

GIOVANNA DEL GRANDE DA SILVA ALVES

**SOBRECARGA E FATORES ASSOCIADOS EM CUIDADORES DE JOVENS
ENTRE 18 E 24 ANOS COM TRANSTORNO DE HUMOR BIPOLAR E
UNIPOLAR**

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

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

PELOTAS, RS

2011

**SOBRECARGA E FATORES ASSOCIADOS EM CUIDADORES DE JOVENS
ENTRE 18 E 24 ANOS COM TRANSTORNO DE HUMOR BIPOLAR E
UNIPOLAR**

BANCA EXAMINADORA

Presidente Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

1º Examinador Prof^a. Dra. Elaine Tomasi

2º Examinador Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro

Pelotas, Fevereiro de 2011.

Agradecimentos,

Aos meus pais, minha maior inspiração para esse trabalho e para a vida. Agradeço por sempre me impulsionarem a superar quaisquer limites, inclusive os meus próprios, por ouvirem as minhas angústias, pela paciência e incentivo ao crescimento pessoal e profissional. Obrigada por serem meu porto seguro, pelo amor e pelo carinho sempre dispensados.

Ao meu esposo, amor da minha vida, companheiro de todas as horas. Agradeço pela parceria, pela força e paciência, por ser meu continente em momentos difíceis. Obrigada por tornar os meus dias mais felizes com teu simples sorriso e, principalmente, pelo amor e constante incentivo ao crescimento mútuo e contínuo.

A toda minha família, obrigada pelo incentivo e compreensão.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ricardo Silva, por todo o apoio, incentivo e confiança desde a graduação, principalmente acreditando nesse projeto e me auxiliando em todas as etapas.

A Dra. Karen Jansen, pela paciência e auxílio durante o planejamento do projeto, toda sua execução, análise de dados e conclusão.

Ao Programa de Pós-Graduação da UCPEL.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento desse projeto, seja na sua idealização, qualificação, coleta e análise de dados e redação do artigo final.

A todos aqueles que fazem parte da minha vida e são fonte constante de inspiração e crescimento pessoal e profissional.

ÍNDICE

1. Projeto de Pesquisa

I. IDENTIFICAÇÃO _____	7
1.1 Título.....	7
1.2 Mestranda	7
1.3 Orientador	7
1.4 Instituição.....	7
1.5 Linha de Pesquisa	7
II. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA _____	8
2.1 Introdução/Justificativa	8
2.2 Objetivos	9
2.3 Hipóteses	10
III. REVISÃO DE LITERATURA _____	11
3.1. Tabela de revisão	19
IV. MÉTODO _____	22
4.1 Delineamento	22
4.2 População alvo	22
4.3 Amostra: tamanho e tipo	22
4.4 Instrumentos e variáveis	24
4.5 Seleção e treinamento da equipe	26
4.6 Estudo piloto	27
4.7 Logística da coleta dos dados	27
4.8 Controle de qualidade	28
4.9 Processamento e análise dos dados	28
4.10 Divulgação dos resultados	28
4.11 Aspectos éticos	28
4.12 Cronograma	29
4.13 Orçamento	30

V. REFERÊNCIAS _____	31
ANEXOS _____	36
Anexo A – Termo de Consentimento	37
Anexo B – Encaminhamento..	39
Anexo C – Instrumentos	40
2. Artigo	
I. Folha de Rosto	67
II. Abstract	68
III. Introdução	69
IV. Métodos	71
V. Resultados	74
VI. Discussão	77
VII. Referências	81
VIII. Tabelas	84

PROJETO DE PESQUISA

SOBRECARGA E FATORES ASSOCIADOS EM CUIDADORES DE JOVENS ENTRE 18 E 24 ANOS COM TRANSTORNO DE HUMOR BIPOLAR E UNIPOLAR

Projeto de pesquisa elaborado para o Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas, sob a orientação do Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva.

Universidade Católica de Pelotas
Pelotas, agosto de 2009

I IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: Sobrecarga e fatores associados em cuidadores de jovens entre 18 e 24 anos com Transtorno de Humor Bipolar e Unipolar

1.2 Mestranda: Giovanna Del Grande da Silva

1.3 Orientador: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

1.4 Instituição: Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.5 Linha de Pesquisa: Psicologia e Saúde

1.6 Data: Agosto de 2009

II DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 Introdução/Justificativa:

O Transtorno de Humor Bipolar (THB) é um transtorno crônico e recorrente e causa um grande prejuízo na vida do indivíduo. Sua característica básica é a oscilação de humor entre episódios de euforia (mania/hipomania) e depressão, podendo estes apresentar-se distintos ou mistos. Da mesma forma, outros sintomas podem estar associados e causar um impacto ainda maior, como irritabilidade, agressividade, auto-estima inflada, comportamentos inadequados e/ou de risco, tais como: compras exageradas, uso/abuso de substâncias, dirigir em alta velocidade, comportamento hipersexualizado; entre outros. A alta prevalência de suicídios e/ou tentativas ao longo da vida também é um fator de extrema importância no THB, sendo este associado à sobrecarga do cuidador em alguns estudos.

A estimativa com relação ao desenvolvimento do transtorno bipolar por volta dos 20 anos de idade é de que o indivíduo perderá cerca de nove anos em sua expectativa média de vida, 12 anos de saúde normal e 14 anos de trabalho (Scott, 1995) o que demonstra o profundo impacto do transtorno sobre a qualidade de vida do indivíduo e seus familiares. A presente investigação tem como foco principal os cuidadores informais (não profissionais) de jovens com Transtorno Bipolar, caracterizando-se o cuidador como a pessoa que passa a maior parte do tempo com o jovem e, portanto está mais exposta às características do transtorno. Outros fatores como a sobrecarga financeira também serão avaliados. Os cuidadores serão os pais ou companheiro(a) do jovem e, portanto é pertinente investigar o impacto do transtorno no âmbito familiar.

O presente trabalho contempla também a identificação da sobrecarga em cuidadores de indivíduos com Depressão Unipolar. A motivação para tal objetivo consiste nos resultados de alguns estudos que indicam que o Transtorno Bipolar muitas vezes é diagnosticado erroneamente como Transtorno Depressivo, o que pode levar a atrasos e prejuízos no tratamento correto. Além disso, a Depressão Unipolar é um transtorno recorrente que

comprovadamente exerce um grande impacto sobre o indivíduo e a família, principalmente devido ao aspecto agudo do episódio. O Transtorno Bipolar, em contrapartida, tem um aspecto crônico e ocasiona prejuízos interpessoais e ocupacionais mesmo nos períodos de eutímia. Por conseguinte, tanto os cuidadores de indivíduos com Transtorno Depressivo como os de indivíduos com Transtorno Bipolar estão expostos a sobrecarga e podem apresentar prejuízos em decorrência desta.

Vários estudos realizados sobre Transtorno Bipolar e família, têm como foco o nível de sobrecarga dos familiares cuidadores, alguns destes em comparação com familiares de indivíduos com transtorno depressivo maior (TDM). Porém, no Brasil este é um aspecto muito pouco explorado.

Desta forma, este estudo visa identificar os níveis de sobrecarga nos cuidadores de jovens com Transtorno do Humor Bipolar e nos cuidadores de jovens com Transtorno Depressivo Maior para, assim, fornecer subsídios para futuros estudos e embasar estratégias de intervenção para essa população.

2.2 Objetivos:

Geral

- Identificar os níveis de sobrecarga e fatores associados em cuidadores de jovens com Transtorno do Humor Bipolar e Unipolar, na cidade de Pelotas-RS.

Específicos

- Comparar os níveis de sobrecarga em cuidadores de jovens bipolares com cuidadores de deprimidos e jovens sadios (controles).
- Comparar os níveis de sobrecarga em cuidadores de jovens deprimidos com cuidadores de jovens sadios (controles).
- Investigar a associação entre a severidade dos sintomas do jovem e a média de sobrecarga nos cuidadores.
- Investigar a associação entre o nível sócio-econômico familiar e nível de sobrecarga nos cuidadores.
- Avaliar a média de sobrecarga em cuidadores conforme situação

conjugal.

- Verificar a associação entre tentativa de suicídio (prévia ou atual) e nível de sobrecarga nos cuidadores.
- Verificar a associação entre ideação suicida atual e o nível de sobrecarga nos cuidadores.
- Identificar a prevalência do uso de álcool e drogas nos cuidadores de jovens bipolares, deprimidos e controles.
- Verificar a presença de Transtornos de Eixo I (através do MINI) nos cuidadores, bem como sua associação ao nível de sobrecarga.

2.3 Hipóteses:

- Cuidadores de jovens com transtorno bipolar apresentam maiores índices de sobrecarga em comparação com cuidadores de indivíduos deprimidos.
- Cuidadores de jovens deprimidos apresentam maiores índices de sobrecarga em comparação aos cuidadores de jovens saudáveis.
- Quanto maior a severidade dos sintomas do jovem, maior o índice de sobrecarga nos cuidadores.
- Cuidadores que não vivem com companheiro(a) apresentam maior sobrecarga.
- Cuidadores de classes socioeconômicas mais baixas (D e E) apresentam maior sobrecarga.
- A presença de tentativas de suicídio ou ideação suicida é um fator de risco para o aumento da sobrecarga dos cuidadores.
- A sobrecarga é maior em cuidadores do sexo feminino do que em cuidadores do sexo masculino.
- A prevalência de uso de álcool e drogas é maior em cuidadores de jovens bipolares do que em cuidadores de deprimidos e controles.
- Cuidadores de jovens bipolares apresentam maior prevalência de transtornos mentais de Eixo I, quando comparados aos cuidadores de deprimidos e controles.
- Os cuidadores de jovens bipolares apresentam maior prevalência de Episódios de Humor.

III REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura iniciou em Março de 2009 e irá ocorrer ao longo de todo o trabalho de pesquisa e publicação dos resultados. Para realizar a busca de artigos, foram utilizadas as bases eletrônicas Pubmed, Bireme e Psycinfo. Para complementar a busca foram utilizados ainda os recursos do Google acadêmico e do software Endnote, com o objetivo de ampliar os descritores e recuperar artigos não obtidos pelas estratégias de busca anteriores.

Os critérios de inclusão dos artigos foram estabelecidos de acordo com o foco, devendo o trabalho abordar as seguintes questões: (1) cuidadores de pacientes com Transtorno do Humor Bipolar (THB); e (2) cuidadores de pacientes com Transtorno Bipolar e outros transtornos mentais. Foram excluídos da revisão os artigos que abordavam somente outros tipos de transtornos, como Esquizofrenia, Abuso de Substâncias e Depressão, não comparando os resultados com o Transtorno Bipolar. Foram excluídos também trabalhos com foco apenas no aspecto neuroquímico e trabalhos realizados com famílias de crianças diagnosticadas com Transtorno Bipolar.

- **Pubmed:** Os descritores utilizados (de forma combinada) foram *Bipolar disorder, family, caregivers, burden, family-focused*. Em todas as buscas foram aplicados os limites: publicação nos últimos 10 anos, humanos, idiomas inglês, espanhol e português e faixa etária de 19 anos ou mais. O descritor *burden* foi utilizado como *cost of illness*, como determinado pela própria base de dados.

A busca inicial utilizou a combinação dos descritores “Bipolar disorder” and “family”, resultando em 245 artigos. Após a leitura dos abstracts e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão do estudo, a busca com essa combinação de indicadores resultou em 25 artigos. A combinação “Bipolar disorder AND caregivers AND burden” resultou inicialmente em 21 abstracts e após leitura dos abstracts 19 artigos restaram. A última busca utilizou como descritor “Bipolar disorder AND family-focused” e teve como resposta 11 artigos inicialmente encontrados, dos quais 8 foram selecionados.

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 72 abstracts foram incluídos e os principais artigos foram destacados para esta revisão.

- **Bireme:** Nesta base de dados a busca foi realizada através da combinação dos descritores *caregiver burden* e *bipolar disorder*, o que resultou em 28 abstracts.

- **PsycInfo:** Nessa base de dados utilizou-se a combinação de descritores *bipolar disorder* and *caregiver burden*, resultando em 52 abstracts, dos quais 48 artigos foram aproveitados e sendo 4 novos em relação as buscas anteriores. Não foram aplicados limites de busca, pois o número de artigos não inviabilizou a leitura dos abstracts e assim não haveria o risco de restringir os resultados.

Abaixo, encontram-se descritos os principais resultados da revisão de literatura.

Segundo a OMS (OMS, 1993), os transtornos mentais e de comportamento afetam 25% da população geral e 10% da população adulta em algum momento de suas vidas. Estima-se ainda que a cada quatro famílias, pelo menos um indivíduo apresenta um transtorno mental ou de comportamento. De acordo com esse relatório, a prevalência de transtornos mentais gerais no Brasil, identificada nos serviços de saúde primária do Rio de Janeiro, é de 35,5%, sendo a Depressão Unipolar responsável por 15,8% dos casos. Em relação ao Transtorno Bipolar, estudos revelam uma prevalência durante a vida de 1% para o transtorno bipolar tipo I, 1,1% para o transtorno bipolar tipo II e 2,4% para casos sublimiães. (Merikangas et al., 2007)

Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID -10) (OMS, 1993) o Transtorno Afetivo Bipolar é caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados, sendo que este distúrbio consiste em algumas ocasiões de elevação do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e em outras, de rebaixamento do humor e de redução da energia e da atividade (depressão). Pacientes que

sofrem somente de episódios repetidos de hipomania ou mania são classificados como bipolares.

Com relação ao Transtorno Depressivo, o CID-10 caracteriza-o pela ocorrência repetida de episódios depressivos, na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo (OMS, 1993). Essa descrição pode justificar o dado encontrado em estudos clínicos, indicando que cerca de 40% das pessoas com transtorno bipolar são primeiramente diagnosticadas de forma equivocada com depressão unipolar. (Ghaemi et al., 2001)

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-IV), O Transtorno Depressivo Maior está associado a maior dor e doenças físicas, redução do funcionamento físico, social e de papéis, além de alta mortalidade. Os indivíduos com Transtorno Depressivo Maior severo que morrem por suicídio chegam a 15%.

Com relação ao Transtorno Bipolar, o DSM-IV indica forte associação com abuso de álcool e substâncias psicoativas, comportamentos violentos e agressivos (mais especificamente quando em episódio agudo e/ou com características psicóticas) faltas e repetência em atividades acadêmicas, fracasso profissional, conflitos familiares, divórcio e alterações de sono/vigília. Os transtornos mentais associados mais comumente são transtornos alimentares, transtornos de ansiedade e transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Embora a maioria dos indivíduos com Transtorno Bipolar I retorne a um nível plenamente funcional entre os episódios, 20 a 30% dos indivíduos continuam apresentando instabilidade do humor e dificuldades interpessoais ou ocupacionais.

O risco de suicídio é um dado preocupante no Transtorno Bipolar, apresentando prevalência de 10% a 15% de suicídios consumados. (2002) Um estudo realizado com pais e companheiros de pacientes com THB revelou que maiores índices de sobrecarga estiveram presentes nos cuidadores de pacientes com ideação suicida atual e/ou história de pelo menos uma tentativa

de suicídio ao longo da vida. Além da sobrecarga, os cuidadores reportaram menores índices de qualidade da saúde geral. (Chessick et al., 2007)

O abuso de álcool e outras substâncias também caracteriza-se como um fator importante associado ao THB. Nesse sentido, uma revisão de literatura (Strakowski and DelBello, 2000) acerca da co-ocorrência dessa associação apresenta dados de estudos populacionais que encontraram altas prevalências de abuso de álcool e drogas dentre os pacientes bipolares. Além disso, segundo esta revisão, os pacientes bipolares apresentam-se com maior tendência a desenvolver dependência de substâncias e não abuso de substâncias, pois o abuso fica condicionado aos episódios maníacos, como componente da busca do prazer e comportamento de risco inerentes ao episódio.

Um estudo epidemiológico americano apontou uma prevalência de abuso de substâncias durante a vida de 60% entre indivíduos com Transtorno Bipolar I, sendo o transtorno de eixo I mais associado ao THB nessa amostra. (Merikangas et al., 2007) Ainda, um estudo recente com 32 pacientes com transtornos de humor (fundamentalmente depressão unipolar ou bipolar) revelou que todos pacientes possuíam história familiar (mãe, pai, irmãos e filho) positiva de uso de álcool/drogas. (Cunningham et al., 2009)

Frente aos dados apresentados, é evidente a necessidade de avaliar o impacto que tais transtornos exercem sobre seus principais cuidadores. Define-se como cuidador informal pessoas sem vínculo profissional, como familiares e amigos, que apresentam um papel importante no cuidado e suporte de pessoas afetadas por doenças psiquiátricas. (Ogilvie et al., 2005) Vários estudos apontam que esses cuidadores apresentam índices elevados de sobrecarga, estresse, transtornos psiquiátricos, além de sobrecarga financeira e procura elevada por serviços de saúde. (Perlick et al., 2005, Perlick et al., 1999, Perlick et al., 2008, Dore and Romans, 2001, Östman et al., 2005)

A sobrecarga pode ser definida como estresse ou sofrimento emocional, social e financeiro que o transtorno impõe sobre os cuidadores. (Chessick et al., 2007) Pode ainda subdividir-se a sobrecarga em dois grupos: objetiva e subjetiva. A sobrecarga objetiva refere-se aos efeitos diretos dos sintomas e comportamentos do paciente sobre as atividades sociais e ocupacionais do indivíduo. Pode caracterizar-se pela redução de suporte social, diminuição ou

interrupção do trabalho, das atividades de lazer e dificuldades no relacionamento familiar. A sobrecarga subjetiva refere-se às conseqüências psicológicas dos sintomas e comportamentos do paciente sobre o cuidador, como perturbação do estado emocional e mental, estresse e *burnout*. (Cuijpers and Stam, 2000)

Karp e Tanarugsachock (Karp and Tanarugsachock, 2000) descrevem os estágios da sobrecarga de cuidadores de indivíduos com THB desde o diagnóstico do paciente até a aceitação do transtorno. Segundo os autores, há um período de ansiedade, medo e desespero que precede o diagnóstico. Logo após, há uma fase de empatia, preocupação e esperança, onde predominam as crenças de que com o uso da medicação e o tratamento correto o transtorno irá desaparecer com a 'cura'. O terceiro estágio caracteriza-se por sentimentos de frustração e raiva à medida que os cuidadores percebem que não possuem controle sobre o curso da doença, apesar de seus esforços com o tratamento e a medicação; nesse estágio também podem predominar crenças de que o paciente não está se esforçando o suficiente para melhorar, gerando raiva e frustração direcionadas ao paciente. No quarto e último estágio os cuidadores reconhecem que estão lidando com um transtorno crônico e recorrente, que não pode ser controlado por eles. Essa percepção permite sentimentos de alívio e liberação, a medida que eles sentem-se menos culpados pelo sentimentos que experimentam em decorrência dos sintomas do paciente (sobrecarga) e podem inclusive abrir mão ou pedir auxílio com relação ao papel de cuidador. Levando em consideração esta concepção, pode-se presumir que os resultados de sobrecarga de diversos estudos possam ser afetados pela fase em que o cuidador se encontra.

Do ponto de vista qualitativo, o estudo de Highet, Thompson e McNair ilustra essas etapas e aponta sentimentos de confusão e desconhecimento acerca do transtorno mental, nesse caso em específico o TDM. Segundo os autores, muitos cuidadores relatam sentimentos de culpa, medo, ansiedade, impotência, além de luto inerente a percepção de que seu familiar pode não conseguir atingir seu potencial e expectativas devido as limitações decorrentes do transtorno. (Highet et al., 2005)

Com relação às médias de sobrecarga e fatores associados, apresenta-se abaixo os resultados mais importantes da área.

Um estudo indiano (Chakrabarti et al., 1992) com familiares de indivíduos com depressão (n=17) e transtorno bipolar (n=73) revelou que as médias globais de sobrecarga, bem como as de sobrecarga objetiva e subjetiva independentes, foram maiores entre os familiares de pacientes bipolares do que entre os familiares de deprimidos. As variáveis que estiveram associadas à sobrecarga foram idade do paciente, duração da doença, número de episódios e escores do *Disfunction Analysis Questionnaire* (que avalia a extensão da disfunção) e da *Comprehensive Psychopathology Rating Scale* (que avalia a severidade da doença).

Perlick et. al. (Perlick et al., 1999) revelou que 93% dos cuidadores de pacientes com THB apresentam um nível moderado de sobrecarga em pelo menos um domínio do Social Behavior Assessment Scale (Platt et al., 1980), instrumento amplamente utilizado na literatura para avaliar o sofrimento dos cuidadores em domínios específicos, sendo os mais utilizados para medir sobrecarga: comportamento do paciente, desempenho social do paciente (relacionamentos interpessoais, convivência familiar, funcionamento ocupacional, entre outros) e efeitos adversos dos sintomas do paciente sobre outros (sobrecarga objetiva). Ainda nesse estudo 54% dos cuidadores relataram sofrimento severo em uma dimensão, 33% em duas dimensões e 13% relataram sofrimento nos 3 domínios avaliados. Com relação à polaridade característica do transtorno, os principais achados deste estudo associam a sobrecarga a episódios depressivos, maior número de hospitalizações nos dois últimos anos e cuidadores do sexo masculino. Em contrapartida, menores índices de sobrecarga foram observados nos cuidadores que moravam com o paciente e em cuidadores mais velhos.

Outro estudo de Perlick et. al apontou uma forte associação entre a sobrecarga do cuidador e o curso do transtorno do paciente, no que diz respeito à percepção de sobrecarga no baseline e envolvimento emocional do cuidador, que por sua vez associa-se a aderência a medicação do paciente no follow-up. A autora conclui que quando existe sobrecarga do cuidador no THB, o desfecho no paciente é afetado. (Perlick et al., 2004)

De acordo com Ogilvie et. al.(Ogilvie et al., 2005) os cuidadores de indivíduos com Transtorno Bipolar podem vivenciar diferentes qualidades de sobrecarga do que cuidadores de indivíduos com outros transtornos. Segundo

a autora, a sobrecarga objetiva de cuidadores de pacientes bipolares é significativamente maior do que em cuidadores de pacientes deprimidos. Os resultados da revisão associam a sobrecarga a depressão do cuidador – o que pode caracterizar-se como um estressor ambiental e afetar a recuperação do paciente – crenças e experiências prévias do cuidador com relação a transtornos e procura por serviços de saúde, além de dificuldades financeiras, pois os cuidadores podem afastar-se temporária ou definitivamente de trabalhos remunerados devido a pouca flexibilidade de horários e ao tempo de cuidado necessário a alguns pacientes. Outros resultados importantes desse estudo dizem respeito a estimativa de que a depressão unipolar e o transtorno bipolar juntos causam maiores perdas na qualidade de vida, produtividade e prejuízos crônicos do que doenças isquêmicas ou cerebrovasculares. Além disso, a autora apresenta os resultados de um estudo prospectivo de 20 anos, cujos resultados indicam que pacientes com THB I ou II apresentam sintomas depressivos por períodos mais longos do que sintomas maníacos/hipomaníacos (3:1 para pacientes com THB I e 37:1 para pacientes com THB II), porém os episódios maníacos podem trazer efeitos mais devastadores para o paciente e cuidador, no que diz respeito à necessidade de hospitalização, prejuízos interpessoais, ocupacionais e financeiros, além de risco elevado de comportamentos agressivos direcionados a si mesmo e/ou ao cuidador.

Outra revisão de literatura (Voort et al., 2007) revelou que a sobrecarga do cuidador está associada a depressão do cuidador, envolvimento emocional demasiado (protecionismo, criticismo, culpabilidade, entre outros) e dificuldades no relacionamento entre cuidador e paciente. Com relação ao paciente, os autores descrevem resultados que associam a depressão bipolar a maiores taxas de disfunção e mortalidade do que a mania, exercendo maior impacto no que diz respeito à sobrecarga do cuidador. Esse achado da depressão bipolar associada à sobrecarga é consistente com outros estudos. (Ostacher et al., 2008, Manning, 2005, Ogilvie et al., 2005) Inclusive, Manning afirma que os sintomas depressivos são um componente crítico do THB e estão associados a redução da qualidade de vida, prejuízos no funcionamento geral e aumento da mortalidade decorrente de atos suicidas. (Manning, 2005) Um estudo que comparou funcionamento familiar no THB (n=69) e no TDM

(n=121) obteve como resultado uma diferença significativa entre as médias de depressão do cuidador, sendo estas maiores dentre os cuidadores de pacientes com TDM ($t=16,35$, $df= 1,18$, $p=0,00$). (Weinstock et al., 2006)

Steele realizou uma revisão de literatura recente e concluiu que os cuidadores de indivíduos com transtornos psiquiátricos vivenciam altos níveis de depressão, ansiedade e necessidade de suporte devido a transtornos mentais decorrentes do seu papel de cuidador. Desta forma, ilustra-se a necessidade de investigação e intervenção junto a essa população. (Steele et al., 2009)

Com relação a qualidade de vida, destacam-se dois estudos holandeses (Goosens et al., 2008, Wijngaarden et al., 2004) com cuidadores de pacientes bipolares. O primeiro estudo, realizado em 2004, revelou que 80% dos cuidadores relataram sofrimento de acordo com o instrumento utilizado, apresentando mais nervosismo, tensão, cansaço extremo, dificuldades para dormir e depressão, sendo que aproximadamente $\frac{1}{4}$ destes utilizava medicação para tais queixas. O segundo estudo, realizado em 2008, revelou que 31% dos cuidadores haviam apresentado algum tipo de sofrimento no mês anterior à entrevista. Além disso, 33% sentiam-se mais pressionados do que de costume, 27% sentiam-se mais deprimidos e 22% sentiam-se incapazes de superar as dificuldades. Nessa amostra, 17% dos cuidadores estavam recebendo atendimento psiquiátrico ou apoio de um assistente social e 20% estavam utilizando alguma medicação.

3.1 Tabela de revisão:

Tabela 1: Artigos de maior relevância quanto a índices de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com THB e TDM.

Autor (ano) País	Delineamento	Amostra	Instrumentos	Resultados	Comentários
Heru, A. & Ryan C. (2004) ^(Heru and Ryan, 2004) Estados Unidos (JoAD)	Estudo longitudinal que avaliou os aspectos sobrecarga, recompensa e funcionamento familiar entre cuidadores de indivíduos com THB e TDM	10 familiares de indivíduos com THB e 12 de indivíduos com TDM que haviam apresentado 3 ou mais episódios nos últimos 2 anos, ou sintomas contínuos nos últimos 5 anos	Caregiver Strain scale (CSI) e MOS-36 short survey health questionnaire	No baseline, os cuidadores de indivíduos com THB apresentaram maiores níveis de sobrecarga no CSI ($9,3 \pm 2,9$) do que os cuidadores de indivíduos com TDM ($5,9 \pm 2,8$). No follow-up os cuidadores de THB apresentaram redução nos índices de sobrecarga ($5,8 \pm 4,4$; $p=0,04$), o que não foi observado de forma significativa nos cuidadores de TDM ($4,9 \pm 2,5$; $p=0,24^*$). Os cuidadores eram em sua maioria homens, com idade média de 53 anos e tempo médio de cuidado com o paciente de 7 anos.	Não foram apresentados dados que compararam os níveis de sobrecarga com os resultados para qualidade de vida.
Ostacher MJ (2008) ^(Ostacher et al., 2008) Estados Unidos (APS)	Estudo longitudinal que acompanhou pacientes com THB e familiares, relacionando curso da doença e sobrecarga familiar.	500 cuidadores primários de 500 pacientes inscritos no programa STEP-BD ^(Sachs et al., 2003)	Social Behavior Assessment Scale (SBAS)	As médias de sobrecarga objetiva e subjetiva no baseline foram de $17,99 (\pm 11,41)$ e $14,22 (\pm 11,97)$, respectivamente. A sobrecarga objetiva foi associada a poucos dias "bem" ($p<0,01$), a soma do número de sintomas depressivos ($p<0,05$), condição socioeconômica do paciente ($p<0,05$), raça do paciente e cuidador ($p<0,05$) e se paciente e cuidador viviam juntos ($p<0,001$). A sobrecarga subjetiva foi associada a poucos dias "bem" ($p<0,005$), e se paciente e cuidador viviam juntos ($p<0,005$). Em cuidadores de pacientes com irritabilidade elevada segundo o SCID os índices de sobrecarga foram maiores do que os cuidadores de pacientes sem irritabilidade substancial. No follow-up a sobrecarga dos cuidadores esteve associada a episódio atual depressivo do paciente.	Não utiliza outro grupo diagnóstico para comparação dos resultados e avalia somente sobrecarga.

Autor (ano) País	Delineamento	Amostra	Instrumentos	Resultados	Comentários
Perlick et. al. (2007) ^(Perlick et al., 2007) Estados Unidos (BD)	Estudo transversal aninhado a um estudo longitudinal com familiares de pacientes com THB.	465 cuidadores primários de pacientes inscritos no programa Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD)	Social Behavior Assessment Scale (SBAS), 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)	Os dados de sobrecarga foram apresentados separadamente, de acordo com as avaliações de sobrecarga subjetiva, nas dimensões do instrumento (comportamento do paciente, desempenho social do paciente e efeitos adversos). Como grupo, os cuidadores apresentaram maior sofrimento nas áreas de problema comportamental (89,1%) e menor sofrimento com desempenho social do paciente (52,0%). Os cuidadores mais sobrecarregados eram mais novos (p=0,006), moravam com o paciente e frequentemente eram os(as) companheiros(as). Com relação a qualidade de vida, a sobrecarga do cuidador esteve associada a saúde geral pobre (p<0,01), maior número de condições médicas crônicas (p=0,014), menos exercícios físicos (p=0,002), pior qualidade do sono (p=0,001) e maior negligência com a própria saúde (p<0,001). A maioria dos cuidadores era mulheres, casadas, trabalhando no mínimo meio período, com idade média de 50 anos.	Apresenta os dados de sobrecarga separadamente de acordo com os domínios avaliados, não apresentando as médias globais de sobrecarga.
Vieta et. al. (2006) ^(Vieta et al., 2006) Espanha (JoAD)	Estudo transversal que avaliou sobrecarga subjetiva em familiares de pacientes com THB.	Familiares de 86 pacientes entre 18 e 64 anos com diagnóstico de THB I e THB II – eutímicos.	Social Behavior Assessment Schedule (SBAS)	Os maiores níveis de sofrimento foram com relação a dimensão comportamento do paciente. O desempenho social do paciente foi a dimensão que apresentou menor sofrimento associado. A sobrecarga subjetiva foi associada à pobre funcionamento social e ocupacional por parte do paciente (p=0,022), presença de um episódio nos últimos 2 anos (p=0,001), história de ciclagem rápida (p=0,042) e responsabilidade quanto à medicação do paciente (p=0,003). A amostra constituiu-se na maioria de mulheres, com idade média de 49,05 anos (±11,40). Com relação ao grau de parentesco a maioria era pais/mães (54,7%) e companheiros (38,4%) dos pacientes.	Não apresenta as médias globais de sobrecarga. Somente a sobrecarga subjetiva é avaliada, de acordo com a pontuação referida pelo cuidador em cada item.

Autor (ano) País	Delineamento	Amostra	Instrumentos	Resultados	Comentários
Zauszniewski et. al. (2008) (Zauszniewski et al., 2008)	Estudo transversal descritivo que avaliou sobrecarga, <i>resourcefulness</i> e qualidade de vida em mulheres familiares de indivíduos com transtornos mentais severos	60 mulheres familiares de indivíduos com Esquizofrenia, Transtorno Bipolar, Transtorno Depressivo e Transtorno do Pânico.	27-item Overall Caregiver Burden Scale e 12-item Short Form Health Survey (SF-12)	Com relação aos Transtornos do Humor na amostra, 45% dos cuidadores eram familiares de pacientes com THB e 8% eram familiares de pacientes com TDM. Com relação a outros transtornos, 45% das mulheres eram familiares de pacientes esquizofrênicos e 2% eram familiares de pacientes com T. do Pânico. Maiores índices de sobrecarga foram encontrados nas cuidadoras de adultos com THB ($p<0,01$). A sobrecarga esteve associada ainda à idade mais jovem do paciente. Com relação à qualidade de vida, não houve diferença significativa entre os escores nas cuidadoras dos grupos diagnósticos avaliados. A média de idade das cuidadoras foi de 46 anos.	O estudo não aponta os índices de sobrecarga e de qualidade de vida para nenhum dos subgrupos diagnósticos.

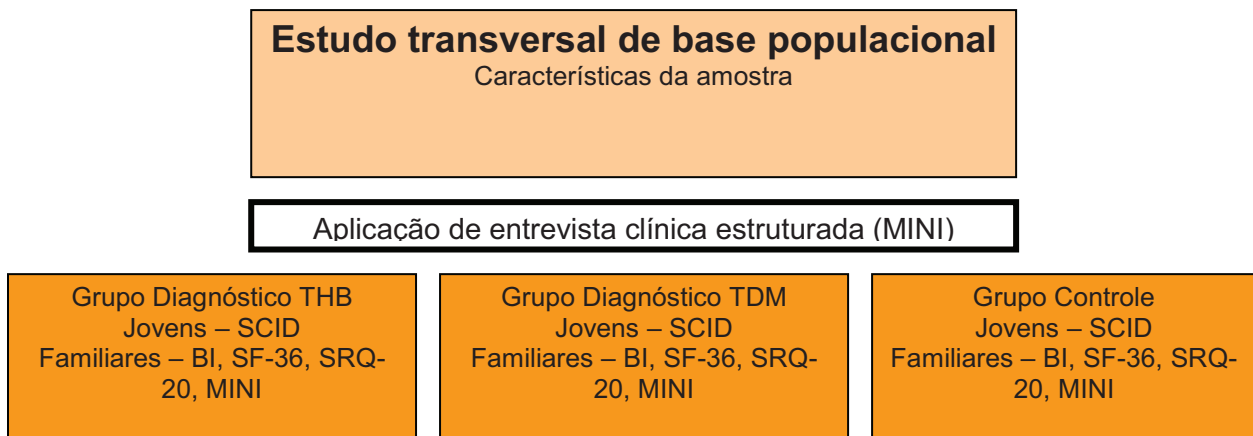
* valor sem significância estatística

IV MÉTODO

4.1 Delineamento

Estudo transversal descritivo aninhado a um estudo transversal de base populacional realizado na cidade de Pelotas, RS.

Figura 1: Delineamento e avaliações a serem realizadas.



4.2 População Alvo

Cuidadores de jovens com idade entre 18 e 24 anos, residentes na zona urbana de Pelotas-RS, que participaram do estudo transversal. Os jovens terão os diagnósticos confirmados de Transtorno do Humor Bipolar e Transtorno Depressivo Maior, além de um grupo controle.

4.3 Amostra: tamanho e tipo

Foi utilizada uma amostra de conveniência, através do banco de dados do estudo transversal de base populacional. Dos jovens avaliados, todos os que tiveram diagnóstico de THB estão sendo novamente contatados para serem reavaliados através do SCID, entrevista baseada nos critérios diagnósticos do DSM-IV. Foi pareada uma subamostra de 100 jovens com Transtorno Depressivo e 100 jovens controle, que também estão sendo chamados e reavaliados através do mesmo instrumento. Os jovens foram pareados por idade, sexo e classificação socioeconômica. No momento desta 2ª avaliação, identifica-se junto ao jovem e avalia-se seu principal cuidador com base nos critérios estabelecidos por Perlick (Perlick et al., 2001) são eles: (1) familiar ou pessoa significativa que satisfaz o maior

número de critérios (pelo menos três critérios); (2) é companheiro(a), pai ou mãe do paciente; (3) é a pessoa de maior contato com o paciente; (4) auxilia no suporte financeiro ao paciente; (5) quem mais auxilia o paciente e acompanha-o durante seu tratamento; e (6) é a pessoa contatada em caso de emergência envolvendo o paciente.

O tamanho amostral foi estimado de acordo com a hipótese de que existe diferença entre as médias de sobrecarga nos cuidadores de jovens com THB e com TDM. Levando em consideração que a média de sobrecarga em familiares de indivíduos com transtorno de humor bipolar é 9,3 e desvio padrão 2,9 considerou-se 30% de diferença entre os grupos. (Heru and Ryan, 2004) Desta forma, considerando-se um alfa de 0,05 (nível de confiança de 95%) e um beta de 0,20 (poder de 80%) a medida de efeito padronizada calculada a partir do *t* student foi 0,63, o que representa a necessidade de 45 familiares por grupo (Hulley et al., 2003). É válido ressaltar que esse cálculo de tamanho amostral foi utilizado como ponto de referência para a amostra do estudo, devido ao fato de avaliarmos todos os familiares de jovens com Transtorno Bipolar e parear o número de familiares necessários de jovens com Transtorno Depressivo e controles para comparação dos resultados.

Crítérios de inclusão

- Ser o principal cuidador de jovens diagnosticados no transversal de base populacional com Transtorno Bipolar;
- Ser o principal cuidador de jovens diagnosticados no transversal de base populacional com Transtorno Depressivo, conforme critérios de pareamento;
- Ser o principal cuidador de jovens pareados como grupo controle;
- Assinar ao termo de consentimento livre e esclarecido;

Crítérios de exclusão

- Não apresentar condições de entendimento das questões contidas nos instrumentos utilizados;
- Não preencher os critérios de inclusão no estudo.

4.4 Instrumentos e variáveis

Características da amostra

Foi construído um questionário com as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, trabalho, auto-relato quanto à cor da pele ou etnia, história de transtorno psiquiátrico familiar, utilização de medicação e história familiar de internação. A avaliação econômica dos participantes será realizada através da aplicação da escala de classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (ABEP, 2003), que se baseia na acumulação de bens materiais e na escolaridade do chefe da família. Essa classificação enquadra as pessoas em classes (A, B, C, D, ou E), a partir dos escores alcançados. A letra “A” refere-se à classe socioeconômica mais alta e “E” a mais baixa.

Burden Interview

Para avaliar a sobrecarga será utilizada a versão adaptada e validada para o Brasil da Burden Interview (Sczufca, 2002), uma escala de 22 itens que avalia a sobrecarga do cuidador associada aos prejuízos funcionais e comportamentais do paciente. Os itens do instrumento refletem as seguintes áreas de preocupação com relação ao cuidador: saúde, suporte e atividades sociais, vida pessoal, situação financeira, bem-estar emocional e relacionamento interpessoal. Apesar de o instrumento avaliar os dois tipos de sobrecarga (objetiva e subjetiva), não são fornecidos escores independentes. A escala pode ser auto-aplicada ou aplicada pelo entrevistador. Os itens consistem em afirmações com relação à percepção do cuidador sobre os efeitos dos sintomas do paciente, em uma escala de 0 a 4, onde 0=nunca, 1=quase nunca, 2=às vezes, 3=quase sempre, 4 = sempre. Os escores obtidos podem variar de 0 a 88, sendo que maiores índices correspondem à maior sobrecarga.

Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20)

O SRQ-20 (Mari and Williams, 1986) é um instrumento validado para o Brasil que consiste em 20 perguntas que permitem fazer o rastreamento de distúrbios psiquiátricos menores, tais como depressão, ansiedade, distúrbios somatoformes e neurastenia. Em um relatório recente com dados de familiares de pacientes que freqüentam os centros de atenção psicossociais (CAPS) de Pelotas (Tomasi et al.,

2008), a prevalência de transtornos psiquiátricos menores pelo SRQ-20 foi de 42%, sendo que os familiares identificados como possíveis casos (SRQ-20 positivo) obtiveram maiores médias de sobrecarga no BI. Levando em consideração somente os transtornos de humor, a prevalência de distúrbios psiquiátricos menores em familiares de indivíduos com Transtorno Bipolar foi de 30,4% (n=14) e em familiares de indivíduos com Depressão foi de 38,9% (n=56).

Para o presente estudo, será realizada uma comparação entre as médias de sobrecarga e a prevalência de distúrbios psiquiátricos menores.

The MOS 36-item short-form health status survey (SF-36)

O SF-36 (Ciconello et al., 1999) é um instrumento de 36 itens que avalia qualidade de vida e saúde geral do indivíduo. Validado para o Brasil, o instrumento é formado por 36 itens que englobam 8 escalas: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Os escores do SF36 podem variar de 0 a 100, no qual zero corresponde a pior estado geral de saúde e 100 a melhor estado geral de saúde.

Para o presente estudo, serão comparados os resultados do SF-36 com as médias de sobrecarga e a prevalência encontrada no SRQ-20.

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Amorim, 2000)

Trata-se de uma entrevista de curta duração (15 a 30 minutos) que visa classificar os entrevistados de forma compatível com os critérios do DSM-IV e CID-10. Será utilizada para averiguar a presença de episódio depressivo (atual ou passado), episódio maníaco/hipomaníaco (atual ou passado), transtorno de ansiedade generalizada, distímia, risco de suicídio (e tentativa ao longo da vida), transtorno de pânico, agorafobia, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da personalidade anti-social. A versão a ser utilizada é a do MINI 5.0 em português que foi desenvolvida para a utilização em cuidados primários e em ensaios clínicos.

O instrumento é constituído por módulos diagnósticos independentes, sendo a aplicação facilitada pela estruturação em questões dicotômicas. Em todas as seções diagnósticas (exceto a seção transtornos psicóticos), há uma ou duas questões de

entrada que exploram critérios obrigatórios permitindo excluir o diagnóstico em caso de respostas negativas.

Para o presente estudo será avaliada a presença de algum transtorno identificado pelo M.I.N.I. nos cuidadores, buscando associação com os diagnósticos do jovem e as médias de sobrecarga, além de fornecer dados que auxiliam na caracterização da história familiar de transtornos psiquiátricos.

Questionário CAGE (Cut-down, annoyed, guilty e eye-opener) (Masur and Monteiro, 1983)

Trata-se de um questionário validado para o Brasil em 1983 em uma amostra de homens internados em um hospital de São Paulo. Nesse estudo de validação, os autores encontraram um índice de sensibilidade de 88% e especificidade de 83%. O instrumento é composto por quatro questões (quadro 1) às quais o indivíduo responde afirmativa ou negativamente, objetivando assim identificar uso crônico de álcool. Desta forma, os escores variam de 0 a 4, sendo recomendado um ponto de corte de 2 ou mais respostas afirmativas no questionário para um CAGE positivo. Antes da aplicação do questionário CAGE o indivíduo será questionado acerca do uso de alguma bebida alcoólica nos últimos 30 dias, sendo que se a resposta for afirmativa segue-se a aplicação do CAGE, caso contrário, o CAGE não será administrado.

Complementando o questionário CAGE será incluído também um bloco com questões nas quais o indivíduo deve responder afirmativa ou negativamente com relação ao uso nos últimos 30 dias das seguintes substâncias: maconha, cocaína cheirada, LSD ou ácido, lança-perfume ou loló, comprimidos para ficar doidão, crack, cocaína injetada, cola de sapateiro, ecstasy, comprimidos para ficar calmo ou dormir, tiner, solvente ou benzina, outras substâncias (qual?).

Quadro 1 – Questões que compõem o questionário CAGE

1. Alguma vez o(a) Sr(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?
2. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?
3. O(A) Sr(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas?
4. O(A) Sr(a) costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

4.5 Seleção e treinamento dos entrevistadores

Para a avaliação dos jovens com o SCID, foram selecionados e treinados profissionais da área de saúde, sendo psicólogos e residentes em psiquiatria, cegos quanto ao diagnóstico do jovem. Com relação aos cuidadores, os entrevistadores são alunos bolsistas do Centro de Ciências, da Vida e da Saúde da Universidade Católica de Pelotas. Da mesma forma que os entrevistadores dos jovens, os bolsistas foram treinados com relação aos instrumentos e são cegos quanto ao diagnóstico do jovem. Esses bolsistas já haviam sido selecionados para participar da pesquisa no estudo transversal de base populacional e foram realocados para o presente estudo.

4.6 Estudo-piloto

O estudo piloto foi realizado nas duas primeiras semanas de coleta de dados, com os questionários dos cuidadores que não serão incluídos neste estudo. Para efeitos de coleta de material biológico para outro estudo da Universidade Católica de Pelotas, estão sendo chamados mães e pais dos jovens entrevistados. Entretanto, para o presente estudo só será considerado o principal cuidador com base nos critérios já explicados. Sendo assim, será considerado para coleta os questionários do principal cuidador e para o estudo piloto foram considerados os questionários do pai/mãe que não foram incluídos no estudo. O estudo piloto teve como objetivo avaliar o entendimento dos entrevistados com relação aos instrumentos, bem como promover treinamento prático das bolsistas responsáveis pelas entrevistas.

4.7 Logística da coleta de dados

Em um primeiro momento as entrevistas estão sendo realizadas em um laboratório destinado a coleta de dados, no Hospital Universitário da Universidade Católica de Pelotas, onde encontram-se um profissional responsável pela entrevista com o jovem e um bolsista para entrevistar o cuidador. Em um segundo momento, os entrevistadores se deslocarão aos domicílios dos jovens e respectivos cuidadores para fins da coleta de dados.

4.8 Controle de qualidade

A fim de verificar a qualidade das entrevistas ocorridas no estudo serão realizados contatos telefônicos com 30% da amostra e novas visitas a 10% dos participantes desta investigação.

4.9 Processamento e análise dos dados

Após a codificação dos instrumentos, será realizada dupla entrada dos dados no programa EpiInfo 6. Para que possa ser realizada uma checagem automática dos dados no momento da digitação será utilizado o comando *check*. Além disso, serão testadas no mesmo *software* as consistências na digitação comparando as duas entradas de dados.

Para análise bivariada dos dados será utilizado o programa SPSS 13.0, com o objetivo de obter freqüências de THB e TDM, as médias de sobrecarga no BI e de qualidade de vida no SF-36, as prevalências do SRQ-20, do M.I.N.I e do CAGE. O teste estatístico ANOVA será utilizado na análise bivariada dos dados, visando descrever associações, para esta amostra, entre as médias de sobrecarga e as variáveis independentes investigadas. Desta forma, se estabelecerão diferenças entre os grupos. Para análise dos resultados do SRQ-20 será utilizado o teste estatístico qui-quadrado visando descrever associações com as variáveis independentes. Esta análise também poderá ser realizada com relação ao SF-36, ao agrupar-se em variáveis dicotômicas alguns aspectos de interesse, como por exemplo, percepção de saúde e resultados do SRQ-20.

Ao final da análise, serão detectadas possíveis variáveis de confusão e avaliação quanto à necessidade de análise multivariada.

4.10 Divulgação dos resultados

A divulgação terá como alvo dois grupos distintos, sendo eles: a comunidade de Pelotas-RS, para qual a divulgação será realizada através da publicação dos principais achados do estudo no jornal local (Diário Popular), enquanto a comunidade científica terá acesso aos dados após a publicação de artigos e apresentação em congressos científicos. Interessados no estudo também poderão adquirir projeto e artigo final na biblioteca virtual da UCPel.

Com relação aos participantes do estudo, estes serão contatados ao final das análises de dados, onde os mesmos serão informados com relação aos resultados e

possíveis fontes de consulta dos relatórios.

4.11 Aspectos éticos

Neste protocolo de pesquisa são respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução Nº 196 de 10 de Outubro de 1996. Os cuidadores receberão informações sobre os objetivos da pesquisa e assinarão um “Consentimento livre e esclarecido”.

Será assegurado o direito à confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não possam ser identificados.

As pessoas que apresentarem quaisquer indicativo de transtorno psicológico ou psiquiátrico receberão encaminhamento para atendimento psicológico/psiquiátrico no Campus da Saúde da UCPel.

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da UCPel, vinculado ao estudo denominado “A psicoeducação como aspecto promotor de saúde em familiares de pacientes com transtorno bipolar”, que obteve aprovação no protocolo 2009/14.

4.12 Cronograma

Atividades / Período	2009												2010							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8
Revisão bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Seleção e treinamento dos entrevistadores			x	x																
Estudo piloto				x	x															
Captação da amostra				x	x	x	x	x												
Aplicação dos instrumentos e entrevista diagnóstica					x	x	x	x	x	x	x	x								
Codificação e digitação							x	x	x	x	x	x								
Análise de dados													x	x	x	x				
Produção científica / artigos															x	x	x	x		
Elaboração da dissertação																		x	x	
Apresentação de artigo final																				X

4.13 Orçamento

Na tabela 2, pode-se observar o custo do estudo, porém cabe ressaltar que este conta com o apoio financeiro do CNPQ.

Tabela 2: Despesas de custeio para o projeto de pesquisa em questão.

Despesas de Custeio	Quantidade	Valor Individual	Valor Total (R\$)
Material de Consumo			
Vale transporte para as entrevistas	600	1,85	1.110,00
Questionários aplicados nas avaliações	300	0,80	240,00
		Sub-total →	1.350,00
Serviços de terceiros			
Captação da amostra (indivíduos e familiares)	300	2,00	600,00
Entrevista de avaliação	300	30,00	9.000,00
		Sub-total →	9.600,00
Total (R\$) →			10.950,00

V REFERÊNCIAS

ABEP. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE). 2003.

Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000;22(3):106-15.

Chakrabarti S, Kulhara P, Verma S. Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1992;86:247-52.

Chessick C, Perlick DA, Miklowitz D, Kaczynski R, Allen M, Morris C, et al. Current suicide ideation and prior suicide attempts of bipolar patients as influences on caregiver burden. *Suicide and Life-Threatning Behavior*. 2007;37(4).

Ciconello R, Ferraz M, Santos W, Meinão I, Quaresma M. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida F-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*. 1999;39(3).

Cuijpers P, Stam H. Burnout Among Relatives of Psychiatric Patients Attending Psychoeducational Support Groups. *Psychiatric Services*. 2000;51(3).

Cunningham P, Connor P, Manning JS, Stegbauer C, Mynatt S. Evaluation of Mood Disorder Patients in a Primary Care Practice: Measures of Affective Temperament, Mental Health Risk Factors, and Functional Health in a Retrospective, Descriptive Study of 35 Patients. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2009;11(2):68-73.

Dore G, Romans S. Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *Journal of Affective Disorders*. 2001;67:147-58.

Ghaemi S, KO J, Goodwin F. The Bipolar Spectrum and the Antidepressant View of the World. *Journal of Psychiatric Practice*. 2001;7(5):287-97.

Goosens P, Wijngaarden BV, Klein EK-Vd, Achterberg TV. Family Caregiving in Bipolar Disorder: caregiver consequences, caregiver coping styles, and caregiver distress. *International Journal of Social Psychiatry*. 2008;54(4):303-16.

Heru A, Ryan C. Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives with mood disorders: 1-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*. 2004;83:221-5.

Highet N, Thompson M, McNair B. Identifying depression in a family member: The carers' experience. *Journal of Affective Disorders*. 2005;87:25-33.

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Delineando a Pesquisa Clínica - Uma Abordagem Epidemiológica*. 2. ed. ed: Artmed 2003.

Karp D, Tanarugsachock V. Mental Illness, Caregiving and Emotion Management. *Qualitative Health Research*. 2000;10(1):6-25.

Manning JS. Burden of Illness in Bipolar Depression. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2005;7(6).

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR). 4. ed. rev. ed. Porto Alegre: Artmed 2002.

Mari JdJ, Williams P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry*. 1986;148:23-6.

Masur J, Monteiro M. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric hospital setting. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 1983;16:215-8.

Merikangas K, Akiskal H, Angst J, Greenberg P, Hirschfeld R, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2007;64(5):543-52.

Ogilvie AD, Morant N, Goodwin GM. The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar disorders*. 2005;7 Suppl 1:25-32.

OMS. Classificação de transtornos mentais e comportamentos da CID-10: descrições e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed 1993.

Ostacher MJ, Nierenberg AA, Iosifescu DV, Eidelman P, Lund HG, Ametrano RM, et al. Correlates of subjective and objective burden among caregivers of patients with bipolar disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2008 Jul;118(1):49-56.

Östman M, Wallsten T, Kjellin L. Family Burden and relatives' participation in psychiatric care: Are the patient's diagnosis and the relation to the patient of importance? *International Journal of Social Psychiatry*. 2005;51(4):291-301.

Perlick D, Clarkin JF, Sirey J, al. e. Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *British Journal of Psychiatry*. 1999;175:56-62.

Perlick DA, Rosenheck RR, Clarkin JF, Raue P, Sirey J. Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *The Journal of nervous and mental disease*. 2001 Jan;189(1):31-7.

Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Maciejewski PK, Sirey J, Struening E, et al. Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2004 Sep;55(9):1029-35.

Perlick D, Hohenstein J, Clarkin J, Kaczynski R, Rosenheck R. Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disorders*. 2005;7(2):126-35.

Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ, Chessick C, Wolff N, Kaczynski R, et al. Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar disorders*. 2007 May;9(3):262-73.

Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ, Kaczynski R, Link B, Ketter T, et al. Caregiver burden and health in bipolar disorder: a cluster analytic approach. *J Nerv Ment Dis.* 2008 Jun;196(6):484-91.

Platt S, Weyman A, Hirsch S, Hewett S. The Social Behavior Assessment Schedule (SBAS): Rationale, Contents, Scoring and Reliability of a New Interview Schedule. *Social Psychiatry.* 1980;15:43-55.

Sachs GS, Thase ME, Otto MW, Bauer M, Miklowitz D, Wisniewski SR, et al. Rationale, Design, and Methods of the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Biological Psychiatry.* 2003;53(11):1028-42.

Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2002;24(1):12-7.

Scott J. Psychotherapy for bipolar disorder. 1995:581-8.

Steele A, Maruyama N, Galynker I. Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: A review. *J Affect Disord.* 2009 May 12.

Strakowski S, DelBello M. The co-occurrence of Bipolar and Substance Use Disorders. *Clinical Psychology Review.* 2000;20(2):191-206.

Tomasi E, Silva R, Facchini LA, Piccini R, Thume E, Silva Hd. Os CAPS e os cuidados psicossociais: cenários e possibilidades na evolução dos portadores de sofrimento psíquico em Pelotas-RS. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas e Universidade Federal de Pelotas; 2008.

Vieta E, Reinares M, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M, et al. What really matters to bipolar patient's caregivers: sources of family burden. *Journal of Affective Disorders.* 2006;94(1-3):157-63.

Voort Tvd, Goossens P, Bijl Jvd. Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with a bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2007;14:679-87.

Weinstock L, Keitner G, Ryan C, Solomon D, Miller I. Family Functioning and Mood Disorders: A Comparison Between Patients With Major Depressive Disorder and Bipolar I Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006;74(6):1192-202.

Wijngaarden B, Schene A, Koeter M. Family caregiving in depression: impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*. 2004;81:211-22.

Zauszniewski JA, Bekhet AK, Suresky MJ. Factor associated with perceived burden, resourcefulness, and quality of life in female family members of adults with serious mental illness. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2008;14(2):125-35.

ANEXOS

Anexo A – Termo de Consentimento

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: *Sobrecarga e fatores associados em cuidadores de jovens entre 18 e 24 anos com Transtorno de Humor Bipolar e Unipolar*

Informações sobre o estudo ao participante

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

Qual é o objetivo da pesquisa?

A presença de um transtorno mental traz prejuízos para o jovem doente e também para sua família. Os pais ou o(a) companheiro(a), que são as pessoas que passam a maior parte do tempo com o jovem, podem apresentar-se sobrecarregados por cuidar dele, pois esse pode apresentar-se agressivo, irritável, muito triste, ter comportamentos de risco, entre outros sintomas. A sobrecarga é o estresse ou sofrimento emocional, social ou financeiro que o transtorno de um membro da família causa sobre os seus cuidadores. Desta forma, o objetivo desse estudo é identificar o nível de sobrecarga nos pais ou companheiros de jovens com Depressão, Transtorno Bipolar e jovens saudáveis (sem nenhum desses transtornos). Além disso, será realizada uma coleta de sangue e saliva nos pais de jovens com indicativo de transtornos de humor e sem esses indícios, para comparação. O objetivo da coleta é identificar se existem no sangue e saliva substâncias que podem estar relacionadas aos Transtornos de Humor e como elas se associam.

Como o estudo será realizado?

Com os pais: Será realizada uma coleta de sangue do seu braço, na qual serão retirados 15 ml de sangue, o que não compromete a sua saúde. Esta coleta será realizada por pesquisadores da área da saúde devidamente treinados para tal função. A coleta de saliva será realizada encostando um pequeno recipiente de plástico na boca para colocar a saliva dentro dele. Além disso, responderá um questionário com questões diversas. Com o(a) companheiro(a): Você responderá um questionário, com questões diversas. Você não precisa passar pela coleta de sangue e saliva.

Quais são os riscos em participar?

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

Itens importantes:

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

O que eu ganho com este estudo?

Sua colaboração neste estudo pode ajudar a aumentar o conhecimento científico sobre fatores relacionados aos transtornos de humor, que poderão eventualmente beneficiar você ou outras pessoas. Ao saber melhor quais substâncias estão relacionadas aos transtornos, um tratamento médico mais direcionado pode ser esperado no futuro. Caso se identifique (no questionário) um ou mais transtorno(s) psiquiátrico(s), você receberá um encaminhamento para ser atendido de forma gratuita pela Universidade.

Quais são os meus direitos?

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em jornais científicos ou submetidos à autoridade de saúde competente, mas você não será identificado por nome. Sua participação neste estudo é voluntária. Somente os pesquisadores responsáveis terão acesso às suas respostas no questionário, bem como ao material biológico (sangue e saliva).

DECLARAÇÃO:

Eu,declaro que:

1. Concordo total e voluntariamente em fazer parte deste estudo.
2. Recebi uma explicação completa do objetivo do estudo, dos procedimentos envolvidos e o que se espera de mim. O pesquisador me explicou os possíveis problemas que podem surgir em consequência da minha participação neste estudo.
3. Informe-me o pesquisador sobre medicamentos que estou tomando.
4. Concordo em cooperar inteiramente com o pesquisador supervisor.
5. Estou ciente de que tenho total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento e que esta desistência não irá, de forma alguma, afetar meu tratamento ou administração médica futura.
6. Estou ciente de que a informação nos meus registros médicos é essencial para a avaliação dos resultados do estudo. Concordo em liberar esta informação sob o entendimento de que ela será tratada confidencialmente.
7. Estou ciente de que não serei referido por nome em qualquer relatório relacionado a este estudo. Da minha parte, não devo restringir, de forma alguma, os resultados que possam surgir neste estudo.

Nome completo do paciente: _____

Assinatura do paciente: _____

Data: __ / __ / ____

Assinatura do Pesquisador: _____

Para maiores informações entre em contato com Giovanna Silva pelo telefone: 81249333 – 21288404 ou com Karen Jansen pelo telefone 81186112 – 21288404.

Coordenador do projeto: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento
Universidade Católica de Pelotas
Fone: 21288404 - 81228378

Anexo B – Encaminhamento

ESTUDO SOBRE COMPORTAMENTOS DE SAÚDE EM JOVENS DE 18 A 24 ANOS

ENCAMINHAMENTO PSIQUIÁTRICO

Pelotas, ____ de _____ de 200__ .

Eu, _____, declaro ter recebido informações sobre os meus sintomas e por isso fui encaminhado (a) para atendimento psiquiátrico no Campus da Saúde da UCPel (antigo Hospital Psiquiátrico Olivé Leite), localizado na Av. Fernando Osório, nº. 1586. Tel.:

Horários de atendimento: Terças e quintas-feiras, das 15 às 16 horas.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Pesquisador

Observação:

_____.

Anexo C – Questionário coleta de dados



QUESTIONÁRIO DO FAMILIAR / CUIDADOR
Universidade Católica de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento



BLOCO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do familiar / cuidador: _____	Frec ____
Nome do jovem: _____	
Data da entrevista: ____ / ____ / 2009	Fdte ____ / ____
Entrevistador(a): _____	

Há algum tempo esteve na sua casa um aluno do centro de ciência da vida e da saúde para fazer uma série de perguntas sobre como seu filho/companheiro(a) estava se sentindo. Neste segundo momento vocês foram convidados a responder algumas perguntas, para fazermos uma avaliação psicológica com vocês e uma coleta de sangue. Não se preocupe, sendo detectado qualquer problema na avaliação clínica vocês receberão atendimento gratuito via universidade.

1. **(OBSERVAR):** Sexo do(a) entrevistado(a): (1) Feminino (2) Masculino
2. **(OBSERVAR):** Cor do(a) entrevistado(a): (1) branca (2) parda / mestiça (3) preta (4) outra: _____

Fcsexo __

Fccor __

DAQUI EM DIANTE SUBSTITUIR <NOME> PELO NOME DO(A) JOVEM

3. Qual é a sua idade? ____ anos
4. Há quanto tempo <NOME> mora com o(a) sr(a)?
 _____ anos e ____ meses (00) Sempre morou (88) NSA
5. Qual seu grau de parentesco com <NOME>:
 (01) mãe (02) pai (03) avó/avô maternos
 (04) tio(a) (05) irmão(ã) (06) cunhado(a)
 (07) companheiro(a) **PULAR PARA 7** (08) avó/avô paternos
 () Outro: _____
6. Atualmente, o(a) sr(a) vive com companheiro?
 (0) Não (1) Sim

Fidade ____

Fcmoraa ____

Fcmoram ____

Fqpare ____

Fcivil _

7. O(A) Sr(a) sabe ler e escrever?
(0) Não **PULAR PARA 9** (1) Só assina o nome **PULAR PARA 9** (2) Sim
8. **SE SIM:** Até que série o(a) Sr(a) completou na escola?
_____ anos de estudo (88) NSA
9. Qual a escolaridade do chefe da família? (*Chefe da família = pessoa de maior renda*)
(0) analfabeto / primário incompleto
(1) primário completo / ginásial incompleto
(2) ginásial completo / colegial incompleto
(3) colegial completo / superior incompleto
(5) superior completo
10. O(A) Sr(a) trabalha atualmente?
(0) Não (1) Sim **PULAR PARA 12**
11. O(A) sr(a) está aposentado? (0) Não (1) Sim
12. O(A) sr(a) está encostado? (0) Não **PULAR PARA 14** (1) Sim
13. **SE SIM:** Por que motivo?

Fler ___
Fescol ___
Feschef ___
Ftrabatu ___
Fapos ___
Fencos ___
Fmotiv ___

14. Vocês têm em casa? **LER OPÇÕES**

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Aspirador de pó	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +
Vídeo cassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

Ftv ___
Fradio ___
Fbanh ___
Faut ___
Fmens ___
Faspir ___
Fmaqlav ___
Fvidvd ___
Fgelad ___
Ffreez ___

AGORA EU VOU FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE COMO AS PESSOAS SE SENTEM QUANDO TEM QUE CUIDAR DE OUTRAS PESSOAS. GOSTARIA QUE O(A) SR(A) ME DISSESSE COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTE ASSIM. NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS. POR FAVOR, RESPONDA AS QUESTÕES COMO SE <NOME> TIVESSE ALGUMA DOENÇA OU PROBLEMA, POIS ESSE QUESTIONÁRIO É APLICADO A TODOS.

Ler opções a cada pergunta →	Nunca 0	Quase Nunca 1	Às vezes 2	Quase sempre 3	Sempre 4
O(A) sr(a) sente que <NOME> pede mais ajuda do que precisa?					
O(A) sr(a) sente que por causa do tempo que gasta com <NOME> o(a) sr(a) não tem tempo suficiente para si mesmo?					
O(A) sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de <NOME> e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
O(A) sr(a) se sente envergonhado(a) com o comportamento de <NOME>?					

Fajuda ___
Ftempo ___
Festres ___
Fenverg ___

O(A) sr(a) se sente irritado(a) quando <NOME> está por perto?						Firrita __
O(A) sr(a) sente que <NOME> afeta negativamente seus relacionamentos com outras pessoas da família ou amigos?						Frelac __
O(A) sr(a) sente receio pelo futuro de <NOME>?						Ffutur __
O(A) sr(a) sente que <NOME> depende do sr(a)?						Fdepen __
O(A) sr(a) se sente tenso(a) quando <NOME> está por perto?						Ftenso __
O(A) sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com <NOME>						Fsaúde __
O(A) sr(a) sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de <NOME>?						Fpriva __
O(A) sr(a) sente que sua vida social tem sido prejudicada porque o sr(a) está cuidando de <NOME>?						Fsocial __
O(A) sr(a) não se sente à vontade de ter visitas em casa por causa de <NOME>?						Fvisit __
O(A) sr(a) sente que <NOME> espera que o sr(a) cuide dele/dela como se o sr(a) fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?						Funica __
O(A) sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de <NOME>, somando as suas outras despesas?						Fdinhei __
O(A) sr(a) sente que será incapaz de cuidar de <NOME> por muito mais tempo?						Fincap __
O(A) sr(a) sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de <NOME>?						Fcontrol __
O(A) sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de <NOME>?						Fpessoa __
O(A) sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por <NOME>?						Fduvid __
O(A) sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por <NOME>?						Fmais __
O(A) sr(a) sente que poderia cuidar melhor de <NOME>?						Fmelhor __

15. De uma maneira geral, quanto o sr(a) se sente sobrecarregado(a) por cuidar de <NOME>?

(LER OPÇÕES)

- (0) nem um pouco (1) um pouco (2) mais ou menos
(3) muito (4) demais

Fsobrec __

16. O Sr(a) é a pessoa que fica com <NOME> a maior parte do tempo, quase todos os dias?

- (0) Não (1) Sim

Fcuidat __

17. Tem mais alguém a quem o(a) <NOME> recorre para obter ajuda quando precisa de alguma coisa?

- (0) Não (1) Sim

Fmaisaj __

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A SUA SAÚDE E DE OUTRAS PESSOAS DA SUA FAMÍLIA

18. O(A) sr(a) tem algum familiar que tem ou já teve problema de nervos?
 (0) Não **PULAR PARA 20** (1) Sim

Foutfamp __

Fpar1 __

Fmora1 __

Fpsic1 __

Fbaix1 __

Fmed1 __

Fpar2 __

Fmora2 __

Fpsic2 __

Fbaix2 __

Fmed2 __

Fpar3 __

Fmora3 __

Fpsic3 __

Fbaix3 __

Fmed3 __

19. **SE SIM:**

Quem? (parentesco)	Mora/ morava com o sr(a)?	Consultou com psiquiatra ou psicólogo por causa deste problema?	Baixou hospital por causa deste problema?	Tomou medicação por causa deste problema?
	(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
	(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
	(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim

20. O(A) sr(a) tem algum familiar com dificuldades de caminhar, tomar banho ou ir ao banheiro sozinho? (marcar não se o familiar for o jovem)
 (0) Não **PULAR PARA 24** (1) Sim

Ffaminc __

21. **SE SIM:**

Quem? (parentesco)	Qual doença ele(a) tem?	Mora com o sr(a)?
		(0) Não (1) Sim
		(0) Não (1) Sim
		(0) Não (1) Sim

Fparin1 ____

Fdoenç1 ____

Fmorain1 __

Fparin2 ____

Fdoenç2 ____

Fmorain2 __

Fparin3 ____

Fdoenç3 ____

Fmorain3 __

22. O(A) sr(a) é o(a) principal cuidador(a) dessa pessoa? (cuidador = pessoa que cuida dele(a) na maior parte do tempo, ajudando no que ele não consegue fazer sozinho)
 (0) Não **PULAR PARA 24** (1) Sim

Fcuidad __

23. Alguém lhe ajuda nos cuidados a esse familiar?
 (0) Não (1) Sim

Fajudinc __

24. O(A) sr(a) precisou tomar algum remédio nos últimos 30 dias?
 (0) Não **PULAR PARA 26** (1) Sim

FMedi30 __

25. **SE SIM:** Qual(is) o(s) remédio(s) que o(a) sr(a) tomou? Para qual problema o(a) sr(a) teve que tomar?

- a. _____ para _____
 b. _____ para _____
 c. _____ para _____

FMeda ____

FParaa ____

FMedb ____

FParab ____

FMedc ____

Parac ____

26. Qual destas faces mostra melhor como tu te sentiu nos últimos 30 dias?

Ffaces __



AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O ÚLTIMO MÊS. GOSTARIA QUE O(A) SR(A) ME RESPONDESSE SIM OU NÃO. Se necessário, pedir para ficar sozinho(a) com ele(a)

Teve dores de cabeça freqüentes?	(0) Não	(1) Sim	Fcabec __
Teve falta de apetite?	(0) Não	(1) Sim	Fapet __
Dormiu mal?	(0) Não	(1) Sim	Fdormal __
Tem se assustado com facilidade?	(0) Não	(1) Sim	Fassus __
Tem tremores nas mãos?	(0) Não	(1) Sim	Ftremor __
Tem se sentido nervosa(o), tensa(o) ou preocupada(o)?	(0) Não	(1) Sim	Fnervo __
Teve má digestão?	(0) Não	(1) Sim	Fmadig __
Sentiu que as suas idéias ficam embaralhadas de vez em quando?	(0) Não	(1) Sim	Fidéias __
Tem se sentido triste ultimamente?	(0) Não	(1) Sim	Ftriste __
Chorou mais do que de costume?	(0) Não	(1) Sim	Fchorou __
Conseguiu sentir algum prazer nas suas atividades diárias?	(0) Não	(1) Sim	Fprazer __
Teve dificuldade de tomar decisões?	(0) Não	(1) Sim	Fdific __
Achou que seu trabalho diário é penoso e causa sofrimento?	(0) Não	(1) Sim	Ftrabdi __
Achou que tinha um papel útil na vida?	(0) Não	(1) Sim	Fútil __
Perdeu o interesse pelas coisas?	(0) Não	(1) Sim	Fintere __
Se sentiu uma pessoa sem valor?	(0) Não	(1) Sim	Fvalor __
Alguma vez pensou em acabar com a sua vida?	(0) Não	(1) Sim	Facabar __
Se sentiu cansada(o) o tempo todo?	(0) Não	(1) Sim	Fcansad __
Sentiu alguma coisa desagradável no estômago?	(0) Não	(1) Sim	Festoma __
Se cansou com facilidade?	(0) Não	(1) Sim	Fcanfac __

AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE COISAS DO SEU DIA-A-DIA

27. O(a) Sr. (a) fuma? (0) Não, nunca fumou PULAR PARA 30 (1) Não, ex-fumante PULAR PARA 30 (2) Sim	Ffuma __
28. SE FUMA: Há quanto tempo o Sr(a) fuma? ___ anos	Ftpfu ___
29. SE FUMA: Quantos cigarros o(a) Sr (a) fuma por dia? ___	Fqcig ___
30. O(A) Sr (a) tomou alguma bebida alcoólica nos últimos 30 dias? (0) Não PULAR PARA 35 (1) Sim	Fbbalc __
31. Alguma vez o(a) sr(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? (0) Não (1) Sim (8) NSA	Fcage1 __
32. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica? (0) Não (1) Sim (8) NSA	Fcage2 __
33. O(A) sr(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? (0) Não (1) Sim (8) NSA	Fcage3 __

34. O(A) sr(a) costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? (0) Não (1) Sim (8) NSA

Fcage4 __

35. Nos últimos 30 dias o(a) sr(a) usou alguma destas coisas que eu vou dizer?

Maconha (0) Não (1) Sim
 Cocaína cheirada (0) Não (1) Sim
 LSD ou ácido (0) Não (1) Sim
 Lança-perfume ou Loló (0) Não (1) Sim
 Comprimidos para ficar doído (0) Não (1) Sim
 Crack (0) Não (1) Sim
 Cocaína injetada (0) Não (1) Sim
 Cola de sapateiro (0) Não (1) Sim
 Ecstasy (0) Não (1) Sim
 Comprimidos para ficar calmo ou dormir (0) Não (1) Sim
 Tiner, Solvente ou Benzina (0) Não (1) Sim
 Outra, qual? _____

Fmaco __
 Fcocch __
 Flsd __
 Flolo __
 Fcompri __
 Fcrack __
 Fcocinj __
 Fcola __
 Fecsta __
 Fcompdor __
 Ftiner __
 Foutdro __ __

AGORA VAMOS FALAR SOBRE TUAS ATIVIDADES DIÁRIAS. POR FAVOR, RESPONDA A ALTERNATIVA QUE MELHOR REPRESENTA COMO TENS TE SENTIDO.

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

Excelente1
 Muito boa2
 Boa3
 Ruim4
 Muito ruim5

Fsf1 __

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

Muito melhor agora do que há um ano atrás1
 Um pouco melhor agora do que há um ano atrás2
 Quase a mesma de um ano atrás3
 Um pouco pior agora do que há um ano atrás4
 Muito pior agora do que há um ano atrás5

Fsf2 __

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

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

Fsf3a __

Fsf3b __

Fsf3c __

Fsf3d __

sf3e __

Fsf3f __

Fsf3g __

Fsf3h __

j) Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3
------------------------------	---	---	---

Fsf3i ___
Fsf3j ___

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

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

Fsf4a ___
Fsf4b ___
Fsf4c ___
Fsf4d ___

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

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

Fsf5a ___
Fsf5b ___
Fsf5c ___

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

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

Fsf6 ___

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

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

Fsf7 ___

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

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

Fsf8 ___

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

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

Fsf9a __

Fsf9b __

Fsf9c __

Fsf9d __

Fsf9e __

Fsf9f __

Fsf9g __

Fsf9h __

Fsf9i __

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

Todo o tempo1
 A maior parte do tempo.....2
 Alguma parte do tempo.....3
 Uma pequena parte do tempo4
 Nenhuma parte do tempo5

Fsf10 __

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

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

Fsf11a __

Fsf11b __

Fsf11c __

Fsf11d __

MUITO OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO !

Encaminhamento: (0) não
(1) sim, Campus da Saúde

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 de la 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 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.

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A) : _____ PROTOCOLO NÚMERO: _____

DATA DE NASCIMENTO : _____ HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA: _____

NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A): _____ HORA DO FIM DA ENTREVISTA: _____

DATA DA ENTREVISTA: _____ DURAÇÃO TOTAL DA ENTREVISTA: _____

MINI 5.0.0 / Brazilian Version / DSM-IV / Current

MÓDULOS	PERÍODOS EXPLORADOS
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 últimas semanas) + vida inteira
A.º EDM com características melancólicas	Atual (2 últimas semanas) <u>Opcional</u>
B. DISTIMIA	Atual (2 últimos anos)
C. RISCO DE SUICÍDIO	Atual (último mês)
D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO	Atual + vida inteira
E. TRANSTORNO DE PÂNICO	Vida inteira + atual (último mês)
F. AGORAFOBIA	Atual
G. FOBIA SOCIAL	Atual (último mês)
H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)
I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último mês) <u>Opcional</u>
J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL	Atual (12 últimos meses)
K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) (Não alcoólicas)	Atual (12 últimos meses)
L. SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira + atual
M. ANOREXIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)
N. BULÍMIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)
O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (6 últimos meses)
P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira <u>Opcional</u>

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica estruturada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), explorando de modo padronizado os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

• Entrevista:

Com o objectivo 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 do 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 aqueles presentes ao longo desse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos 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(s) quadro(s) 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 “e / 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 M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECRUBIER / Thierry
HERGUETA Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

Patrícia AMORIM
N.A. P. S. Novo Mundo
Avenida Manchester 2000
Jd Novo Mundo
74000 – Goiânia - Goiás
BRASIL

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

Tel: + 55 62 208 85 50
fax: + 55 62 285 43 60
e-mail: p.amorim@persogo.com.br

ph: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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, teve, quase todo tempo, 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 ?		<input checked="" type="checkbox"/>	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, <u>ou</u> 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) COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, 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 em concentrar-se ou em 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 OU A2 = "NÃO")

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL	

SE o(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM 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 EXPLORADOS DE A3a à A3g]?	<input checked="" type="checkbox"/>	NÃO	SIM	10
b	Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses?	NÃO	SIM	11	

A5b É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO	

→: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
b	Durante este último período de depressão, quando se sentiu 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 se sentir melhor, mesmo temporariamente?	↑ NÃO	SIM	
	A6a OU A6b SÃO COTADAS SIM ?		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 de manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, tendo dificuldade em voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	A3a 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**

→: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

B. DISTIMIA

Não explorar este módulo se o(a) entrevistado(a) apresenta um Episódio Depressivo Maior Atual.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	Í NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante mais de 2 meses ?	NÃO	Í SIM	21
B3	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 em concentrar-se ou em tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3?	Í NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	Í NÃO	SIM	28
	B4 É COTADA SIM?	NÃO SIM <i>DISTIMIA ATUAL</i>		

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

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 suicidar-se ?	NÃO	SIM	3
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	4
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	5

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	6
----	---------------------------------------	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR O NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO:

C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE

C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO

C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM : ELEVADO

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
LEVE	<input type="checkbox"/>
MODERADO	<input type="checkbox"/>
ELEVADO	<input type="checkbox"/>

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

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	SIM	1
	NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	SE “SIM”			
b	Sente-se, neste momento, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família?	NÃO	SIM	3
	NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
	SE “SIM”			
b	Sente-se, excessivamente irritável neste momento?	NÃO	SIM	4
	D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?	1 NÃO	SIM	

- D. SE **D1b** OU **D2b** = “SIM”: EXPLORAR APENAS O EPISÓDIO ATUAL
SE **D1b** E **D2b** = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE

Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia / mais irritável :

a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (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 compreendê-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

→: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3
OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?

I
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?

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

NÃO SIM 12

D4 É COTADA "NÃO" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	†
Passado	†

D4 É COTADA "SIM" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	Passado

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

E1	Alguma vez teve crises ou ataques 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 ? Estas crises de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	NÃO	SIM	1
	SÓ COTAR SIM SE RESPOSTA SIM ÀS DUAS QUESTÕES			
	SE E1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.			
E2	Algumas dessas crises de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada as provocasse/ sem motivo ?	NÃO	SIM	2
	SE E2 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.			
E3	Após uma ou várias dessas crises, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outras crises ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	3
	SE E3 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.			
E4	Durante a crise em que se sentiu pior :			
a	Tinha palpitações ou o seu coração batia muito rápido ?	NÃO	SIM	4
b	Transpirava ou tinha as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	5
c	Tinha tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	6
d	Tinha dificuldade em respirar ou sentia-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	7
e	Tinha a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	8
f	Sentia dor ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	9
g	Tinha náuseas, desconforto no estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	10
h	Sentia-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	11
i	Tinha a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irrealis ou sentia-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	12
j	Tinha medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	13
k	Tinha medo de morrer ?	NÃO	SIM	14
l	Tinha dormências ou formigamentos ?	NÃO	SIM	15
m	Tinha ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	16
E5	HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
	SE E5 = “NÃO”, PASSAR a E7.			
				<i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>
E6	Durante o último mês, teve pelo menos 2 dessas crises de ansiedade, e sentia um medo constante de ter outra crise ?	NÃO	SIM	17
	SE E6 = “SIM”, PASSAR A F1.			
				<i>Transtorno de Pânico Atual</i>
E7	HÁ 1, 2 OU 3 “SIM” EM E4 ?	NÃO	SIM	18
				<i>Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira</i>

F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso 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, sobre 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
----	---	-----	-----	----

Agorafobia Atual

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “NÃO”
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL	

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL	

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”
e
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA “NÃO” ?

NÃO	SIM
AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL	

→: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

G. FOBIA SOCIAL

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4

G4 É COTADA “SIM” ?

NÃO SIM

**FOBIA SOCIAL
ATUAL**

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

H1 Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo, por exemplo, a idéia de que estava sujo(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 idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis **ou** uma necessidade de colecionar **ou** ordenar as coisas? NÃO SIM 1

NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.

SE H1 = “NÃO”, PASSAR A H4.

H2 Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ? NÃO SIM 2

SE H2 = “NÃO”, PASSAR A H4

H3 Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ? NÃO SIM 3

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

H3 OU H4 SÃO COTADAS “SIM” ?

↑
NÃO SIM

H5 Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ? NÃO SIM 5

↑
NÃO SIM

H6 Essas idéias 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” ?

NÃO SIM
**TRANSTORNO
OBSESSIVO-COMPULSIVO
ATUAL**

→: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

I1	Alguma vez viveu ou foi testemunha 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, ATENTADO, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	2
I3	Durante o último mês:				
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades em lembrar-se exatamente do que se passou?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	6 7
e	Teve dificuldade em sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, de que já não encararia o futuro da mesma maneira?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM I3 ?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	
I4	Durante o último mês:				
a	Teve dificuldade para dormir ?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades em concentrar-se?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM I4	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	
I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	14

I5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL	

→: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

M. ANOREXIA NERVOSA

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)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	1

Durante os últimos 3 meses:

M2	Recusou-se a engordar , embora pesasse pouco ?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais ?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	3
M4a	Achou que era ainda muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	4
b	A sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	
M6	PARA AS MULHERES APENAS: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	7

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)

ALTURA (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Mulheres	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Homens	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE REDUÇÃO EM RELAÇÃO AO PESO NORMAL)

N. BULIMIA NERVOSA

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	<input type="radio"/>	NÃO	SIM	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	<input type="radio"/>	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 alimento que come ?	<input type="radio"/>	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 ?	<input type="radio"/>	NÃO	SIM	11
N5	A opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	<input type="radio"/>	NÃO	SIM	12
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)? SE N6 = “NÃO”, PASSAR A N8	<input type="radio"/>	NÃO	SIM	13
N7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ___Kg* ? * RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)	<input type="radio"/>	NÃO	SIM	14
N8	N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?	NÃO SIM BULIMIA NERVOSA ATUAL			
	N7 É COTADA "SIM" ?	NÃO SIM ANOREXIA NERVOSA tipo Compulsão Periódica / Purgativa ATUAL			

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O1	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 ?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	1
<p>NÃO COTAR SIM SE A ANSIEDADE DESCRITA CORRESPONDE A UM TIPO DE ANSIEDADE JÁ EXPLORADA, COMO MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA)...</p>						
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	2
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	3
<p>DE O3 A O3f COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO QUADRO DOS TRANSTORNOS EXPLORADOS ANTERIORMENTE</p>						
O3		Nos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), freqüentemente:				
	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 em concentrar-se ou ter esquecimentos / “dar branco” ?		NÃO	SIM	7
	e	Ficava particularmente irritável ?		NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?		NÃO	SIM	9
<p>HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?</p>			<p>NÃO SIM</p> <p>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</p>			

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

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 perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
c	Brutalizou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
d	Destruiu ou incendiou coisas porque quis?	NÃO	SIM	4
e	Fez sofrer animais ou pessoas porque quis?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6
		1		
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM P1?	NÃO	SIM	

P2 NÃO COTAR “SIM” AS RESPOSTAS ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

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 assegurar o mínimo necessário?	NÃO	SIM	7
b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	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 VIDA INTEIRA	

REFERÊNCIAS

- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; **59** [suppl 20] : 22-33.
- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; **13** : 26-34.
- As versões originais francesa e inglesa do MINI / DSM IV foram traduzidas e podem pedir-se aos autores (ver página 3). Uma versão CIM-10 do MINI está também disponível em francês, inglês e dinamarquês.

Traduções	M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores	M.I.N.I. 5.0, M.I.N.I. PLUS, M.I.N.I. screen
Afrikaans		R. Emsley
Alemão	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		En préparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brasileiro	P. Amorim	P. Amorim
Búlgaro		L.G. Hranov
Catalão		En préparation
Chinês		L. Caroll
Croata		En préparation
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	En préparation
Galês		En préparation
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		K. Batra, S. Gambir
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Italiano	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, P. Donda, A. Rossi, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano
Japonês		H. Watanabe
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Holandês/ Flamenco	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, U. Malt, E. Malt
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim, T. Guterres	T. Guterres, P. Levy, P. Amorim
Punjabi		S. Gambir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble
Checo	P. Zvolsky	P. Zvolsky
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		S. Gambir

O M.I.N.I. foi desenvolvido simultaneamente em francês e inglês. O desenvolvimento e a validação do M.I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pela CNAM (701061), os laboratórios SmithKline Beecham e a U.E. Imp. 18.10.

**BURDEN AND CORRELATE FACTORS IN CAREGIVERS OF YOUNG
PEOPLE PRESENTING BIPOLAR AND UNIPOLAR MOOD DISORDER**

Giovanna Del Grande da Silva^{a*}, Karen Jansen^a, Jerônimo da Costa Branco^a,
Ricardo Tavares Pinheiro^a, Pedro Vieira da Silva Magalhães^b, Flávio
Kapczinski^b, Ricardo Azevedo da Silva^a

^a Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade
Católica de Pelotas

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul

* Corresponding information: Giovanna Del Grande da Silva. Rua Almirante Barroso, 1202, sala 109G. Centro. 96010-280 – Pelotas, RS, Brasil. Phone: (+55 53) 8124-9333. E-mail: giggriadgsa@gmail.com

ABSTRACT

Background: Caregiver burden has been associated both with the caregiver's need for support and information, and the caregiver's mental disorders. However, there are not quantitative studies in Brazil regarding caregiver burden in a community sample.

Methods: This is a cross-sectional study, nested in a population-based cross-sectional study with youngsters, conducted in the city of Pelotas, Brazil. The caregivers (n=187) responded to the Burden Interview (BI), to the M.I.N.I. and to the CAGE, and they also answered questions regarding socioeconomic variables.

Results: Caregiver burden was associated to the following variables: young person's low schooling, being the caregiver of young people with Depression Disorder and Bipolar Disorder, and caregiver's Axis I disorders. Also, there is an indication that alcohol abuse/dependence and caregiver burden are related.

Limitations: Since there is no data previous to the young people diagnosis (Bipolar and Depressive Disorder), it is not possible to conclude neither that the burden is a contributing factor for the caregiver's Axis I Disorders (and the alcohol abuse) nor if these factors have lead to the caregiver burden.

Conclusions: Caregivers are affected by the young people's disorder even before the diagnosis. Such impact may lead to serious impairments provoked by the burden and its correlate factors. These findings should contribute to further studies and to the creation of intervention strategies targeting the informal caregiver.

Keywords: Burden, Caregiver, Depression, Bipolar Disorder

INTRODUCTION

Mental disorders affect a major part of the population worldwide, causing serious impairments to the patients, their families and the community. The World Health Organization reports that about 450 million people suffer from neuropsychiatric disorders, including Major Depression and Bipolar Disorder. Moreover, it is estimated that mental and behavior disorders affect 25% of the population worldwide and 10% of the adult population at some moment in their lives. (WHO, 2001).

Throughout the years, the number of patients under the care of their family members has increased, especially due to the reformulation of the psychiatric treatment. However, these informal caregivers do not usually have the required information and the physical/psychological resources to deal with the burden caused by the disorder. A recent article review pointed out that caregivers of individuals presenting psychiatric disorders experience high levels of depression and anxiety, and they also need support due to their own mental disorders caused by the caregiver role (Steele et al., 2009). Other studies reveal that caregivers of individuals with Bipolar Disorder may experience a different and greater burden when compared to caregivers of people with other disorders (Ogilvie et al., 2005); and that these caregivers may feel more strained, with lack/diminishment of pleasure in their daily activities, greater feelings of depression, inability to cope with difficulties, and a greater use of prescribed medication. (Goosens et al., 2008)

The prevalence of Depression identified at primary health care services in the city of Rio de Janeiro (Brazil) is 15.8% (WHO, 2001).The lifetime

prevalence for Bipolar Disorder (BD) is 1% for type I BD, 1.1% for type II BD and 2.4% for subthreshold BD. (Merikangas et al., 2007) Despite these data, there is still a lack of quantitative studies regarding caregiver burden in Brazil. A recent report with data from caregivers of patients attending the *Centros de Atenção Psicossocial* (CAPS) for psychological and psychiatric treatment in the city of Pelotas-RS, revealed a 30.4% prevalence of minor psychiatric disorders amongst the caregivers of patients with BD, and a 38.9% prevalence of these minor disorders amongst the caregivers of patients with Depression. (Tomasi et al., 2008)

Having considered this background, the development of strategies aiming at giving support to the caregivers is crucial, as the caregiver is usually abandoned and burdened by the health system itself, playing a role they don't choose and, even worst, are not prepared to. Furthermore, the caregiver burden may contribute to the onset or exacerbation of psychiatric symptoms, which give rise to important conflicts in several areas of their lives, increasing the burden of the caregiver even more and even affecting negatively the process of care given and the relationship with the patient.

The aim of this study was to identify the burden levels and correlate factors in caregivers of young individuals with Bipolar and Unipolar Mood Disorders in the city of Pelotas, Brazil. More specifically, this investigation sought to compare the burden means among the caregiver groups, and comparing them with the sociodemographic information regarding patient and caregiver, as well as verifying the relationship between burden and psychiatric disorders, and the use of alcohol/psychoactive substances.

METHODS

This is a descriptive cross-sectional study nested in a population-based cross-sectional study in the city of Pelotas, state of Rio Grande do Sul with young individuals. A convenience sample from the population-based study was selected, in which all participants who had a BD diagnosis (n=93) were contacted and invited to attend to a new evaluation, which consisted of blood collection and an interview to answer to a new questionnaire containing the SCID – an interview based on DSM-IV diagnostic criteria. In order to compose the diagnostic groups, there were paired subsamples consisting of 93 individuals with Depressive Disorder and 93 subjects from the control group. The groups were paired according to age, gender and socioeconomic classification. During the SCID evaluation, the interviewer asked the participant to identify who their caregiver was based on a criteria set previously (Perlick et al., 2004), which contained the following categories: (1) is the family member or significant other who satisfied the greatest number (at least three) of criteria (2) is he/she a spouse, parent or spouse-equivalent; (3) is he/she the one most frequently in contact with the patient; (4) does he/she helps to support the patient financially; (5) has he/she been the most frequent collateral participant in the patient's treatment, and (6) is he/she the person contacted by treatment staff in case of emergency.

All caregivers who were identified by the total participants in the SCID evaluation (n=228 were invited to take part in this study, from whom 41 refused or were considered as losses. Thus, the sample of this study was composed of 187 caregivers who were divided into three groups: caregivers of young

individuals with Bipolar Disorder (n=41), caregivers of young individuals with Depressive Disorder (n=72) and caregivers of young individuals from the control group (n=74). The identification of the caregivers and the data collection occurred from March 2009 to May 2010. Only the caregivers who had signed the written informed consent form were included in the study. All participants diagnosed with a psychological/psychiatric disorder (according to the evaluation instruments) have been referred to seek treatment in the proper university department. This study was approved by the Ethics Committee from the *Universidade Católica de Pelotas (UCPEL)*.

The caregivers were interviewed regarding sociodemographic matters, alcohol abuse/dependence, the use of psychoactive substances in the 30 days prior to the interview, burden, and Axis I psychiatric disorders. The socioeconomic classification was carried out through the ABEP – *Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa* – classification scale (ABEP, 2003), which is based on the material assets accumulation and on the schooling of the head of the household. It categorizes people into classes (A, B, C, D or E) according to the scores, where “A” refers to the highest socioeconomic class and “E” to the lowest one.

The burden evaluation was carried out using the Brazilian validated and adjusted version of the Burden Interview (Scazufo, 2002). It is a 22-item scale which assesses for caregiver’s subjective and objective burden, regarding the patient’s functional and behavioral impairments. The score may range from 0 to 88, and the higher score correspond to a greater burden. In order to identify Axis I disorders, the caregivers responded to the M.I.N.I. (Amorim, 2000), which is a short interview based on the DSM-IV and ICD-10 diagnostic criteria.

Moreover, the participants were evaluated regarding alcohol abuse/dependence through the CAGE. (Masur and Monteiro, 1983)

The instruments were coded and double-typed in the software EpiInfo 6, where the typing consistence was checked (validate). The crude and multivariate analysis were carried out in the software SPSS 13 and Stata 9,0, respectively. In order to control possible confounding factors, all the variables which were associated ($p < 0,20$) both to the diagnostic group and to burden in the crude analysis were included in the multivariate analysis, which was performed through a linear regression.

The Bonferroni correction was performed after the ANOVA in an attempt to identify if the difference in the burden means between the diagnostic groups persisted meaningful when the groups were multiple compared. The Bonferroni test compares the means calculating the difference between them, where a meaningful difference has a p-value $< 0,05$. (Callegari-Jacques, 2003)

RESULTS

There were 51 refusals in the total number of young individuals invited to participate in the SCID evaluation (n=279). These refusals were given mainly to the blood collection. In the end, the final sample of the population-based study was composed of 228 young individuals. Regarding the present study, there were 15 refusals and 26 losses within the caregivers group. The losses were mostly related to: (1) the young person lived alone and couldn't identify the caregiver accordingly to the inclusion criteria for this study; (2) the young person asked the research group not to invite the caregiver to take part in the study; (3) when the caregiver was deceased or lived out of the urban area of Pelotas, and (4) when it wasn't possible to contact the caregiver due to lack of information provided by the youngster.

Finally, the sample was composed of 187 caregivers of youngsters with Bipolar Disorder, Depression or from the control group. The mean age amongst the youngsters group was 22 years old ($\pm 2,2$), and they were mostly women, with 9 or more years of schooling. The prevalence of suicidal risk/ideation was 24%. Regarding the diagnostic groups, 38,5% of the youngsters presented a Depressive Disorder, 21,9% were diagnosed with a Bipolar Disorder, whereas 39,6% belonged to the control group. On the other hand, the mean age amongst the caregivers group was 48,51 years old ($\pm 10,38$). Most of them (86%) lived with the young person. Concerning familial relationship to the youngster, 82% were their mothers (n=155), 9% were their fathers (n=17), and 8% were their spouses (n=15). According to the Burden Interview, the mean burden among the caregivers in this study was 20,06 ($\pm 14,65$).

The crude analysis revealed that the characteristics from the young person which were associated ($p < 0,05$) to a greater caregiver burden were low schooling and belonging to the Depression or Bipolar Disorder diagnostic group (Table 1). A tiny difference can be observed between the burden means in these two groups, however it was not significant according to the Bonferroni test (Table 1). The variables gender, age and socioeconomic classification were considered in the pairing of the sample and despite the losses/refusals and the changes in the diagnosis (SCID), the groups continued to present a similar distribution ($p > 0,05$). In this group of youngsters, low schooling was associated to a greater occurrence of Bipolar Disorder or Depression ($p = 0,049$).

Concerning the caregivers, the variables associated ($p < 0,05$) to caregiver burden in the crude analysis were: feminine gender, low socioeconomic classification, low schooling, not living with a partner, alcohol abuse/dependence, use of psychoactive substance within 30 days prior to the interview (including cannabis, cocaine, heroin, sleeping medication with or without medical prescription, among others), comorbid mood and anxiety disorders, as well as suicide risk. Considering the mood and anxiety disorders separately, it is observed that the burden means were higher among the caregivers who presented only some kind of mood disorder, when compared to the ones who presented only some kind of anxiety disorder. (Table 2) Caregiver burden was also associated with familial relationship ($p = 0,017$); it was higher among the spouses ($23,00 \pm 15,24$), followed by the mothers ($20,81 \pm 14,95$), and lower among the fathers ($10,65 \pm 6,63$).

As it can be seen in Table 3, the variables who maintained a significant association with caregiver burden in the multivariate analysis were young

person's schooling, Axis I – comorbid mood and anxiety disorders (caregiver), and diagnostic group. Specifically, there is a 6-point diminishment in the burden score among the caregivers of young people with High School degree or more, when compared to the caregivers of young people with less than High School degree. Presenting comorbid mood and anxiety disorders is related to an 11-point increase in the caregiver burden score, when compared to caregivers who did not present any Axis I disorders.

It can also be observed a strong indication that caregiver burden is related to alcohol abuse/dependence, although this association was not significant in the multivariate analysis ($p=0,059$). In this matter, alcohol abuse could be related to a 4–point increase in the score of caregiver burden. (Table 3)

Even though the difference in the burden means between the Depression and Bipolar diagnostic groups was not significant in the crude analysis, the linear regression showed a 6-point and a 3-point increase in the caregiver burden score amongst the caregivers of young people with Bipolar Disorder and Depression respectively, in comparison to the control group.

DISCUSSION

This is the first quantitative study in Brazil to evaluate burden in caregivers of young people with Depression and Bipolar Disorder, originated from a population-based sample. Most of them (95.6%; n=218) did not have any previous diagnosis or correspondent treatment, nor had been admitted in a hospital or psychiatric ward for such disorders. Therefore, this was a non-clinical sample.

The general mean burden found in this study was slightly lower than the one revealed (23.4 ± 15.6) by a quantitative study conducted in this city, using the same instrument. However, the sample of such study was composed of 874 caregivers of outpatients that already had psychological and psychiatric treatment at the *CAPS*. Furthermore, the mean age of the patients was 45 years old and they presented several psychiatric disorders, others than Depression and Bipolar Disorder. (Tomasi et al., 2008) Having considered this data, it is perfectly plausible to say that the caregiver burden was considered high in the present study, given the age of the young people whose caregivers were evaluated, the fact that most of the youngsters did not have a previous diagnosis and, mainly because this was not a clinical sample.

With regards to the diagnostic groups, this study found greater burden amongst the caregivers of young people with Bipolar Disorder and Depression, when compared to the control group. This result indicates that in a paired sample according to age, sex and socioeconomic classification, the young person's mood disorder may be a strong risk factor for greater caregiver burden. Furthermore, the mean burden was slightly higher among the

caregivers of young people with Bipolar Disorder, which is in accordance to other studies. (Heru and Ryan, 2004, Ogilvie et al., 2005, Weinstock et al., 2006)

Despite the non-significant difference in the burden means between the BD and Depression diagnostic groups given by the Bonferroni Test, the multivariate analysis revealed a 3-point higher burden score amongst the caregivers of young people with BD, in comparison to the caregivers of young people with Depression. One possible reason for the non-significance of such difference in the crude analysis is the group *n*, since there were more young people with Depression than with BD. Moreover, the caregiver burden was higher among the caregivers of young people with BD, despite the smaller number of participants. Taking these factors into consideration, it may be thought that perhaps with a higher number of young people in the BD diagnostic group, the burden would be equally higher and the difference in the burden means between the groups would be significant.

Regarding the other results, it was found that the lower the young person's schooling, the higher the caregiver burden. This finding may be interpreted considering the severe functional and academic impairments given by Bipolar Disorder and Depression. Thus, the youngsters with the lowest schooling levels may also be the ones who present a greater functional impairment due to the psychiatric symptoms. On the other hand, the socioeconomic matter may also be involved in this result since most of the caregivers (86%) lived with the sick young person, and given the low schooling it is likely that these young people would not participate in the household

income. Therefore, this finding could be also related to the caregiver financial burden.

Another important result concerns Axis I disorders. The results reveal an association between caregiver comorbid mood and anxiety disorders and caregiver burden to a 11-point higher burden score extent. This relationship may be influenced by several factors, including a caregiver disorder previous to the onset of the symptoms in the youngsters, in addition to the caregiver's coping strategies regarding their own disorder and, also the burden given by the caregiving role. Therefore, despite presenting a significant relationship, it is not possible to conclude that the mood and anxiety disorders are given only by the caregiver burden, since the caregivers were not assessed before the onset of symptoms in the patient.

The findings regarding alcohol abuse/dependence can be considered as a strong indication of an association with caregiver burden and it is essential that this factor is taken into consideration when analyzing correlates to caregiver burden. However, since it is a cross-sectional study and the caregivers were not assessed before the onset of the patient's symptoms, it is not possible to establish if the caregiver burden could be a consequence of the alcohol abuse/dependence or if the latter could be a risk or contributing factor for caregiver burden.

In this study with caregivers of young people without a previous Depression or BD diagnosis (only 4% of them had a previous diagnosis), and with a relatively low incidence of mood episodes in comparison to a clinical sample, it was found a higher burden amongst caregivers of young people with low schooling, who presented Depression and Bipolar Disorder. There was also

a significant relationship between caregiver burden and mood and anxiety disorders, besides an indication that alcohol abuse/dependence could be related to caregiver burden. These findings suggest that the caregivers are affected by the youngster's disorder even before the diagnosis. This impact can lead to a greater burden that may consequently be associated to serious impairments given by the own burden and its correlate factors. It may be even considered that the caregiver burden differs according to the disorder presented by the youngster under their care.

Taking all these results into consideration, it is reasonable to conclude that the caregivers of young people with psychiatric disorders, specifically Depression and Bipolar Disorder, should be seen and targeted by an intervention process that it is not aside from the young person's treatment. There are no programs or intervention policies that guarantee the caregiver a proper assistance at the moment in Brazil and, therefore, the caregiver end up playing a role when he may not have the physical, psychological and financial support to cope with. It is expected that the findings presented in this study may contribute to further studies and to the creation of intervention strategies targeting the informal caregiver, since they suffer the consequences of the psychiatric disorder and the caregiving role in a daily basis, even when the patient is yet to be diagnosed.

REFERENCES

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2003. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE). Accessed August 2009 through the website: <http://www.abep.org.br>

Amorim, P. (2000) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 22, 106-115.

Callegari-Jacques, S. M. (2003) *Bioestatística: Princípios e Aplicações*, Porto Alegre, Artmed.

Goosens, P., Wijngaarden, B. V., Klein, E. K.-V. D. & Achterberg, T. V. (2008) Family Caregiving in Bipolar Disorder: caregiver consequences, caregiver coping styles, and caregiver distress. *Int J Soc Psychiatry*, 54, 303-316.

Heru, A. & Ryan, C. (2004) Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives with mood disorders: 1-year follow-up. *J Affect Disord*, 83, 221-225.

Masur, J. & Monteiro, M. (1983) Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric hospital setting. *Braz. J. Med. Biol. Res*, 16, 215-218.

Merikangas, K., Akiskal, H., Angst, J., Greenberg, P., Hirschfeld, R., Petukhova, M. & Kessler, R. (2007) Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiat*, 64, 543-552.

Ogilvie, A. D., Morant, N. & Goodwin, G. M. (2005) The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 7 Suppl 1, 25-32.

Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Maciejewski, P. K., Sirey, J., Struening, E. & Link, B. G. (2004) Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv*, 55, 1029-35.

Scazufca, M. (2002) Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr*, 24, 12-17.

Steele, A., Maruyama, N. & Galynker, I. (2009) Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: A review. *J Affect Disord*, 21(1), 10-21.

Tomasi, E., Silva, R., Facchini, L. A., Piccini, R., Thume, E. & Silva, H. D. (2008) Os CAPS e os cuidados psicossociais: cenários e possibilidades na evolução dos portadores de sofrimento psíquico em Pelotas-RS. Pelotas, Universidade Católica de Pelotas e Universidade Federal de Pelotas.

Weinstock, L., Keitner, G., Ryan, C., Solomon, D. & Miller, I. (2006) Family Functioning and Mood Disorders: A Comparison Between Patients With Major Depressive Disorder and Bipolar I Disorder. *J Consult Clin Psychol*, 74, 1192-1202.

World Health Organization (2001). *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*. Accessed August 2009 through the website: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_en.pdf

Table 1. Crude analysis: characteristics of the young people related to the caregiver burden.

Variables	N(%)	Mean (Standard-deviation)	p-value
Gender			0,630
Female	131 (70,0)	19,73 (13,60)	
Male	56 (29,9)	20,86 (16,97)	
Age (years)			0,382
18 - 21	85 (45,4)	19,04 (13,48)	
22 - 27	102 (54,5)	20,92 (15,57)	
Schooling (years)			0,000 ^a
Up to eight	59 (31,6)	25,90 (15,85)	
9 – 12	85 (45,5)	17,74 (12,92)	
13 or more	12 (6,42)	14,75 (8,43)	
Suicide risk/ideation			0,737
No	142 (75,9)	20,27 (15,15)	
Yes	45 (24,0)	19,42 (13,09)	
Diagnostic Group*			0,001
Control Group	74 (39,5)	15,19 (12,20)	
Depressive Disorder	72 (38,5)	23,22 (15,12)	
Bipolar Disorder	41 (21,9)	23,32 (15,75)	
Total	187 (100)	20,06 (14,65)	

* Statistical significance between control and depressive disorder groups (0,002); control and BD groups (0,011); but not when depressive disorder X bipolar disorder (1,000), by Bonferroni Test.

^a Linear tendency

Table 2. Crude analysis: Characteristics of the caregiver related to caregiver burden.

Variables	N (%)	Mean (Standard-deviation)	p-value
Gender			0,019
Female	160 (85,5)	21,09 (15,02)	
Male	27 (14,4)	13,96 (10,50)	
Age (years)			0,855
Up to 30	11 (5,88)	21,91 (15,66)	
31 – 50	95 (50,8)	19,06 (13,42)	
51 or more	78 (41,7)	20,35 (15,00)	
Socioeconomic classification (ABEP)			0,003 ^a
A + B	35 (18,7)	13,40 (09,93)	
C	90 (48,1)	21,52 (14,04)	
D + E	31 (16,6)	23,68 (17,93)	
Schooling (years)			0,005 ^a
Up to 8	98 (52,4)	22,72 (15,03)	
9 – 12	43 (22,9)	16,72 (14,41)	
13 or more	43 (22,9)	16,12 (10,20)	
Living with a partner			0,041
No	61 (31,0)	23,16 (15,68)	
Yes	124 (66,3)	18,48 (13,96)	
Alcohol Abuse/Dependence			0,005
No	66 (35,29)	15,86 (13,08)	
Yes	118 (63,10)	21,97 (14,36)	
Use of psychoactive substance in the 30 days prior to interview			0,018
No	148 (79,1)	18,71 (14,18)	
Yes	38 (20,3)	25,00 (15,60)	
Mood and anxiety disorder			0,000
None	103 (55,1)	13,64 (09,97)	
Only some Anxiety disorder	8 (4,27)	18,63 (08,66)	
Only some Mood disorder	25 (13,3)	24,16 (13,62)	
Anxiety Disorder + Mood disorder	43 (22,9)	30,67 (15,04)	
Suicide risk			0,000
No	143 (76,4)	16,62 (11,57)	
Yes	44 (23,5)	31,25 (17,85)	
Total	187 (100)	20,06 (14,65)	

^a p-value for linear tendency

Table 3: Multivariate Analysis (Linear regression): Caregiver burden and correlate factors

Variables	Regression coefficient (CI 95%)	p-value
1st hierarchical level (sociodemographic)		
Caregiver gender		0,131 ^a
Female	Referência	
Male	-5,801 (-13,34;1,74)	
Socioeconomic classification (ABEP)		0,406 ^a
A + B	Referência	
C	4,045 (-2,90;10,99)	
D + E	3,419 (-5,17;12,01)	
Living with a partner (caregiver)		0,444 ^a
No	Referência	
Yes	-2,026 (-7,24;3,19)	
Schooling (caregiver)		0,132 ^a
Up to 8	Referência	
9 – 12	-3,289 (-9,90;3,32)	
13 or more	-3,721 (-10,49;3,05)	
Schooling (young person)		0,048 ^a
Up to eight	Referência	
9 – 12	-6,121 (-11,55;-0,68)	
13 or more	-5,879 (-15,94;4,18)	
2nd hierarchical level (caregiver disorders)		
Alcohol abuse/dependence		0,059 ^a
No	Referência	
Yes	3,905 (-0,14;7,95)	
Use of psychoactive substance in the last month		0,801 ^a
No	Referência	
Yes	0,641 (-4,39;5,67)	
Axis I disorders (Mood and Anxiety)		0,000 ^a
None	Referência	
Only some Anxiety disorder	4,906 (-4,49;14,30)	
Only some Mood disorder	8,787 (2,64;14,92)	
Anxiety Disorder + Mood disorder	11,860 (5,98;17,73)	
Suicide risk		0,079 ^a
No	Referência	
Yes	4,938 (-0,57;10,45)	
3rd hierarchical level (Diagnostic Group)		
Diagnostic group		0,009 ^a
Control group	Referência	
Depressive Disorder	3,379 (-0,085;7,61)	0,117 ^b
Bipolar Disorder	6,515 (1,55;11,47)	0,010 ^b

^a p value for difference between groups^b p value for difference between the categories, using the control group as reference.

Acknowledgements

Thank you to CNPQ for funding this work. A special thank to Prof.Dr. Ricardo Azevedo da Silva, for supervising the work from its beginning, and Dra. Karen Jansen for the assistance during the data analysis and writing of the manuscript.

Conflicts of interest

There were no conflict of interest regarding any of the authors.

Role of funding source

Funding for this work was provided by the Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) through the PROSUP/CAPES grant.

Individual contributions of each author of the article:

Silva, GDG, conception and design of the study, data collection, data interpretation, writing of the article and approving the version to be published;

Jansen K, conception and design of the study, data collection, data interpretation, drafting of the article and approving the version to be published;

Branco, JC, data collection, drafting of the article and approving the version to be published;

Pinheiro RT, conception and design of the study, critical review and approval of the version to be published;

Magalhães PVS, conception and design of the study, critical review and approval of the version to be published;

Kapczinski F, conception and design of the study, critical review and approval of the version to be published;

Silva RA, conception and design of the study, drafting of the article and approval of the version to be published.