Beck (OR: 3,62; IC: 1,11-11,78), cerca de cinco vezes mais chances para plano suicida (OR: 4,82; IC: 0,99-23,24); quatro vezes mais para tentativa recente (OR: 4,00; IC: 1,06-15,09) e cerca de quatro vezes mais chances para risco moderado a alto de suicídio, comparado a quem tem TB II (OR: 3,40; IC: 1,65-9,23).

Runeson et al. (2016) identificaram que o risco de suicídio é particularmente maior durante os primeiros anos após tentativa anterior de suicídio em indivíduos com transtornos mentais graves, especialmente transtorno bipolar, contribuindo para o elevado

risco. O que expressa uma conjuntura inquietante na população estudada, visto que as pessoas com TB referiram tentativas anterior e recentes de suicídios, com significância para estas variáveis.

Segundo Merikangas et al. (2011) uma em cada quatro pessoas com TB I e uma em cada cinco com TB II relatam histórico de tentativas de suicídio. No que concerne ao TB II, neste estudo, detectou-se associação estatística com tentativa anterior de suicídio, com aproximadamente três vezes mais chances para quem tem o transtorno, em relação a quem não tem TB II (OR: 2,68; IC: 1,42-5,07).

Frente ao explanado, nota-se que a relação entre o transtorno bipolar e o comportamento suicida está bem instituída na literatura. Concepção essa ratificada neste estudo, que revelou um panorama preocupante acerca do risco de suicídio nesta população.

Levando em consideração os dados expostos, não é difícil concluir que a qualidade de vida das pessoas com transtorno bipolar possa sofrer grande impacto (COSTA, 2008). Tomada nesse sentido tornou-se imprescindível avaliar a qualidade de vida das pessoas com TB.

Em seu estudo transversal Awad et al. (2007) descreveram que as pessoas com transtorno bipolar apresentaram menor qualidade de vida, quando comparado à população adulta em geral. Além do índice de qualidade de vida mais baixo, as pessoas que tinham TB eram mais propensas a ser mulheres e não brancas, congruente com a atual pesquisa, que revelou uma menor qualidade de vida entre as pessoas com transtorno bipolar, nos domínios físico, psicológico, social e ambiental, comparado às pessoas sem transtorno mental, com significância para o domínio físico ($DP \pm 18,90$; p valor 0,04).

É pertinente esclarecer, que não foi encontrado ponto de corte sugestivo de melhor ou pior qualidade de vida entre as pessoas com transtorno bipolar. Nesse sentido, entende-se que quanto maior a média dos domínios do WHOQOL maior a qualidade de vida.

Ao avaliar a QV das pessoas identificadas com TB I na amostra, observou-se escores significativamente inferiores nos domínios físico (média: 61,24; $DP \pm 19,91$; p 0,03), psicológico (média: 62,44; $DP \pm 17,09$; p 0,01) e ambiental (média: 40,65; $DP \pm 13,28$; p 0,05), sem significância para o domínio social (média: 67,05; $DP \pm 18,40$; p 0,41) comparadas às pessoas sem transtorno mental.

Parcialmente convergente com outro estudo transversal, realizado no Rio Grande do Sul, com 125 pessoas com TB, cerca de três quartos do sexo feminino, maiores de 18 anos, com média de idade de 42,1 anos, com a aplicação do WHOQOL-BREF, em que

se obteve os seguintes valores ajustados: domínio físico (média: 50,7; DP: 20,3; p 0,03), psicológico (média: 48,8, DP: 20,7; p 0,05), social (média: 51,0; DP: 22,8; p 0,03) e ambiental (média: 53,0; DP: 16,0; p 0,14) (GAZALLE et al., 2007a).

É necessário elucidar que o domínio físico significativamente inferior nas pessoas com TB I, nesta amostra, abarca os aspectos: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho (FLECK et al., 2000).

Em outro estudo, indivíduos com transtorno bipolar apresentaram pior saúde física e mais distúrbios do sono em relação as pessoas sem TB (MCGLINCHEY et al. 2014). Pinho et al. (2015) e Cudney et al. (2016) destacam que a ruptura dos ritmos biológicos foi fortemente associada com baixa qualidade de vida global e pior funcionamento psicossocial em indivíduos com TB, independentemente da intensidade dos sintomas depressivos, distúrbios do sono e do uso de medicamentos.

O domínio psicológico, associado ao TB I neste estudo, abrange as dimensões: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais (FLECK et al., 2000).

Kim et al. (2013) descrevem que além das intempestivas alternâncias de humor, a impulsividade, comumente presente no TB, pode influenciar na qualidade de vida desta população, através de distintos mecanismos de comprometimento funcional. Nota-se também que o TB leva a declínios nas funções cognitivas e executivas, problemas de memória, planejamento, concentração e comprometimento de autonomia (PEREIRA et al., 2010; ABP, 2012).

O prejuízo no domínio ambiental observado entre as pessoas com TB, compreendem questões relacionadas a: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte (FLECK et al., 2000).

Divergente ao presente achado, Gazalle et al. (2007a) não evidenciaram significância estatística para menor QV no domínio ambiental entre as pessoas com TB. O que pode indicar que a associação existente entre QV inferior no domínio social pode ser sequela do baixo nível socioeconômico e da prevalente inatividade e menor escolaridade das pessoas com TB nesta amostra.

A constatação de maiores escores de QV nos domínios social e psicológico pode ser proveniente da tendência da pessoa com episódio de mania ou hipomania não expor de forma fidedigna sua qualidade de vida.

Nota-se que os auto relatos de qualidade de vida por pessoas bipolares são influenciados por distorções do humor ou distorções cognitivas relacionadas ao autoconceito e funcionamento (CHAND; MATTOO; SHARAN, 2004).

Gazalle (2008) revelam que indivíduos com episódios maníacos não avaliam sua QV de vida como ruim. Possivelmente, tais pessoas possuem sua capacidade de *insight* prejudicada, expressa pelo conceito de anosognosia, que é a incapacidade do doente reconhecer e admitir a realidade de sua doença, mesmo evidente.

Ao analisar a QV dos entrevistados com TB I em comparação ao TB II, percebeu-se que as pessoas com TB I possuem uma qualidade de vida inferior as pessoas com TB II, em todos os domínios, especialmente no domínio psicológico, com significância para esta variável (DP± 17,09; p valor 0,03).

Gazalle et al. (2006) e Amini e Shaeiffi (2012) apregoam que os sintomas depressivos podem ser o principal determinante da qualidade de vida prejudicada em pessoas com TB I. Gazalle et al. (2007a) acrescentam que além do humor depressivo, os sintomas maníacos são um componente importante da baixa QV relatada entre os indivíduos com TB.

Kauer-Sant'anna et al. (2007) concordam que a correlação entre depressão e qualidade de vida é consistente, contudo sugerem que ela não é a única explicação para a qualidade de vida prejudicada em pessoas com TB.

Ishak et al. (2013) promulgam que a presença de comorbidades altamente prevalente no TB causa grande impacto na qualidade de vida destas pessoas.

Dentre as comorbidades, observou-se no estudo de Kauer-Sant'anna et al. (2007) que as pessoas com TB ansiosos apresentaram escores mais baixos de QV em todos os domínios do WHOQOL-BREF (p <0,05). Após análise ajustada, foi observado um comprometimento significativo nos domínios psicológico (p: 0,03) e social (p: 0,00).

Sublinha-se que o acometimento do transtorno de ansiedade generalizada (TAG) no domínio psicológico em pessoas com TB é mantido, mesmo quando o nível de depressão é controlado (KAUER-SANT'ANNA et al., 2007).

Em outro estudo Magalhães, Kapczinski e Kapczinski (2009) indicaram que o transtorno de estresse pós-traumático parece ser um importante marcador de piores resultados clínicos entre as pessoas com TB, incluindo um maior número de tentativas de

suicídio, maior probabilidade de ciclagem rápida e recuperação reduzida. Além disso, a presença de TEPT em pessoas com TB impõe uma menor qualidade de vida, em relação as pessoas com TB sem TEPT.

Isto posto, entende-se que a presença do TAG, TEPT e de outros transtornos mentais, pode ser uma possível justificativa para a associação estatística entre a baixa QV entre as pessoas com TB I, em comparação aos indivíduos saudáveis e aos com TB II, na presente pesquisa.

Outro fator que reforça o acometimento da qualidade de vida nas pessoas com TB neste estudo, é a forte associação com comportamento suicida. Abreu et al. (2012) confirmam a correlação entre história de tentativas de suicídio e pontuações inferiores do WHOQOL, independentemente do estado de humor (ABREU et al., 2012).

Referenciados autores divulgam que indivíduos com TB e tentativas anteriores de suicídio têm uma pior QV em todos os domínios da escala WHOQOL-BREF, em comparação às pessoas com TB, mas sem tentativas anteriores de suicídio. Sugerindo que a baixa qualidade de vida e comportamento suicida podem ser expressões distintas de um transtorno bipolar mais grave (ABREU et al., 2012).

Diante da atual conjuntura, investigar a QV das pessoas com transtorno bipolar, pode trazer avanços importantes no entendimento dos agravos à saúde desta população, elucidando o real impacto dos sintomas maníaco e depressivo sobre a QV no TB (GAZALLE et al., 2007b; GAZALLE, 2008).

CONCLUSÃO

O estudo ora apresentado apontou dados relevantes sobre o transtorno bipolar tipos I e II, e sua expressão na vida das pessoas investigadas. Frisa-se, que os objetivos previamente traçados foram alcançados, e que a hipótese alternativa de pesquisa foi corroborada, haja vista, a alta prevalência de transtorno bipolar na população investigada.

Constatou-se neste estudo a prevalência de 14,4% de transtorno bipolar, 7,4% TB I e 7,0% TB II, superiores à média das taxas difundidas na literatura. O que suscita questionamentos acerca da possibilidade de falsos positivos para episódios maníacos e hipomaníacos na amostra, tendo em mente, que as vivências e sintomas auto relatados pelas pessoas com transtorno bipolar podem ser exacerbados, mediante às implicações das oscilações de humor, ou minimizados, devido à dificuldade de auto percepção e aceitação do transtorno bipolar em sua vida.

Inferese, que o instrumento diagnóstico, M.I.N.I. 5.0.0, utilizado na identificação do transtorno bipolar pode ter influenciado nos falsos positivos, pois o instrumento não deixa claro o critério diagnóstico temporal para os episódios de mania e hipomania, conforme preconizado no DSM- 5, assim como, o instrumento apresenta perguntas que podem não deixar claro o que se pretende avaliar, obtendo dos entrevistados respostas sem convicção da pergunta.

Em linhas gerais, o perfil das pessoas com transtorno bipolar nesta população, foi ser adulto na faixa etária de 30-39 anos, com média de 38 anos de idade, com ensino fundamental como grau máximo cursado e média de 7,5 anos de estudo, inativo com renda, sem companheiro (a), com cerca de 3 filhos, com família nuclear, em convivência harmoniosa, sendo o pai e/ou mãe o responsável pela família, reside com cerca de 4 pessoas, usuário do Sistema Único de Saúde e classificado no estrato social E pobre e extremamente pobre.

Frisa-se que a fragilidade escolar, o baixo status socioeconômico e a inatividade e ausência de renda identificada entre as pessoas com transtorno bipolar, foram reflexos da situação educacional, socioeconômica e laboral comprometida da amostra geral do bairro investigado.

Quanto ao estudo de associação entre o transtorno bipolar e comorbidades psiquiátricas, ratificou-se a correlação com as comorbidades: transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, transtorno do pânico, agorafobia, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno do estresse pós-traumático, abuso de álcool, dependência de álcool e de substância. Com predominância dos transtornos ansiosos e relacionados a substâncias. Para além da associação

com o transtorno bipolar, notou-se que a amostra geral do estudo possui altas taxas de transtornos mentais.

É imprescindível grifar que todas as pessoas com transtorno bipolar na amostra apresentavam pelo menos uma comorbidade psiquiátrica, não sendo possível avaliar o impacto do TB isoladamente, sobre a qualidade de vida, risco de suicídio e a relação com outros transtornos mentais, o que pode ter agravado o impacto do transtorno bipolar nesta população.

Ter transtorno bipolar revelou ser um forte fator de risco para suicídio, consoante ao descrito na literatura, visto a prevalente associação entre o comportamento suicida: risco moderado a alto, tentativas recentes e anteriores de suicídio entre as pessoas com TB.

Congruente à literatura o transtorno bipolar acarreta maior comprometimento na qualidade de vida das pessoas. Em uma perspectiva ampla, notou-se escores inferiores de qualidade de vida em todos os domínios, com significância para o domínio psicológico, físico e ambiental, no presente contexto.

Os resultados deste estudo revelaram que as pessoas com transtorno bipolar I, possuem mais comorbidades associadas, maior risco de tentativa de suicídio e menor qualidade de vida, quando comparado às pessoas com transtorno bipolar II.

Em síntese, esta pesquisa fornece informações inéditas sobre a prevalência e os fatores associados ao transtorno bipolar tipos I e II no bairro mais populoso da capital de Alagoas. Sendo o primeiro estudo de base populacional que objetivou investigar a prevalência e a magnitude deste transtorno no estado de Alagoas. Para além da constatação de 14,4% de TB, observou-se que apenas 54,6% da amostra não foi identificada com transtorno mental, revelando uma alta prevalência de adoecimento mental neste bairro.

Tais informações contribuem para o reconhecimento da condição de saúde mental desta população, sobretudo, fornecem subsídios para o planejamento de ações em saúde, que abarca a capacitação dos profissionais de saúde, o aumento de especialistas, conforme a demanda do bairro, e o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, tendo em conta a necessidade iminente de ampliação da assistência em saúde mental, com a implantação de serviços especializados: Centros de Atenção Psicossocial, Comunidades Terapêuticas, Unidades de Acolhimento, bem como, da Estratégia de Saúde da Família e dispositivos comunitários que visem promover a saúde mental dos domiciliados.

Sob outra perspectiva, contribui com a literatura, à medida que fornece dados robustos a respeito de um dos transtornos mentais que mais acarreta incapacidades, morbidades clínicas, psiquiátricas e mortalidade em todo o mundo.

Deve-se destacar que a presente pesquisa teve como limitações o seu delineamento transversal que impossibilita a compreensão da ordem temporal, entre exposições e desfechos. E a não estratificação por sexo da amostra, o que proporcionou a predominância do sexo feminino na amostra, provavelmente devido aos turnos em que foram realizadas as entrevistas, acarretando a ausência dos homens em seus domicílios, por estarem exercendo atividades profissionais, em tempo.

Cita-se a existência do viés de confusão neste estudo, a medida que se analisou o transtorno bipolar I e II, acerca dos fatores socioeconômicos, comorbidades psiquiátricas e risco de suicídio em relação as pessoas da amostra, que apresentavam ou não transtornos mentais. Viés contornado ao se analisar a qualidade de vida das pessoas com TB I e II em relação as pessoas sem nenhum transtorno mental. Contudo, mesmo diante do fator de confusão, pode-se notar que os transtornos bipolares I e II exercem grande impacto negativo quando comparado as pessoas saudáveis e nas pessoas com outros transtornos mentais, e que uma posterior análise das comorbidades psiquiátricas e risco de suicídio sem o viés de confusão pode revelar um maior comprometimento aos indivíduos com TB.

Em suma, frente à magnitude dos resultados, reitera-se a necessidade de realizar mais estudos de base populacional nos demais bairros da cidade, e no âmbito urbano e rural do estado de Alagoas, de modo a mapear e/ou mensurar as condições de saúde mental da população.

Torna-se indispensável também a realização de estudos longitudinais para elucidar o impacto do transtorno bipolar e a relação de causalidade, entre exposições e desfechos.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). Dados com base no Levantamento Sócio Econômico, **Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa**, 2012. Disponível em <<http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=01>>. Acesso em: 15 jul. 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). Transtorno mental que mais causa suicídios, bipolaridade lesa o cérebro. **Associação Brasileira de Psiquiatria**, 04 dezembro 2012. Disponível em: <<http://www.abp.org.br/portal/transtorno-mental-que-mais-causa-suicidios-bipolaridade-lesa-o-cerebro/>>. Acesso em: 26 dez. 2016.
- ABREU, L. N. de; NERY, F. G.; HARKAVY-FRIEDMAN, J. M.; DE ALMEIDA, K. M.; GOMES, B. C.; OQUENDO, M. A. et al. Suicide attempts are associated with worse quality of life in patients with bipolar disorder type I. **Compr Psychiatry**. v. 53, p. 125-29, 2012. DOI: 10.1016/j.comppsy.2011.03.003
- AKVARDAR, Y.; AKDEDE, B. B.; OZERDEM, A.; ESER, E.; TOPKAYA, S.; ALPTEKIN, K. Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects. **Psychiatry Clin. Neurosci**. v. 60, n. 6, p. 693-9, 2006. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1819.2006.01584.x/full>>. Acesso em: 16 jan. 2017.
- AMINI, H.; SHARIFI, V. Quality of life in bipolar type I disorder in a one-year follow-up. **Depress. Res. Treat.**, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3544249/>>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Rev. Bras. Psiquiatr**. v. 22, n. 3, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n3/v22n3a01.pdf>>. Acesso em: 17 agos. 2016.
- ANDRADE, L. H.; WANG, Y.; ANDREONI, S. et al. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. **PLoS ONE**. v. 7, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0031879>>. Acesso em: 02 agos. 2016.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista PRAXIS**, ano III, n. 6, 2011. Disponível em: <http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/introducao_aos_estudos_quantitativos_utilizados_em_pesquisas_cientificas.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2016.

- ARAÚJO, A. C., NETO, F. L. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v16n1/v16n1a07.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2016.
- AWAD, A. G.; RAJAGOPALAN, K.; BOLGE, S. C.; MCDONNELL, D. D. Quality of life among bipolar disorder patients misdiagnosed with major depressive disorder. **Prim Care Companion J Clin Psychiatry**. v. 9, n. 3, p. 195-202, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1911165/>>. Acesso em: 09 jan. 2017.
- BALANZA-MARTINEZ, V.; TABARES-SEISDEDOS, R. The prevalence of bipolar disorders in the general population: a growing trending topic? **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 37, n. 2, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462015000200091>. Acesso em: 21 out. 2016.
- BERK, L. **Guia para cuidadores de pessoas com transtorno bipolar**. São Paulo: Segmento Farma, 2011. 112 p.
- BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, K. **Epidemiologia básica**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43541/5/9788572888394_por.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2016.
- BOTEGA, N. J. **Crise suicida, Avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015. 304 p.
- BRASIL, M. S. **Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades**. Módulo 3: medida das condições de saúde e doença na população. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo_principios_epidemiologia_3.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2016.
- BRASIL, M. S. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 11 jul. 2016.
- BRATLIEN, U.; OIE, M.; HAUG, E.; MØLLER, P.; ANDREASSEN, O. A.; LIEN, L. et al. Environmental factors during adolescence associated with later development of psychotic disorders – A nested case-control study. **Psiquiatria Rev.** v. 215, n. 3, p. 579-585, 2014. DOI: 57985.10.1016/j.psychres.2013.12.048
- BRISSOS, S.; DIAS, V. V.; CARITA, A. I.; MARTINEZ-ARÁN, A. Quality of life in bipolar type I disorder and schizophrenia in remission: clinical and neurocognitive correlates. **Psychiatry Res.** v. 160, n. 1, p. 55-62, 2008. DOI: 10.1016/j.psychres.2007.04.010
- CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003. 264 p.
- CARNEIRO, F. G.; SORATTO, M. T. Transtorno bipolar: fatores genéticos e ambientais. **Enfermagem Brasil**. v. 15, n. 1, p. 39-43, 2016. Disponível em: <<http://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/download/97/185>>. Acesso em: 25 agos. 2016.

CHAND, P. K.; MATTOO, S. K.; SHARAN, P. Quality of life and its correlates in patients with bipolar disorder stabilized on lithium prophylaxis. **Psychiatry Clin. Neurosci.** v. 58, p. 311-18, 2004. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1819.2004.01237.x/full>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

CLEMENTE, A. S.; DINIZ, B. S.; NICOLATO, R. et al. Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 37, n. 2, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462015005021693&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 09 agos. 2016.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v. 21, n. 1, p. 73-79, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/09.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

COSTA, A. M. N. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. **Rev. Psiq. Clín.** v. 35, n. 3, p. 104-110, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n3/03.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2017

CUDNEY, L. E.; FREY, B. N.; STREINER, D. L.; MINUZZI, L.; SASSI, R. B. Biological rhythms are independently associated with quality of life in bipolar disorder. **Int. J. Bipolar Disord.** v. 4, n. 1, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792817/>>. Acesso em: 06 jan. 2017.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 171 p.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440 p.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

DELL'AGLIO JR, J. C.; BASSO, L. A.; LIMA, I. I. L. et al. Systematic review of the prevalence of bipolar disorder and bipolar spectrum disorders in population-based studies. **Trends Psychiatry Psychother,** v. 2, p. 35–101, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892013000200002>. Acesso em: 24 de agos. 2016.

DEL-PORTO, J. A.; DEL-PORTO, K. O. História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. **Rev. Psiq. Clín.** v. 32, n. 1, p. 7-14, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24406.pdf>>. Acesso em: 02 agos. 2016.

DUARTE, D. G.; NEVES, M. de C.; ALBUQUERQUE, F.S. N.; CORRÊA, H. Sexual abuse and suicide attempt in bipolar type I patients. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 37, n. 2, p. 180-182, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26083818>>. Acesso em: 20 out. 2016.

ETAIN, B.; AAS, M.; ANDREASSEN, O. A.; LORENTZEN, S.; DIESET, I.; GARD, S. et al. Childhood Trauma Is Associated With Severe Clinical Characteristics of Bipolar Disorders. **J Clin Psychiatry**. v. 74, n. 10, p. 991-998, 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/258525846_Childhood_Trauma_Is_Associated_With_Severe_Clinical_Characteristics_of_Bipolar_Disorders>. Acesso em: 17 de out. 2016.

FERNANDES, M. A.; SOUSA, K. H. J. F.; ANDRADE, P. C. A.; CARVALHO, L. C. S.; PEREIRA, D. B. D.; SILVA, B. J. M. Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos e o cuidar em enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, v. 10, n. 2, p. 669-74, 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7544/pdf_9648>. Acesso em: 05 out. 2016.

FLECK, M. P. A. LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**. v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2016.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000. Disponível: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf> >. Acesso em: 03 fev. 2017.

FREIRE, R. C. R. Genética e modelos bioquímicos. In: NARDI, A. E. **Transtorno bipolar: diagnóstico e tratamento**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2010. p. 149-164.

GAZALLE, F. K. **Fatores associados à qualidade de vida em pacientes com transtorno bipolar**. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre: RS, 2008.

GAZALLE, F. K.; ANDREAZZA, A. C.; HALLAL, P. C.; KAUER-SANT'ANNA, M. K.; CERESER, K. M.; SOARES, J. C. et al. Bipolar depression: the importance of being on remission. **Rev. Bras. Psiquiatr. [online]**. v. 28, n. 2, p. 93-96, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000200004>>. Acesso em: 07 jan. 2017.

GAZALLE, F. K.; FREY, B. N.; HALLAL, P. C.; ANDREAZZA, A. C.; CUNHA, A. B.; SANTIN, A. et al. Mismatch between self-reported quality of life and functional assessment in acute mania: a matter of unawareness of illness? **J. Affect. Disord.** v. 103, n. 1-2, p. 247-52, 2007b. DOI: 10.1016/j.jad.2007.01.013

GAZALLE, F. K.; HALLAL, P. C.; ANDREAZZA, A. C.; FREY, B. N.; KAUER-SANT'ANNA, M., WEYNE, F. et al. Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder. **Psychiatry Res.** v. 153, n. 1, p. 33-8, 2007a. DOI: 10.1016/j.psychres.2006.07.007

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, J. R. de A. A.; HAMANN, E. M.; GUTIERREZ, M. M. U. Application of the WHOQOL-BREF in a community segment as a subsidy for health promotion actions. **Rev. bras. epidemiol. [online]**. v. 17, n. 2, p. 495-516, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400020016ENG>>. Acesso em: 04 agos. 2016.

GONÇALVES, D. A.; MARI, J. J.; BOWER, P. et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cad. Saúde Pública**. v. 30, n. 3, p. 623-632, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158412>.

HIRSCHFELD, R. M.; VORNIK, L. A. Bipolar disorder: costs and comorbidity. **AM J Manag Care**. v. 11, n. 3, p. 85-90, 2005. Disponível em: <<http://www.ajmc.com/journals/supplement/2005/2005-06-vol11-n3suppl/jun05-2074ps85-90/P-1>>. Acesso em: 02 agos. 2016.

HOCHMAN, B.; NAHAS, F. X.; OLIVEIRA FILHO, R. S.; FERREIRA, L. M. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**. v. 20, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s2/v20s2a02.pdf>>. Acesso em: 04 agos. 2016.

IBGE. Cidades Maceió. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. s/d. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/2704302>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE Cidades. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=270430#topo>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agregados por setores censitários dos resultados de universo. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**. Rio de Janeiro: 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/defaulttab_agregado.shtm>. Acesso em: 16 agos. 2015.

INOVA UNICAMP, **Perfil da Tecnologia**: Método de identificação de biomarcadores para doenças mentais graves. Método confirma o diagnóstico de Transtorno Bipolar e Esquizofrenia. Novo método de identificação de biomarcadores ajuda no diagnóstico e/ou acompanhamento de casos de transtornos psiquiátricos. UNICAMP Química. 2016. Disponível em: <<http://www.inova.unicamp.br/portfolio/metodo-de-identificacao-de-biomarcadores-para-doencas-mentais-graves/>>. Acesso em: 11 dez. 2016.

ISHAK, W. W.; BROWN, K.; AYE, S. S.; KAHLOON, M.; MOBARAKI, S.; HANNA, R. Health-related quality of life in bipolar disorder. **Bipolar Disord**. v. 14, p. 6-18, 2012. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2011.00969.

ISOMETSÄ, E. Suicidal Behaviour in Mood Disorders - Who, When, and Why? **Can J Psychiatry**. v. 59, n. 3, p. 120–130, 2014.

JANSEN, K.; CARDOSO, T. A.; MONDIN, T. C.; MATOS, M. B. de; SOUZA, L. D. de M.; PINHEIRO, R. T. et al. Stressful life events and mood disorders: a community sample. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 19, n. 9, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000903941>. Acesso em: 16 out. 2016.

JANSEN, K.; ORES, L. C.; CARDOSO, T.; LIMA, R. C.; SOUZA, L. D.; MAGALHÃES, P. V. et al. Prevalence of episodes of mania and hypomania and associated comorbidities among young adults. **J Affect Disord.** v. 130, p. 328-33, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503271000621X>>. Acesso em: 02 set. 2016.

KAUER-SANT'ANNA, M.; FREY, B. N.; ANDREAZZA, A. C.; CERESÉR, K. M.; GAZALLE, F. K.; TRAMONTINA, J. et al. Anxiety comorbidity and quality of life in bipolar disorder patients. **Can. J. Psychiatry.** v. 52, n. 3, p. 175-81, 2007. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674370705200309>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

KAWAKAMI, N.; SHIMIZU, H.; HARATANI, T.; IWATA, N. Lifetime e 6 meses prevalência Kitamura T. de transtornos psiquiátricos do DSMIII-R em uma comunidade urbana no Japão. **Psychiatry Res.** v. 121, p. 293-301, 2004. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178103002397>>. Acesso em: 02 set. 2016.

KENNEDY, N.; BOYDELL, J.; KALIDINDI, S.; FEARON, P.; JONES, P. B.; OS, J. et al. Gender differences in incidence and age at onset of mania and bipolar disorder over a 35-year period in Camberwell, England. **Am J Psychiatry.** v. 162, n. 2, p. 257-262, 2005. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.162.2.257>>. Acesso em: 05 set. 2016.

KESSING, L. V.; VRADI, E.; ANDERSEN, P. K. Life expectancy in bipolar disorder. **Bipolar Disorders. An International Journal of Psychiatry and neurosciences.** v. 17, n. 5, p. 543-548, 2015. DOI: 10.1111/bdi.12296

KESSING, L. V.; VRADI, E.; MCINTYRE, R. S.; ANDERSEN, P. K. Causes of decreased life expectancy over the life span in bipolar disorder. **J. Affect. Disord.** v. 180, p. 142-147, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.027>

KESSLER, R. C.; AKISKAL, H. S.; AMES, M. et al. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of US workers. **Am J Psychiatry.** v. 163, n. 9, p. 1561-1568, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1924724/>>. Acesso em: 02 agos. 2016.

KIM, Y. S.; CHA, B.; LEE, D.; KIM, S. M.; MOON, E.; PARK, C. S. et al. The Relationship between Impulsivity and Quality of Life in Euthymic Patients with Bipolar Disorder. **Psychiatry Investig.** v. 10, n. 3, p. 246-52, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3843016/>>. Acesso em: 07 jan. 2017.

LADEIRA, R. B. et al. Uso da combinação venlafaxina-mirtazapina no tratamento de depressão maior associada à distímia: "depressão dupla". **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 30, n. 3, p. 299-300, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2016.

LASO, D. Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos - Abrata. **Novo teste de sangue poderá detectar transtorno bipolar e esquizofrenia**. 24 setembro 2016. Disponível em: <<http://abrata.org.br/blogabrata/?p=2180>>. Acesso em: 11 dez. 2016.

LEE, S.; NG, K. L.; TSANG, A. A community survey of the twelve month prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in Hong Kong. **J Affect Disord**. v. 117, p. 79-86, 2009.

LIMA, M. S.; TASSI, J.; NOVO, I. P.; MARI, J. J. Epidemiologia do transtorno bipolar. **Rev. psiquiatr. clín. [online]**, v. 32, p. 15-20, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000700003>>. Acesso em: 17 agos. 2016.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2016.

LOPES, F. L. **Transtorno Bipolar do Humor na atualidade: resultados preliminares de um centro especializado em transtornos afetivos**. Monografia (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

LUIZ R. R., MAGNANINI M. M. F. O tamanho da Amostra em Investigações Epidemiológicas In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

M.I.N.I. 5.0.0, **MINI International Neuropsychiatric Interview: Versão Brasileira/ DSM IV**, jun., 2002.

MACEIÓ. **Listagem das unidades de saúde de Maceió, na atenção básica/ambulatorial**, em 11 de março de 2014. Disponível em: <http://cnes.dataSUS.gov.br/Listar_Unidade.asp?VUnidade=02>. Acesso em: 05 fev. 2016.

MACEIÓ. **Perfil Municipal - Maceió**. Secretaria de Estado do Planejamento e do Desenvolvimento Econômico, 2014. Disponível: <<http://dados.al.gov.br/dataset/perfil-municipal-2014>>. Acesso em: 05 fev. 2016.

MACEIÓ. **Plano Municipal de Assistência Social de Maceió 2014-2017**. Prefeitura Municipal de Maceió/Secretaria Municipal de Assistência Social. Aprovado pelo Conselho Municipal de Assistência Social Resolução nº. 17, de 25 de Junho de 2014. Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/admin/documento/2014/08/PMAS_Macei%C3%B3_2014_2017-FINALIZADO-para-upar.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2016.

MACEIÓ. **SMS apresenta relatório de ações à câmara de vereadores**, 13 de novembro de 2014. Disponível em: <<http://www.maceio.al.gov.br/sms/noticias/sms-apresenta-relatorio-de-aco-es-a-camara-de-vereadores/>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

MAGALHÃES, P. V.; KAPCZINSKI, N. S.; KAPCZINSKI, F. Correlates and impact of obsessive-compulsive comorbidity in bipolar disorder. **Compr. Psychiatry**. v. 51, n. 4, p. 353-6, 2010. DOI: 10.1016/j.jad.2009.08.005

MANTERE, O.; SUOMINEN, K.; VALTONEN, H. M.; ARVILOMMI, P.; LEPPÄMÄKI, S.; MELARTIN, T. et al. Differences in outcome of DSM-IV bipolar I and II disorders. **Bipolar Disorders An International Journal Of Psychiatry and Neurosciences**. v. 10, p. 413–425, 2008. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2007.00502.x

MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M. **Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde**. Prefeitura da cidade de São Paulo. 2006. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome_c/dr_drogacao/dr_doutrina_drogacao/Guia%20Pratico%20sobre%20%20Uso%20e%20Dependencia%20de%20Drogas.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

MARTIN, J. M.; PARK, J.; MARTIN, D. J.; CONNOLLY, M.; MERCER, S. W.; SMITH, D. J. Impact of socioeconomic deprivation on rate and cause of death in severe mental illness. **BMC Psychiatry**., 2014. Disponível em: <<http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-014-0261-4>>. Acesso em: 15 de out. 2016.

MATHIAS, K. V. Classificações e Epidemiologia In: NARDI, A. E. **Transtorno bipolar: diagnóstico e tratamento**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2010, p. 45-60.

MATOS, E. G. de; MATOS, T. M. G. de; MATOS, G. M. G. de. Depressão melancólica e depressão atípica: aspectos clínicos e psicodinâmicos. **Estud. psicol.** (Campinas), v. 23, n. 2, p. 173-179, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2006000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2016.

MCGLINCHEY, E. L.; GERSHON, A.; EIDELMAN, P.; KAPLAN, K. A.; HARVEY, A. G. Physical activity and sleep: Day-to-day associations among individuals with and without Bipolar Disorder. **Ment. Health Phys. Act.** v.7, n. 3, p. 183-90, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4260416/>>. Acesso em: 05 fev. 2017.

MELO, G. B. de. **Estudo epidemiológico sobre associação entre exposição à violência em diferentes fases da vida e a presença de transtornos mentais em adultos**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2015.

MERIKANGAS, K. R.; JIN, R.; ELE, J.; KESSLER, R. C.; LEE, C.; SAMPSON, N. A. et al. Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. **Arch Gen Psychiatry**. v. 68, n. 2, p. 241-251, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3486639/>>. Acesso em: 15 de out. 2016.

MICHALAK, E. E.; YATHAM, L. N.; LAM, L. W. Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. **Health and Quality of Life Outcomes**. v. 1, p. 3-72, 2005. Disponível: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1325049/>>. Acesso em: 06 jan. 2017.

MICHELON, L.; VALLADA, H. Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. **Rev. psiquiatr. clín. [online]**. v. 32, n. 1, p. 21-27, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000700004>>. Acesso em: 18 agos. 2016.

MORENO, D. H.; ANDRADE, L. H. The lifetime prevalence, health services utilization and risk of suicide of bipolar spectrum subjects, including subthreshold categories in the Sao Paulo ECA study. **J. Affect Disord.** v. 87, p. 231-241, 2005. Disponível em: <http://www.academia.edu/12944289/The_lifetime_prevalence_health_services_utilization_and_risk_of_suicide_of_bipolar_spectrum_subjects_including_subthreshold_categories_in_the_S%C3%A3o_Paulo_ECA_study>. Acesso em: 16 dez. 2016.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; RATZKE, R. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. **Rev. Psiq. Clín.** v. 32, n. 1, p. 39-48, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000700007>. Acesso em: 05 jan. 2017.

NARDI, A. E. **Transtorno bipolar: diagnóstico e tratamento.** São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2010. 355 p.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial da Saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Washington: OPAS/OMS, 2002. Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Relatorio-OMS-da-saude-mental-no-mundo-2001.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades.** Módulo 3: medida das condições de saúde e doença na população. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde, 2010.

PEREIRA, C. **Um teste para o transtorno bipolar e para a esquizofrenia também.** Cientistas paulistas criam exame capaz de diagnosticar as duas doenças a partir de amostra de sangue. **ISTO É. Medicina & Bem-estar.** 30 setembro 2016. Disponível em: <<http://istoe.com.br/um-teste-para-o-transtorno-bipolar-e-a-esquizofrenia/>>. Acesso em: 11 dez. 2016.

PEREIRA, L. L.; DIAS, A. C. G.; CAERAN, J.; COLLARES, L. A.; PENTEADO, R. V. Transtorno Bipolar: reflexões sobre diagnóstico e tratamento. **Perspectiva,** v. 34, n. 128, p. 151-166, 2010. Disponível em: <http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/128_144.pdf>. Acesso em: 17 agos. 2016.

PINHO, M.; SEHMBI, M.; CUDNEY, L. E.; KAUER-SANT'ANNA, M.; MAGALHÃES, P. V.; REINARES, M. et al. The association between biological rhythms, depression, and functioning in bipolar disorder: a large multi-center study. **Acta Psychiatr. Scand.** v. 133, n. 2, p. 102-8, 2015. DOI: [10,1111 / acps.12442](https://doi.org/10.1111/acps.12442)

POMPILI, M.; GONDA, X.; SERAFINI, G.; INNAMORATI, M.; SHER, L.; AMORE, M. et al. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. **Bipolar Disord.** v. 15, p. 457-490, 2013.

POPULAÇÃO. **População Benedito Bentes – Maceió.** s/d. Disponível em: <http://populacao.net.br/populacao-benedito-bentes_maceio_al.html>. Acesso em: 25 nov. 2016.

RASSI, A.; ARAÚJO, A. S. M. S. de; NASCIMENTO, I. Transtorno bipolar: curso e qualidade de vida. In: NARDI, A. E. **Transtorno bipolar: diagnóstico e tratamento**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2010, p. 81-95.

RASSI, A.; ARAÚJO, A. S. M. S.; NASCIMENTO, I. Transtorno bipolar: curso e qualidade de vida. In: NARDI, A. E. **Transtorno bipolar: diagnóstico e tratamento**. – São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2010. p. 81-96.

ROCCA, C. C. A.; LAFER, B. Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. **Rev. Bras. Psiquiatr. [online]**. v. 28, n. 3, p. 226-237, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000300016>>. Acesso em: 21 dez. 2016.

ROCHA, H. A. L.; CARVALHO, E. R.; CORREIA, L. L. **Conceitos Básicos em Epidemiologia e Bioestatística**. Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Disciplina de Epidemiologia e Bioestatística. s/d. Disponível em: <<http://www.epidemiologia.ufc.br/files/ConceitosBasicosemEpidemiologiaeBioestatistica.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

ROCHA, S. V.; ALMEIDA, M. M. G.; ARAÚJO, T. M.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Rev. bras. epidemiol. [online]**, v. 13, n. 4, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n4/08.pdf>>. Acesso em: 16 agos. 2016.

ROUQUAYROL, M. Z., SILVA, M.G.C. **Rouquayrol epidemiologia & saúde**. 7.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

RUNESON, B.; HAGLUND, A.; LICHTENSTEIN, P.; TIDEMALM, D. Suicide Risk After Nonfatal Self-Harm: A National Cohort Study, 2000–2008. **J Clin Psychiatry**. v. 77, n. 2, p. 240-246, 2016. Disponível em: <<http://www.psychiatrist.com/jcp/article/Pages/2016/v77n02/v77n0217.aspx>>. Acesso em: 05 out. 2016.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J Bras Psiquiatr**. v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a11v59n3.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2016.

SCUSSEL, F.; SALVADOR, L. C.; BRANDÃO, L. S.; FEIER, G. Perfil clínico dos pacientes com transtorno bipolar atendidos em um ambulatório especializado na região sul catarinense. **Arq. Catarin. Med.** v. 45, n. 4, p. 03-10, 2016. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/133/109>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

SEVERANCE, E. G.; GRESSITT, K. L.; YANG, S.; STALLINGS, C. R.; ORIGONI, A. E.; VAUGHAN, C. et al. Seroreactive marker for inflammatory bowel disease and associations with antibodies to dietary proteins in bipolar disorder. **Bipolar Disord**. v. 16, n. 3, p. 117-7986, 2013. DOI: 23040.10.1111/bdi.12159

SILVA, D. F.; SANTANA, P. R. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v. 6, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1214/1099>>. Acesso em: 01 agos. 2016.

SOARES FILHO, G. L. F. Subtipos – o espectro bipolar. In: NARDI, A. E. **Transtorno bipolar: diagnóstico e tratamento**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2010, p. 61-80.

SOARES, J. A. S.; ALENCAR, L. D.; CAVALCANTE, L. P. S. et al. Impactos da urbanização desordenada na saúde pública: leptospirose e infraestrutura urbana. **Polêm!ca**, v. 13, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/9632/7591>>. Acesso em: 02 agos. 2016.

SOUZA, F. G. M. Tratamento do transtorno bipolar: Eutimia. **Rev Psiquiatr Clin.** v. 32, n. 1, p. 63-70, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24414.pdf>>. Acesso em: 18 agos. 2016.

STEFANELLI, M. C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. – Barueri, SP; Manole, 2008.

STEFANELLI, M. C. FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri, SP: Manole, 2011. 668 p.

SUBRAMANIAM, M.; ABDIN, E.; VAINGANKAR, J. A. Prevalence, correlates, comorbidity and severity of bipolar disorder: Results from the Singapore Mental Health Study. **Journal of Affective Disorders**. Singapore, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.09.002>

SUOMINEN, K.; MANTERE, O.; VALTONEN, H.; ARVILOMMI, P.; LEPPÄMÄKI, S.; ISOMETSÄ, E. Gender differences in bipolar disorder type I and II. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. v. 120, p. 464–473, 2009. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.01407.x.

SUPPES, T.; DENNEHY, E. B. **Transtorno Bipolar**. Porto Alegre: Artmed; 2009.

TAYLOR, M.; BRESSAN, R. A.; PAN, P. M.; BRIETZKE, E. Early intervention for bipolar disorder: current imperatives, future directions. **Rev. Bras. Psiquiatr. [online]**. v. 33, n. 2, p. 197-212, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462011000600006>>. Acesso em: 06 set. 2016.

TERRA, M. B.; BARROS, H. M.; STEIN, A. T.; FIGUEIRA, I.; ATHAYDE, L. D.; OTT, D. R.; et al. Predictors of relapse in 300 Brazilian alcoholic patients: a 6-month follow-up study. **Subst Use Misuse**. v. 43, n. 403, p. 403-11, 2008.

THE WHOQOL GROUP, Development of the World Health Organization WHOQOL – BREF, Quality of life assessment *Psychological Medicine*. v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998.

TORRES, T. Z. G.; MAGNANINI, M. M. F.; LUIZ, R. R. Amostragem. In: MEDRONHO, A. R. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2011. p. 403-14.

TRIBUNA. **Unicamp cria exame de sangue para identificar esquizofrenia e transtorno bipolar**. Diagnóstico das doenças mentais é feito com ressonância magnética. A tribuna online. 27 setembro 2016. Disponível em: <<http://www.atribuna.com.br/noticias/noticias-detalle/cidades/unicamp-cria-exame-de-sangue-para-identificar-esquizofrenia-e-transtorno-bipolar/?cHash=4e3373537972cfd9e9b855d493f149a8>>. Acesso em: 11 dez. 2016.

VALENÇA, A. M.; PAPELBAUM, M. Diagnóstico In: NARDI, A. E. **Transtorno bipolar: diagnóstico e tratamento**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2010, p. 15-30.

VALTONEN, H.; SUOMINEN, K.; MANTERE, O.; LEPPÄMÄKI, S.; ARVILOMMI, P.; ISOMETSA, E. T. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. **Bipolar Disorders An International Journal Of Psychiatry and Neurosciences**. v. 8, p. 576-585, Ed. 5p2, 2006. DOI: 10,1111 / j.1399-5618.2006.00341.x

VIETA, E.; COLOM, F.; MARTÍNEZ-ARÁN, A.; BENABARRE, A.; GASTO, C. Personality disorders in bipolar II patients. **J Nerv Ment Dis**. v. 187, n. 4, p. 245-248, 1999.

WHO. World Health Organization. **The world health report 2008: primary health care now more than ever**. 2008. Geneva, WHO, 2015.

WHO. World Health Organization. **Mental disorders**. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>>. Acesso em: 29 jul. 2016.

WHO. World Health Organization. **MI-GAP Manual de Intervenções: para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde**. Programa de Ação Mundial em Saúde Mental. Versão 1.0. WHO, 2010.

WHO. World Health Organization. **OMS Qualidade de Vida-BREF (WHOQOL-BREF)**, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/>. Acesso em: 16 agos. 2016.

YASSEEN, B.; KENNEDY, J. L.; ZAWERTAILO, L. A.; BUSTO, U. E. Comorbidity between bipolar disorder and alcohol use disorder: association of dopamine and serotonin gene polymorphisms. **Psychiatry Research**. v. 176, p. 30–33, 2010. DOI: 10.1016/j.psychres.2008.12.009

APÊNDICE A - Critérios diagnósticos para episódio maníaco

Quadro 1 - Critérios diagnósticos para episódio maníaco

<p>A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária).</p>	
<p>B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autoestima inflada ou grandiosidade. 2. Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono). 3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando. 4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados. 5. Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado. 6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (i.e., atividade sem propósito não dirigida a objetivos). 7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para conseqüências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).
<p>C. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existem características psicóticas.</p>	
<p>D. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, outro tratamento) ou a outra condição médica.</p>	

Fonte: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – 5), 2014.

APÊNDICE B - Critérios diagnósticos para episódio hipomaníaco

Quadro 2 - Critérios diagnósticos para episódio hipomaníaco

<p>A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.</p>	
<p>B. Durante o período de perturbação do humor e aumento de energia e atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) persistem, representam uma mudança notável em relação ao comportamento habitual e estão presentes em grau significativo:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autoestima inflada ou grandiosidade. 2. Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono). 3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando. 4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados. 5. Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado. 6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora. 7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para conseqüências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).
<p>C. O episódio está associado a uma mudança clara no funcionamento que não é característica do indivíduo quando assintomático.</p>	
<p>D. A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas.</p>	
<p>E. O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização. Existindo características psicóticas, por definição, o episódio é maníaco.</p>	
<p>F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, outro tratamento).</p>	

Fonte: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – 5), 2014.

APÊNDICE C - Critérios diagnósticos para episódio depressivo maior

Quadro 3 - Critérios diagnósticos para episódio depressivo maior

<p>A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.) 2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa). 3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.) 4. Insônia ou hipersonia quase diária. 5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outras pessoas; não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento). 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias. 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriinação ou culpa por estar doente). 8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por - relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa). 9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
--	---

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

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Fonte: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – 5), 2014.

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntário (a) da pesquisa e pelo responsável).

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, ,
tendo sido convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa: **A EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E DO USO DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**, sob coordenação da **Profa. Dra. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque** e vice-coordenação da **Profa. Dra. Mércia Zeviani Brêda**, recebi as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a conhecer a proporção ou magnitude dos transtornos mentais e uso de crack, álcool e outras drogas entre a população residente em Maceió/Alagoas, iniciando pelo bairro Benedito Bentes;
- Que o estudo será feito com a aplicação de questionários que abordam aspectos sociais, econômicos e de saúde mental dos entrevistados.
- Que o estudo começou em agosto de 2013 e terminará em agosto de 2015;
- Que os resultados que se desejam alcançar são conhecer a ocorrência dos transtornos mentais comuns, do uso de drogas e os fatores que os determinam entre a população residente de Maceió-Alagoas;
- Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são emocionais, não havendo riscos a minha saúde física e que contarei com a assistência da pesquisadora para ter um encaminhamento necessário, caso seja identificado algum transtorno que precise de avaliação e/ou tratamento;
- Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente, será uma melhor atenção a saúde da população residente em Maceió;
- Que, sempre que desejar, será fornecido esclarecimento sobre cada uma das etapas do estudo;
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;
- Que a importância deste estudo é que, com os dados obtidos, haverá a possibilidade de planejar e operacionalizar a implantação da Rede de Atenção Psicossocial em Maceió, desenvolvendo ações de saúde mental que minimizem os efeitos e as ocorrências de transtornos mentais e do uso de crack, álcool e outras drogas.
- Que autorizo a utilização das minhas respostas, desde que para fins de pesquisa e divulgação dos resultados advindos delas;
- Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;
- Que minha participação é voluntária, não há compensação financeira;
- Que os gastos da pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores; portanto, não precisarei desembolsar nenhuma quantia;

- Que fica garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial e extrajudicial.
- Que a pesquisa será suspensa caso não se obtenha uma amostra representativa da população a ser estudada.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do (a) participante-voluntário (a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Endereço das responsáveis pela pesquisa:

1. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque - Coordenadora

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Unidade Acadêmica: Escola de Enfermagem e Farmácia. Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, Cep: 57072-970 Fone: (82) 3214-1154

2. Mércia Zeviani Brêda- Vice-coordenadora

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Unidade Acadêmica: Escola de Enfermagem e Farmácia. Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, Cep: 57072-970 Fone: (82) 3214-1154

Contato de urgência:

1. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque – Coordenadora

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Unidade Acadêmica: Escola de Enfermagem e Farmácia. Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, Cep: 57072-970 Fone: (82) 3214-1154

2. Mércia Zeviani Brêda- Vice-coordenadora

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Unidade Acadêmica: Escola de Enfermagem e Farmácia. Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, Cep: 57072-970 Fone: (82) 3214-1154

Assinatura ou impressão datiloscópica do (a) voluntário (a) ou responsável legal (Rubricar as demais folhas)	Nome e Assinatura do(s) responsável (eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas) Maria Cicera dos Santos de Albuquerque Coordenadora da Pesquisa
	Nome e Assinatura do(s) responsável (eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas) Mércia Zeviani Brêda Vice Coordenadora da Pesquisa

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1041

Maceió,..... de.....,de 2015

APÊNDICE E – Questionário de Pesquisa de Campo Sociodemográfico

Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Alagoas

Universidade Federal de Alagoas

Escola de Enfermagem e Farmácia

Secretaria de
Estado da Saúde
Secretaria de
Estado da Ciência, da
Tecnologia e da Inovação



QUESTIONÁRIO DE PESQUISA DE CAMPO

Os dados serão utilizados exclusivamente para a pesquisa **A EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E DO USO DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM MACEIÓ/ALAGOAS**, sendo garantido o anonimato e sigilo de todas as informações fornecidas.

Data de Preenchimento do questionário: ____/____/____ Horário: ____:____ Município: _____

Bairro: _____ Código da Entrevista: _____

Entrevistador: _____

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1.1-Idade: ____anos

1.2-Sexo: Masc. () Fem. ()

1.3-Estado civil:

() Solteira/o () Casada/o () Companheira/o () Separada/o Divorciada/o () Viúva/o

1.4-Você se considera:

Indígena Negro/a Pardo/a Amarela/o Mulata/o Branca

1.5-Tem filhos/as: Sim Não Quantos? _____ Masculino Feminino

1.6- Ocupação: _____

2.7-Grau máximo de estudo que completou?

- Ensino Fundamental
 Ensino Médio
 Ensino Superior (Faculdade)
 Bacharelado
 Mestrado ou mais
 Nenhum

1.8-Quais as ocupações (empregos) anteriores?

1.9-Quais documentos possui:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento | <input type="checkbox"/> Título de Eleitor |
| <input type="checkbox"/> RG | <input type="checkbox"/> CR |
| <input type="checkbox"/> CTPS | <input type="checkbox"/> CPF |

2. HABITAÇÃO

2.1-Você reside em: Casa Cômodo Barraco Outro _____

2.2-Número de cômodos: _____

2.3-Destino do lixo: () Coletado () Queimado () Enterrado () Jogado a céu aberto
 () Outro: _____

2.4-Situação: () Própria () Alugada () Cedida () Invadida () Arrendada
 () Financiada () Outra: _____

2.5- Tipo de casa: () Tijolo/Alvenaria () Madeira () Lona
 () Taipa revestida () Taipa não revestida () Outro: _____

3. VIOLÊNCIA

3.1- Já foi vítima de algum tipo de violência?

() Não () Sim. Qual? _____

3.2- Onde?

() Na rua () No trabalho () Na escola () Em casa () Outro lugar: _____

3.3- Já presenciou algum tipo de violência? () Não () Sim

Qual? _____

3.4-Quais tipos de violência são mais frequentes na comunidade?

() Assalto () Homicídio () Agressão física () Suicídio () Violência sexual

() Outros: _____

3.5-Nas situações de violência quais as medidas tomadas?

() Não faz nada () Procura a polícia () Procura liderança comunitária

() Outros: _____

3.6- Você tem envolvimento com a polícia?

Não Sim Qual? _____

3.7- Responde algum processo judicial? Sim Não

4. FATORES FAMILIARES

5.1-Tipo de família:

Nuclear Reconstituída Ampliada Monoparental

5.2-Quem é o chefe da família?

Pai Mãe Tia Avó Outros _____

5.3-Como os filhos são educados?

Conversa Castigo Força Física Outro _____

5.4-Qual a frequência desses comportamentos em família?

Conversa sobre o dia a dia:

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

Presença na escola:

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

Conversa sobre sexualidade:

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

Ver televisão juntos:

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

Comer juntos:

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

Sair para passear:

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

Fazer compras:

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

Brincar juntos:

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

Demonstrações de afeto (abraço, beijo, carinho, elogio):

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

5.5- Qual a frequência desses comportamentos em família?

Insultos:

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

Humilhações:

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

Ameaças:

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

Tapas:

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

Empurrões:

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

Surras/chutes:

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

Estrangulamento (tentativa):

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

Socos:

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

Agressão com objetos (outros):

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

Entre quem?

Marido/Mulher Pais/Filhos Irmão/ Irmão Outros: _____

5.6- Outro problemas freqüente de relacionamento entre pais e filhos?

Não Sim. Qual? _____

5.7-Uso de substâncias psicoativas por pais ou familiares?

Não Sim. Qual familiar? _____

5.8-Presença de orientação e de apoio por parte dos pais? Sim Não

5.9. Os pais estiveram presentes na infância? Sim Não

5.10- Onde a família vai em momentos de lazer? Praia Praça Casa de parentes

Fica em casa Bares Outros: _____

5.11 Em quais locais de cultura e lazer já estiveram com a família? Praça

Quadra Campo Praia Parque Cinema Teatro Museu

Apresentações folclóricas Shopping Outros

5. ACESSO À REDE DE SERVIÇO

6.1- Está freqüentando a escola? Sim Não

6.2- Como é o acesso a escola? ()A pé ()De transporte público gratuito ()De transporte público pago
()De bicicleta ()De transporte escolar ()Outros

6.3- Participa atualmente de treinamento técnico ou programa educacional? ()Sim ()Não

6.4- A família recebe algum benefício previdenciário? ()Sim ()Não

Quais? () Auxílio doença () Aposentadoria () Pensionista

6.5- Você participa de algum programa social?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| () BPC | () Pró – Jovem |
| () PETI | () Cesta básica / Programa do leite |
| () Bolsa família/ cartão cidadão / Bolsa escola | () Transporte gratuito |
| () Agente Jovem | () Habitação popular |
| () PAIF | () Qualificação profissional |
| () Fome Zero | () Não possui |

6.6- Quais são os serviços da rede que você tem acesso?

- () Prefeitura comunitária () Associação () Cooperativa () Sindicatos () Grupos religiosos ()
ONG () Grupo de jovens () Grupo de mulheres () Grupo de idosos
- () Grupo esportivo

6.7- Área de maior problema na comunidade: ()Segurança ()Educação ()Saúde

()Habitação ()Transporte e comunicação ()Cultura e lazer ()Infra-estrutura

()Trabalho ()Lixo ()Outros _____

6.8- Tipo de convênio/seguro de saúde?

- () Nenhum (SUS)
() Plano de saúde privado
() Convênio militar
() Outro. Qual? _____

6.9- Nos últimos 12 meses você ou alguém da sua família foi atendido em algum destes serviços?

CRAS

CREAS

Associações

Liberdade Assistida

ONGs

Comunidade terapêutica

Albergue

Abrigo

CRAS

CREAS

Igreja

Centro comunitário

Ministério público

Grupos de auto-ajuda

Atenção Básica

CEO

CAPS

PAM

Pronto-socorro

Hospital Psiquiátrico

CEAD

ADEFAL

PESTALOZZI

APAE

6.10- Você participa de grupo folclórico?

Não

Sim. De que? Pastoril Guerreiro Coco de roda Quadrilha junina

Outro _____

6.11- Qual(s) recurso de cultura e lazer tem na sua comunidade?

Praça Quadra Campo Parque Cinema Teatro Museu

Shopping Grupos folclóricos Praia Outro _____

6.12- Qual(s) recurso de cultura e lazer gostaria que tivesse em sua comunidade?

Praça Quadra Campo Parque Cinema Teatro Museu

Shopping Grupos folclóricos Outro: _____

6.13- Como você utiliza seu tempo de folga em casa?

TV Videogame Computador Com turma de amigos

Ajuda em casa Trabalho Namoro Não faz nada.

ANEXO A - Identificação do Estrato Socioeconômico

INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO ESTRATO SÓCIO-ECONÔMICO
Pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) 2014

Variáveis	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Microondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de roupa	0	2	2	2	2

Fonte: Associação brasileira de empresas de pesquisa (ABEP) – Classificação para 2014

Escolaridade da pessoa de referência	Quantidade
Analfabeto/Fundamenta I incompleto	0
Fundamento I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

Fonte: Associação brasileira de empresas de pesquisa (ABEP) – Classificação para 2014

Serviços públicos	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Fonte: Associação brasileira de empresas de pesquisa (ABEP) – Classificação para 2014

Estrato	Pontos de corte	Classificação	
Estrato 1	43 -100	A	Alta classe alta
Estrato 2	37 -42	B1	Baixa classe alta
Estrato 3	26 - 36	B2	Alta classe média
Estrato 4	19 - 25	C1	Média classe média
Estrato 5	15 - 18	C2	Baixa classe média
Estrato 6	11 - 14	D	Vulnerável
Estrato 7	0 - 10	E	Pobre e extremamente pobre

Fonte: Associação brasileira de empresas de pesquisa (ABEP) – Classificação para 2014

ANEXO B - WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre - RS - Brasil

Instruções

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

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

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeit o
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastant e	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão agradável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atividades)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o quanto completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de sentir sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de várias **aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.**

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades de seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições de local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas **últimas duas semanas.**

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespere, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

M.I.N.I.**Mini International Neuropsychiatric Interview**

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

<i>Nome do(a) entrevistado(a):</i>	_____	<i>Número do protocolo:</i>	_____
<i>Data de nascimento:</i>	_____	<i>Hora de início da entrevista:</i>	_____
<i>Nome do(a) entrevistador(a):</i>	_____	<i>Hora de fim da entrevista:</i>	_____
<i>Data da entrevista:</i>	_____	<i>Duração total da entrevista:</i>	_____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	CID-10		
A EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	290.20-290.28	Depressão	F30.0	
	Recorrente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	290.10-290.18	Recorrente	F30.1	
	EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANÓLICAS (epidura)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	290.20-290.28	Depressão	F30.0
				290.10-290.18	Recorrente	F30.1
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	300.4		F34.1	
C RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês) Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Último: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	nenhum		nenhum	
D EPISÓDIO MANIACO	Atual	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	290.00-290.08		F30.0*	
	Passado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
EPISÓDIO HIPOMANIACO	Atual	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	290.10-290.18		F31.0*	
	Passado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
E TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	300.00-300.01		F40.01*	
	Vida inteira	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
F AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	300.20		F40.00	
G FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	300.20		F40.01	
H TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	300.3		F40.2	
I TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	300.40		F40.3	
J DEPENDÊNCIA DE ALCÓOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	300.9		F10.0*	
	ABUSO DE ALCÓOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	300.00		F10.1
K DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não Álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	290.00-290.90.00-90		F11.0-711.1	
	ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não Álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	290.00-290.90.00-90		F11.0-711.1
L SÍNDROME PSICÓTICA	Atual	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
	Vida inteira	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	290.24-290.26			
	Vida inteira	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
290.20-290.22						
290.23-290.25						
M ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	301.1		F50.0	
N BULIMIA NERVOSA	Atual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	301.01		F50.0	
	ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMULADO	Atual	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	301.1		F50.0
O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	300.00		F41.1	
	Vida inteira	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
P TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	301.7		F60.2	

INSTRUÇÕES GERAIS

O MINI. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O MINI. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

■ Entrevista:

Com o objetivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas "sim" ou "não".

■ Apresentação:

O MINI está dividido em módulos identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto o módulo "L" que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões-filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários quadros diagnósticos permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

■ Convenções:

As frases escritas em "letras minúsculas" devem ser lidas "palavra por palavra" para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em "MAIÚSCULAS" não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em "negrito" indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aquelas presentes ao longo desse período.

As frases escritas entre parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidas de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (→) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar "NÃO" no(x) quadro(x) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

■ Instruções de cotação :

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja "SIM" ou "NÃO".

O clínico deve se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas "c / ou").

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do MINI. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECURNER, M.D. / Thierry BERGUYA, M.S.
 Insam U902
 Hôpital de la Salpêtrière
 47, boulevard de l'Hôpital
 F. 75651 PARIS
 FRANCE

tel: +33 (0) 1 42 16 16 89
 fax: +33 (0) 1 45 95 28 00
 e-mail: berguya@psi.jussieu.fr

Patricia AMORIM, M.D., PhD
 Instituto NIMLUS
 Rua SP nº 225 Setor Sul
 74091-140 – Goiânia – Goiás
 BRASIL

Tel: + 55 241 41 74
 fax: + 55 241 41 74
 e-mail: pat.amorim@terra.com.br

David V. Sheehan, M.D.,
 M.B.A.
 University of South Florida
 Institute for Research in Psychiatry
 3515 East Fowler Avenue
 TAMPA, FL USA 33613-5788

ph: +1 813 974 4544
 fax: +1 813 974 4575
 e-mail:
dvsheehan@central.med.usf.edu

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

→ SIGNIFICA: SE ENTREVISTADO(A) QUANDO(A) NÃO RESPONDEU(A), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UMA DAS CASAS DO TÍTULO SEQUENTE

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1	
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2	
A1 <u>OU</u> A2 SÃO COTADAS SIM ?		NÃO	SIM		
A3	Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:				
a	O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de \pm 5% ao longo do mês, isto é, \pm 3,5 Kg, para uma pessoa de 65 Kg)	NÃO	SIM	3	
COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO					
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4	
c	Faleu ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	5	
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6	
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7	
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8	
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	9	
A4	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 <u>OU</u> A2 = "NÃO")	NÃO	SIM *		
SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:		EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL			
A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos ? SINTOMAS ENFLECADOS DE A3a à A3g?	→	NÃO	SIM	10
b	Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse ?	NÃO	SIM	11	
A5b É COTADA SIM ?		NÃO	SIM		
		EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE			

* SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A6a, A6b) NA PÁGINA 5

A³. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

→ SIGNIFICA: MELANCOLICAMENTE AO(X) QUANDO(X) E MELANCÓLICO(S), ASSIMILAR NÃO ENCADEIA-SE PARA IR AO MÓDULO SEQUENTE

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6a	A3 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	11
b	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?			
	A6a <u>OU</u> A6b SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	A3e É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE/DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO SIM

**EPISÓDIO DEPRESSIVO
MAIOR
com Características
Melancólicas
ATUAL**

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

→ SIGNIFICA: SE CORRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) E HABILIDADES(S), ASSINALAR **NÃO** EM CASO DE NÃO PASSAR AO MÓDULO SEQUENTE

NÃO EXPLORAR ESTE MÓDULO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL.

E1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→		
		NÃO	SIM	20
E2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	SIM	21
E3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
		→		
	NÃO PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM E3?	NÃO	SIM	
E4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→		
		NÃO	SIM	28
	E4 É COTADA SIM?	<p>NÃO SIM</p> <p>TRANSTORNO DISTÍMICO</p> <p>ATUAL</p>		

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:				Pontos															
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1															
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2															
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO	SIM	6															
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	10															
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	10															
Ao longo da sua vida:																			
C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	4															
HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?																			
SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:		<table border="1"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th colspan="2">SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">RISCO DE SUICÍDIO ATUAL</td> </tr> <tr> <td>1-5 pontos</td> <td>Baixo</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6-9 pontos</td> <td>Moderado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>≥ 10 pontos</td> <td>Alto</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM		RISCO DE SUICÍDIO ATUAL			1-5 pontos	Baixo	<input type="checkbox"/>	6-9 pontos	Moderado	<input type="checkbox"/>	≥ 10 pontos	Alto	<input type="checkbox"/>
NÃO	SIM																		
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL																			
1-5 pontos	Baixo	<input type="checkbox"/>																	
6-9 pontos	Moderado	<input type="checkbox"/>																	
≥ 10 pontos	Alto	<input type="checkbox"/>																	

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

→ SIGNIFICA : IR EXISTENTE AO(A) GONDO(A) E MENTAR DO(A), ASSIM COMO NÃO EM CADA UM DOS CASOS A SEGUIR

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (Não considerar respostas que ocorram apenas sob o efeito de drogas ou álcool)	NÃO	SIM	1
	Se O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO" OU "CHEIO DE ENERGIA", EXPLICAR-DEA SEGUNTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	Se D1a - SIM: b Sentiu-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (Não considerar as respostas que ocorram apenas sob o efeito de drogas ou álcool)	NÃO	SIM	3
	Se D2a - SIM: b Sentiu-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
	D1a <u>OU</u> D2a SÃO COTADAS "SIM" ?	→ NÃO	SIM	

D3 Se D1b OU D2b - "SIM": EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL

Se D1b E D2b - "NÃO" : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE

Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :

a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que as outras seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam acompanhá-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...)?	NÃO	SIM	11
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3 OU 4 SE D1a - "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b - "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL)?	→ NÃO	SIM	

D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana E lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

NÃO SIM 12

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

D4 É COTADA "NÃO" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANIACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA "SIM" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANIACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

→ SIGNIFICA: RESPONDENTE PARA ES, ASSINALAR NÃO e FALAR AO NÚMERO ADQUENTE

E1	Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ?	→ NÃO	SIM	1
	SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	→ NÃO	SIM	2
E2	Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/sem motivo ?	→ NÃO	SIM	3
E3	Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	4
E4	Durante o episódio em que se sentiu pior :			
	a. Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?	NÃO	SIM	5
	b. Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	6
	c. Teve tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	7
	d. Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	8
	e. Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	9
	f. Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	10
	g. Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	11
	h. Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	12
	i. Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou inverais ou sentiu-se como que desligado (a) de todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	13
	j. Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	14
	k. Teve medo de morrer ?	NÃO	SIM	15
	l. Teve dormências ou formigamentos no corpo ?	NÃO	SIM	16
	m. Teve ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	17
E5	E3 - SIM E HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
		<i>Transtorno de Pânico</i> <i>Vida inteira</i>		
E6	SE E5 - "NÃO", HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
	SE E6 - "SIM", PASSAR A F1.	<i>Ataques Fóbicos em</i> <i>Situações Vida inteira</i>		
E7	Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um modo constante de ter outro episódio ?	NÃO	SIM	18
		<i>Transtorno de Pânico</i> <i>Atual</i>		

F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	--	-----	-----	----

SE F1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las?	NÃO	SIM	20
		<i>Agorafobia Atual</i>		

F1 (Agorafobia Atual) É COTADA "NÃO" c	E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA "SIM" ?	NÃO	SIM	TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL
F1 (Agorafobia Atual) É COTADA "SIM" c	E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA "SIM" ?	NÃO	SIM	
F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "SIM" c	E5 (Transtorno de Pânico Vívida Inteira) É COTADA "NÃO" ?	NÃO	SIM	AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL

G. FOBLA SOCIAL (*Transtorno de Ansiedade Social*)

→ SIGNIFICA: RESPONDEMENTE AO(X) QUALQUER(X) SIM OU NÃO SIM DO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA LÍNEA PARA AS COLUNAS SEQUENTES

G1	<p> Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando? </p>	→	NÃO	SIM	1
G2	<p> Acha que esse medo é excessivo ou injustificado? </p>	→	NÃO	SIM	2
G3	<p> Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta? </p>	→	NÃO	SIM	3
G4	<p> Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais? </p>		NÃO	SIM	4

G4 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM

FOBLA SOCIAL (*Transtorno de Ansiedade Social*) ATUAL

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

→ SIGNIFICA: SE DETERMINANTE AO(X) QUALQUER(X) COM RESPOSTA(S), ASSIMILAR NÃO EM CADA UMA E FALAR AO SÍMBOLO ADEQUADO

H1	<p>Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos/ideias ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo? (por exemplo, a ideia de que estava soje(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por ideias/imagens acasais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?)</p> <p>NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIO SEXUAL, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ALCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.</p>							
H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas ideias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	→ NÃO passar a H3	SIM	2				
H3	Acha que essas ideias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3				
				obsessões				
H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4				
				compulsões				
H3 OU H4 SÃO COTADAS "SIM" ?		→ NÃO	SIM					
H5	Pensa que essas ideias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	→ NÃO	SIM	5				
H6	Essas ideias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6				
H6 É COTADA "SIM" ?		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">NÃO</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;"> TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL </td> </tr> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL	
NÃO	SIM							
TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL								

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

→ SIGNIFICA: SE RESPONDERE AO(X) QUALQUER(X) EM "SIM" OU "NÃO", ASSINALAR "NÃO" EM CADA UMA DAS CASAS DO MÓDULO SEGUINTE

11	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO A MÃO ARMADA, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
12	Durante o último mês, pensou frequentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sentiu com ele ou frequentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2
13	Durante o último mês:			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM 13 ?	→ NÃO	SIM	
14	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade de dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades de se concentrar ?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM 14 ?	→ NÃO	SIM	
15	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14
	IS É COTADA SIM?	NÃO	SIM	
				TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ALCÓOL

→ SIGNIFICA: FREQUENTEMENTE (S) QUANDO (S) E NUNCA (S), SEMPRE (S) NÃO INDICAM UMA FALHA AO NÍVEL DO RESPONTE

J1	Nas últimas 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (ginga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas ?	→ NÃO	SIM	1
J2	Nas últimas 12 meses:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
f	Reduzia suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?		NÃO	SIM	
		DEPENDÊNCIA DE ALCÓOL ATUAL		
J3	Durante os últimos 12 meses:			
a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com suas familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J3 ?		NÃO	SIM	
		ABUSO DE ALCÓOL ATUAL		

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCÓOLICAS)

→ SIGNIFICA: EXPERIMENTALMENTE AO(S) QUANTO(S) OU EXISTE(O) (S), APENAS NÃO EM CADA UM DOS CASOS AO MÉDULO SELOVETE

K1	Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar "de cabeça fria / chagado(a)"?	→ NÃO	SIM
----	---	----------	-----

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

ESTIMULANTES: anfetamina, "bolinha", "rebite", ritalina, pílulas anorxigênicas ou tira-fome.

COCAÍNA: "coca", pó, "novo", "branquinha", pasta de coca, maria, crack, pedra.

OPÍACEOS: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio®, Elixir Paragórico®, Elixir de Dover®, codcina (Belacodid®, Belgar®, Pambeny®), meperidina (Dolantina®, Demerol®), propofeno (Algasan®, Dolocac A®), fentanil (Inova®)

ALUCINOGÊNICOS: L.S.D., "ácido", mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, "vegetal" (Ayahuasca, daimo, hoasca), Artano®.

SOLVENTES VOLÁTEIS: "cola", éter, "laca perfume", "cheirinho", "solé"

CANABINÓIDES: cannabis, "erva", maconha, "bocudo", hashish, THC, bangê, ganja, diamba, marijuana, marihuana

SEDATIVOS: Valium®, Diazepam®, Dicynax®, Somalium®, Frisium®, Faiscodin®, Lexotan®, Loraz®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbasil®, Sonchon®, barbitúricos

DIVERSOS: Anabolizantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica.

Tome outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) MAIS CONSUMIDA(S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) A SER(EM) EMPREGADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- * SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- * SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

K2	Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:		
a	Constava que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito?	NÃO	SIM 1
b	Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dor, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náusea, suor, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a)? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor?	NÃO	SIM 2
COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO			

- c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], frequentemente consumia mais do que pretendia? NÃO SIM 3
- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 4
- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 1 hora tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos de(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas? NÃO SIM 5
- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s)? NÃO SIM 6
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM 7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K1 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO → SIM

DEPENDÊNCIA DE
SUBSTÂNCIA(S)
ATUAL

K3 Durante os últimos 12 meses:

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou "de cabeça feita / chapado(a)" com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 8
 COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM 9
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 10
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas? NÃO SIM 11

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO SIM

ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S)
ATUAL

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTA MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

SE COTAR SIM SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DIFERENTES.

AVISAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA.

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.				Bizarro		
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o(a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM		1
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM	→ L6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO		SIM		3
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM	→ L6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) faria agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído(a) ?	NÃO	SIM		SIM	5
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM	→ L6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você ?	NÃO	SIM	SIM		7
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM		8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR "SIM" APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA , DE RUÍNA, DE GRANDEZA, OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM		SIM	9
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM		10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR "SIM" "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	NÃO	SIM		SIM	11
b	SE SIM : Ouvia essas coisas/ vozes no último mês?	NÃO	SIM	SIM	→ L6a	12

L7a	Alguma vez - ou alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTACANTES.	NÃO	SIM	13
b	SE SIM : Teve essas visões no último mês?	NÃO	SIM	14
OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:				
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE EXCÊNTRICO OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES?	NÃO	SIM	15
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM	16
L10b	Os sintomas negativos tipicamente esquizofrênicos (embotamento afetivo, pobreza do discurso, falta de energia ou de interesse para iniciar ou terminar as atividades) são proeminentes durante a entrevista?	NÃO	SIM	17
L11	DE L1 a L13 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO «b» COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES «b» COTADAS "SIM" <u>QUÃO BIZARRO?</u>	NÃO _____ SIM _____ SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL		
L12	DE L1 a L13 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO «b» COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES «b» COTADAS "SIM" <u>QUÃO BIZARRO?</u> (VERIFICAR SE OS SINTOMAS OCORREM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA "SIM" ?	NÃO _____ SIM _____ SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA		
L13a	SE L11 É COTADA "SIM" E SE HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE L1 a L7: O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A1 = SIM) OU PASSADO (A2 = SIM) OU UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (M = SIM) ?	→ NÃO _____ SIM _____		
b	SE L13a É COTADA "SIM": Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / sufocado(a) / continuamente irritável. Ao longo da sua vida, as idêias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 a L7) ocorreram amento durante esse(s) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / sufocado (a) / continuamente irritável ?	→ NÃO _____ SIM _____ 18		
c	SE L13a É COTADA "SIM": ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A2) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (M) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?	NÃO _____ SIM _____ TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas ATUAL		
d	L13b OU L13c SÃO COTADAS "SIM" ?	NÃO _____ SIM _____ TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas VIDA INTEIRA		

M. ANOREXIA NERVOSA

→ SIGNIFICA: SE OBSERVAREMOS O(X) QUANDO O(X) É NÃO (SIM/NÃO), MARQUEMOS NÃO EM CADA UMA DAS CASAS DO NÚMERO ACIMA

M1a	Qual é a sua altura ?		cm	

b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?		kg	
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver Tabela de correspondência abaixo)	→	NÃO	SIM

	Durante os últimos 3 meses:			
M2	Tentou não engordar, embora ganhar peso ?	→	NÃO	SIM
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?	→	NÃO	SIM
M4a	Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?		NÃO	SIM
b	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?		NÃO	SIM
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?		NÃO	SIM
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→	NÃO	SIM
M6	APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	→	NÃO	SIM

PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?
PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
ANOREXIA NERVOSA ATUAL	

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

Mulheres altura/ peso															
cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178	
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Homens altura/ peso															
cm	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188	191
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Os limites de peso acima correspondem a uma redução de 15% em relação ao peso normal, segundo o gênero, como requerido pelo DSM-IV. Esta tabela reflete pesos 15% menores que o limite inferior do intervalo da distribuição normal da Tabela de Peso da Metropolitan Life Insurance.

N. BULIMIA NERVOSA

→ SIGNIFICA: SE RESPETAMENTE AO(X) QUANTO(X) É NEGATIVO(O), ASSIMILAR NÃO ENCAMINHE PARA O MÓDULO SEQUENTE

N1	Nas últimas 3 meses, teve crises de "comer descontroladamente" durante as quais ingeria quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	8				
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de "comer descontroladamente" pelo menos duas vezes por semana?	→ NÃO	SIM	9				
N3	Durante essas crises de "comer descontroladamente" tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimentos que come?	→ NÃO	SIM	10				
N4	Para evitar engordar depois das crises de "comer descontroladamente", faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome?	→ NÃO	SIM	11				
N5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais?	→ NÃO	SIM	12				
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO "M")?	NÃO ↓ passar a N8	SIM	13				
N7	Estas crises de "comer descontroladamente" ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kg*?	NÃO	SIM	14				
* RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO NA TABELA DO MÓDULO "M" (ANOREXIA NERVOSA)		<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> </table>			NÃO	SIM		
NÃO	SIM							
N8	N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA "NÃO" (OU NÃO COTADA)?							
N7 É COTADA "SIM" ?		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">BULIMIA NERVOSA ATUAL</td> </tr> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> </table>			BULIMIA NERVOSA ATUAL		NÃO	SIM
BULIMIA NERVOSA ATUAL								
NÃO	SIM							
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">ANOREXIA NERVOSA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">que Compõe Episódios / Regressão ATUAL</td> </tr> </table>			ANOREXIA NERVOSA		que Compõe Episódios / Regressão ATUAL	
ANOREXIA NERVOSA								
que Compõe Episódios / Regressão ATUAL								

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

→ SIGNIFICA: RESPONDAMENTE AO(S) QUALQUER(S) SIM OU NÃO(S), ASSIMILAR NÃO EM CADA UMA DAS RESPOSTAS AO MÓDULO SEQUENTE

Q1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo?	→ NÃO	SIM	1
	b	Teve essas preocupações quase todas as dias?	→ NÃO	SIM	2
A ANSIEDADE DESCRITA É RESTRITA E EXCLUSIVAMENTE A, OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI? (POR EX, MEDO DE TER UM ATACADO NO CÂNCER / TRANSTORNO DO PÂNCREO) OU POR OUTRO TIPO DE SÍNDROME NERVOUSA, ETC)...			→		
Q2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(s) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	4
DE Q3 A Q9f COLAR "NÃO" SE OS SINTOMAS OCORREM EXCLUSIVAMENTE NO CONTEXTO DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ANTERIORMENTE					
Q3		Nos últimos seis meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:			
	a	Sentia-se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / "brancos"?	NÃO	SIM	7
	e	Sentia-se particularmente irritável?	NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM Q3 ?			NÃO	SIM	
			TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL		

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

→ SIGNIFICA: INDETERMINADO(S) QUANTO(S) DIMENSÃO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UMA DAS LINHAS DO MÓDULO SEQUENTE

P1 Antes dos 15 anos:

a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
b	Freqüentemente mentiu, passou a guerra/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
c	Provocou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
d	Destruiu ou incendiou coisas de propósito ?	NÃO	SIM	4
e	Fez sofrer animais ou pessoas de propósito?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?	NÃO	SIM	

NÃO CONTAR "SIM" NAS QUESTÕES ABACIO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

P2 Depois dos 15 anos:

a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar ?	NÃO	SIM	7
b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso/a), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento(a) fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou suas filhas ?	NÃO	SIM	9
d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10
e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL MIDA INTEIRA	

REFERÊNCIAS

Loeberker V, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janava J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), a short diagnostic interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997; 12: 232-241.

Sheehan DV, Loeberker V, Hammett Sheehan K, Janava J, Weiller E, Kozlincar A, Schirka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997; 12: 232-241.

Sheehan DV, Loeberker V, Hammett Sheehan K, Amorim P, Janava J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998; 59 [suppl 20]: 22-33.

Amorim P, Loeberker V, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998; 13: 26-34.

Tradução	MINI 4.4 e versões anteriores	MINI 4.6/5.0, MINI Plus 4.6/5.0, MINI Screen 5.0:
Afrikaans	R. Emsley	G. Stott, R. Diers-Baart, M. Adenokholi
Albanês	I. van Dorffer, M. Adenokholi, R. Diers-Baart	O. Osman, E. Al-Radi
Árabe		Empregoação
Basco		R. Harozjoo, A. Harozjoo
Bengali		L. G. Shanon
Bélgica		Empregoação
Castelhano		F. Zvolicky
Checo		L. Carroll, K-d Jaang
Chinês		Empregoação
Croata		F. Beck, T. Scitno
Dinamarquês	F. Beck	M. Kozmar
Eslovaco	M. Kozmar	
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilman-Rafols, Y. Loeberker	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-Garcia, O. Soto, L. Franco, G. Haines
Estoniano	J. Sikk, A. Alusa, E. Kõh	
Farsi/Persa		K. Khoshdeli, A. Zomorodi
Finlandês	M. Hakkinen, M. Lijonnen, O. Tuomisto	M. Hakkinen, M. Lijonnen, O. Tuomisto
Francês	Y. Loeberker, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Logico	Y. Loeberker, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
Grego	S. Sorias	T. Calligas, S. Sorias
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hébreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Hada, I. Levinson
Hindi		C. Mittal, K. Bhat, S. Gambhir
Holandês/Francês	I. Van Vliet, H. Looij, H. van Megen	E. Gritz, K. Steurer, T. Overbeck, K. Demyttenaere
Húngaro	I. Bitor, J. Balazs	I. Bitor, J. Balazs
Inglês	D. Sheehan, J. Janava, R. Baker, K. Hammett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan	D. Sheehan, R. Baker, J. Janava, K. Hammett-Sheehan, M. Sheehan
Islandês		J.G. Stefansson
Italiano	L. Bonora, L. Coni, M. Piccinelli, M. Tamella, G. Cassano, Y. Loeberker, P. Donda, E. Weiller	L. Coni, A. Rossi, P. Donda
Japonês		T. Otsuka, H. Watanabe, H. Miyazaki, K. Kariyama, J. Shinoda, K. Tamaki, Y. Okajima
Letão	V. Janava, J. Janava, I. Nagobads	V. Janava, J. Janava
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K.A. Lofnes, U. Malt, E. Malt, S. Loganger
Polaco	M. Miatk, E. Jasiak	M. Miatk, E. Jasiak
Português	P. Amorim	P. Amorim, T. Gattorna, P. Levy
Português - Brasil	P. Amorim	P. Amorim
Punjabi		A. Gahania, S. Gambhir
Romeno		D. Deiga
Russo		A. Mytinsky, E. Galina, M. Mytinsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Sueco	M. Waern, S. Andersson, M. Humble	K. Kotlogarova
Suaí		C. Allgulander, M. Waern, A. Brinck, M. Humble, H. Agren
Turco	T. Örnck, A. Kozlincar, I. Vahit	T. Örnck, A. Kozlincar
Urdú		A. Taj, S. Gambhir

O desenvolvimento e a validação do MINI foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pelo laboratório SmithKline Beecham e pela Comissão Europeia.

Os autores agradecem a Drs Pauline Pivrem por uma contribuição nos métodos Amozos e Balleia Norvica.

ANEXO D - Escala de ideação Suicida de Beck (BSI)



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Instruções: Por favor, leia cuidadosamente cada grupo de afirmações, abaixo. Faça um círculo na afirmação que em cada grupo **melhor** descreve como você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Tome o cuidado de ler **todas as afirmações em cada grupo, antes de fazer uma escolha**.

Parte 1

<p>1 0 Tenho um desejo de viver que é de moderado a forte.</p> <p>1 Tenho um desejo fraco de viver.</p> <p>2 Não tenho desejo de viver.</p> <p>2 0 Não tenho desejo de morrer.</p> <p>1 Tenho um desejo fraco de morrer.</p> <p>2 Tenho um desejo de morrer que é de moderado a forte.</p> <p>3 0 Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer.</p> <p>1 Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais.</p> <p>2 Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver.</p>	<p>4 0 Não tenho desejo de me matar.</p> <p>1 Tenho um desejo fraco de me matar.</p> <p>2 Tenho um desejo de me matar que é de moderado a forte.</p> <p>5 0 Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar.</p> <p>1 Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso.</p> <p>2 Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte.</p> <p>Se você fez um círculo nas afirmações “zero”, em ambos os grupos 4 e 5, passe para o grupo 20. Se você marcou “um” ou “dois”, seja no grupo 4 ou 5, então abra a página e prossiga no grupo 6.</p>
---	--

Subtotal da Parte 1

<p>6 0 Tenho breves períodos com idéias de me matar que passam rapidamente.</p> <p>1 Tenho períodos com idéias de me matar que duram algum tempo.</p> <p>2 Tenho longos períodos com idéias de me matar.</p> <p>7 0 Raramente ou ocasionalmente penso em me matar.</p> <p>1 Tenho idéias freqüentes de me matar.</p> <p>2 Penso constantemente em me matar.</p> <p>8 0 Não aceito a idéia de me matar.</p> <p>1 Não aceito, nem rejeito, a idéia de me matar.</p> <p>2 Aceito a idéia de me matar.</p> <p>9 0 Consigo me controlar quanto a cometer suicídio.</p> <p>1 Não estou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio.</p> <p>2 Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio.</p> <p>10 0 Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.</p> <p>1 Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.</p> <p>2 Eu não estou ou estou só um pouco preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.</p> <p>11 0 Minhas razões para querer cometer suicídio têm em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim etc.</p> <p>1 Minhas razões para querer cometer suicídio não têm em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas.</p> <p>2 Minhas razões para querer cometer suicídio se baseiam principalmente numa fuga de meus problemas.</p> <p>12 0 Não tenho plano específico sobre como me matar.</p> <p>1 Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes.</p> <p>2 Tenho um plano específico para me matar.</p>	<p>13 0 Não tenho acesso a um método ou uma oportunidade de me matar.</p> <p>1 O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo.</p> <p>2 Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo.</p> <p>14 0 Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.</p> <p>1 Não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.</p> <p>2 Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio.</p> <p>15 0 Não espero fazer uma tentativa de suicídio.</p> <p>1 Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.</p> <p>2 Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.</p> <p>16 0 Eu não fiz preparativos para cometer suicídio.</p> <p>1 Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio.</p> <p>2 Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos.</p> <p>17 0 Não escrevi um bilhete suicida.</p> <p>1 Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comeci a escrever, mas não terminei.</p> <p>2 Tenho um bilhete suicida pronto.</p> <p>18 0 Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> <p>1 Tenho pensado em tomar algumas providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> <p>2 Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> <p>19 0 Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar.</p> <p>1 Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar.</p> <p>2 Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio.</p> <p style="text-align: center;">Passa para o Grupo 20.</p>
--	--

- 20** 0 Nunca tentei suicídio.
1 Tentei suicídio uma vez.
2 Tentei suicídio duas ou mais vezes.

Se você tentou suicídio anteriormente, por favor, continue no próximo grupo de afirmações.

- 21** 0 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco.
1 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado.
2 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.

_____ **Subtotal da Parte 2**

_____ **Escore Total**

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1991 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.

**Casa do
Psicólogo®**

© 2001 Casapsi Livraria Editora e Gráfica Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BSI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

ANEXO E - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E DO USO DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM MACEIÓ - ALAGOAS

Pesquisador: Cicera Albuquerque

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 19238713.0.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE ALAGOAS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 608.613

Data da Relatoria: 18/03/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo epidemiológico dos transtornos mentais e o uso de drogas no bairro do Benedito Bentes. Trata-se de um estudo de corte transversal, quantitativo e de natureza descritiva. Cenário: no município de Maceió, elegeu-se o bairro do Benedito Bentes para dar início a esta investigação, por ser um dos mais populosos desta capital e por ser uma das áreas de prioridade no plano "Crack é possível vencer". No censo de 2010 atingiu um universo populacional de 88.084 habitantes. Amostra: probabilística e aleatória simples, será constituída por indivíduos acima de 15 anos, compor-se-á de 400 indivíduos, tomando-se como referência a população domiciliada do bairro do Benedito Bentes segundo dados do IBGE. Coleta de dados: os dados serão primários, obtidos por meio da aplicação de entrevistas face a face com pesquisadores treinados para aplicar o Composite International Diagnostic Interview (CIDI), instrumento da World Health Organization (WHO) que permite avaliação em diferentes culturas e em populações com diferentes níveis de desenvolvimento. Questionário de informações complementares será utilizado para levantar informações biossociodemográficas, tais como idade, gênero, estado civil, grau de escolaridade, carga horária, nível de ensino, dentre outras.

Endereço: Campus A - C Simões Cidade Universitária
Bairro: Tabuleiro dos Martins **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **Fax:** (82)3214-1700 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 608.613

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer os transtornos mentais e o uso de crack, álcool e outras drogas psicoativas no bairro do Benedito Bentes assim como fatores associados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa pode oferecer desconforto mínimo durante aplicação do questionário. Não serão realizados procedimentos que causem dor ou sofrimento físico ao participante. Os possíveis riscos à saúde são mínimos e restritos a possíveis sensações de ansiedade ou tristeza pela lembrança das vivências emocionais e do uso de drogas. Quanto aos benefícios, fornecerá informações epidemiológicas para a promoção da saúde mental, prevenção, diagnóstico e tratamento precoce.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de reapresentação a este CEP de estudo importante de grande envergadura e com grandes desafios metodológicos. O CIDI é um instrumento complexo que pressupõe treinamento especializado para sua utilização. Também a questão da amostragem merece ser discutida com especialistas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Satisfatórios os termos de apresentação obrigatória.

A pendência (Utilizar e inserir no protocolo de pesquisa a adaptação brasileira do instrumento CIDI) foi resolvida.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo atende as recomendações éticas da Resolução 486/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus A . C Simões Cidade Universitária
 Bairro: Tabuleiro dos Martins CEP: 57.072-900
 UF: AL Município: MACEIO
 Telefone: (82)3214-1041 Fax: (82)3214-1700 E-mail: comitedeeticafal@gmail.com