

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DO HUMOR EM UMA POPULAÇÃO DE
ALUNOS DE UMA UNIVERSIDADE PRIVADA NO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE**

ÂNGELA LEGGERINI DE FIGUEIREDO

Prof^ª. Dr. Irani I. de Lima Argimon
Orientadora

Porto Alegre
2009

ÂNGELA LEGGERINI DE FIGUEIREDO

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DO HUMOR EM UMA POPULAÇÃO DE
ALUNOS DE UMA UNIVERSIDADE PRIVADA NO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Irani Iracema de Lima Argimon

Porto Alegre

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F475p Figueiredo, Ângela Leggerini de
Prevalência de sintomas do humor em uma
população de alunos de uma universidade privada no
município de Porto Alegre. / Ângela Leggerini De
Figueiredo. – Porto Alegre, 2009.
88 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) –
Faculdade de Psicologia, PUCRS.

Orientação: Profa. Dra. Irani Iracema de Lima
Argimon.

Trabalho apresentado na forma de 2 artigos
científicos.

1. Psicologia Clínica. 2. Transtornos do humor.
3. Prevalência. 4. Estudantes Universitários – Aspectos
Psicológicos. 5. Depressão. I. Nunes, Maria Lucia
Tiellet. II. Título.

CDD 158.1

Ficha elaborada pela bibliotecária Cíntia Borges Greff CRB 10/1437

ÂNGELA LEGGERINI DE FIGUEIREDO

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DO HUMOR EM UMA POPULAÇÃO DE
ALUNOS DE UMA UNIVERSIDADE PRIVADA NO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE**

Dissertação apresentada como requisito para
obtenção do grau de Mestre em Psicologia
Clínica pelo Programa de Pós-Graduação da
Faculdade de Psicologia da Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande do
Sul.

Aprovada em _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Irani Iracema de Lima Argimon (Presidente)

Prof. Dr. Flávio Kapczinski (HCPA/UFRGS)

Prof. Dr. Margareth da Silva Oliveira (PUCRS)

*À minha família, meu porto seguro,
minha razão de ser.*

AGRADECIMENTOS

Seriam muitos os agradecimentos, pois nenhum trabalho como este se realiza sozinho. Como não é possível e nem viável fazê-lo, agradecerei a pessoas que não só ajudaram, mas foram fundamentais na realização desta pesquisa.

À minha mãe, Maria Regina, meu modelo de mulher, mãe e profissional. Ao meu marido, José Caetano, que, além de companheiro e amigo, é minha eterna inspiração intelectual e meu amor. Aos meus filhos, Ana Laura e Eduardo, que entenderam as ausências da mãe para pesquisa, como eles dizem.

Os meus amigos Ricardo e Nara que me incentivaram a fazer seleção torceram por mim e estiveram presentes em momentos muito difíceis e especiais da minha vida. À minha família: Ricardo, Márcia, Beta e Alemão que quebraram todos os galhos durante este tempo para que eu pudesse me concentrar no meu objetivo. E ao amigo e colega Renato que de forma indireta foi o grande impulsionador deste projeto, por ter me dado a primeira chance de dar aula de TCC em uma Universidade

Ao meu colega e amigo Luciano, pelas incansáveis ajudas com os números e este mundo da pesquisa. À minha auxiliar e amiga Renata, que foi sempre presente e solícita em todos os meus pedidos. Aos auxiliares que me ajudaram na coleta: Valquíria, Sabrina, Luciana, Marianne, Fabrícia, Guilherme, Suleima, Vanessa, Roberta, Fernanda e Fabiana. Sem eles seria impossível.

Aos meus colegas, professores e amigos que fiz nestes dois anos de convívio do mestrado. Ao professor Jules Angst, que cedeu a escala para usarmos, e à CAPES, que possibilitou que pudéssemos realizar esta pesquisa.

Enfim, à minha querida orientadora, Irani, que me apoiou sempre nas escolhas, sempre acreditando que seria possível desenvolver este trabalho tão importante.

Muito obrigado!

RESUMO

O presente estudo é composto por duas seções: a primeira é uma revisão teórica de sete (*Scielo, Lilacs, Proquest, Pubmed, Medline, Psycinfo e Web of Science*) das principais bases de dados das áreas da psiquiatria e psicologia, no período compreendido pelos últimos três anos, usando como descritores *mood disorders OR affective disorders OR depression OR bipolar disorders AND prevalence AND college students OR university students OR students*; o segundo, um estudo quantitativo transversal, com objetivo de caracterizar e verificar a prevalência de indicativos de sintomas depressivos e hipomaníacos em uma população universitária de uma Universidade privada do município de Porto Alegre. Foi verificada concordância entre fatores associados à sintomatologia depressiva na literatura e na população estudada, como, por exemplo, ser do sexo feminino, indicativos de alcoolismo, entre outros. Já nos indicativos de sintomas hipomaníacos, ser mais jovem foi o principal fator associado à população universitária, sendo, também, encontrado na literatura. Por fim, algumas relações significativas ainda foram encontradas, como a religiosidade, por exemplo, que apareceu como fator protetor para sintomas depressivos. A prevalência de indicativos de sintomas depressivos moderados e graves foi de 8,8%. Já a de indicativos para sintomas hipomaníacos foi de 34,6%. É importante ressaltar a necessidade da realização de novas pesquisas com delineamento longitudinal para maior conhecimento de tais associações com os sintomas e confirmação dos achados.

Palavras-Chave: Transtornos do humor; Prevalência; Estudantes Universitários.

Área de Conhecimento: Psicologia (7.07.00.00-1)

ABSTRACT

The present study is divided in two sections: the first part is a theoretical revision of seven databases belonging to the areas of psychiatry and psychology (*Scielo, Lilacs, Proquest, Pubmed, Medline, Psycinfo and Web of Science*), from the last three years, using the following descriptive terms: *mood disorders OR affective disorders OR depression OR bipolar disorders AND prevalence AND college students OR university students OR students*; the second one, a quantitative cross-sectional study, aimed to characterize and verify indicatives of depressive and hypomanic symptoms in university school population from a private University from the city of Porto Alegre. It was verified an agreement between associated factors to the depressive symptoms in the literature and in the studied population, as being female, alcohol indicatives, between others. Yet related to the hypomanic symptoms, being younger was the main factor associated to the university school population, also showed in the literature. Finally, some significant relations were found, as religiosity, for instance, which showed as a protective factor to depressive symptoms. The prevalence of indicatives of moderate and severe depressive symptoms was 8.8%. For hypomanic symptoms it was 34.6%. It is important to refer that new longitudinal researches are needed to increase knowledge about of these relationships with symptoms and confirmation of these results.

Keywords: Mood Disorders; Prevalence; University Students.

Knowledge area: Psychology (7.07.00.00 - 1)

LISTA DE ABREVIATURAS

PRAC – Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários

GAICV – Grupo de Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital

TB – Transtorno Bipolar

TDM – Transtorno Depressivo Maior

UP – Unipolar

DASS – Depression Anxiety Stress Scales

MINI - Mini International Neuropsychiatric Interview

MDQ - Mood Disorders Questionnaire

GHQ - General Health Questionnaire

PRIME-MD - Primary Care Evaluation of Mental Disorders

PHQ - Patient Health Questionnaire

PMQ - Patient Mood Questionnaire

BDI – Beck Depression Inventory

SCID- Structured Clinical Interview Diagnosis

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da população de estudantes universitários	43
Tabela 2. Sintomas depressivos na população universitária	46
Tabela 3. Indicativos de sintomas hipomaníacos na população universitária	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Achados da Revisão Sistemática de 2006-2008	22
Quadro 2. Distribuição inicial por faculdade	37

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	15
<i>Introdução</i>	15
<i>Justificativa</i>	15
Referências	19
CAPÍTULO II	23
Prevalência de Sintomas do Humor em Populações Universitárias: Uma Revisão	23
<i>Introdução</i>	23
<i>Método</i>	24
Quadro 1 - Achados da revisão sistemática de 2006-2008	24
<i>Discussão dos Achados</i>	27
<i>Instrumentos</i>	27
<i>Considerações Finais</i>	30
<i>Referências</i>	32
CAPÍTULO III	34
Prevalência de Sintomas do Humor em uma População de Alunos de uma Universidade Privada do Município de Porto Alegre	34
<i>Introdução</i>	34
<i>Método</i>	36
<i>Instrumentos</i>	37
<i>Amostra</i>	38
Quadro 2 - Distribuição inicial por faculdade	39
Tabela 1 – Caracterização da população de estudantes universitários	45
Tabela 2 – Sintomas depressivos na população universitária	48
Tabela 3 – Indicativos de sintomas hipomaníacos na população universitária	52
Considerações Finais	55

Referências	58
CAPÍTULO IV	62
Considerações Finais	62
Referências	67
ANEXOS	69
Anexo 1: Aprovação da Comissão Científica da Faculdade de Psicologia	70
Anexo 2: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS	71
Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	72
Anexo 4: Ficha de Dados Sócio-Demográficos	73
Anexo 5: Cartão de Definição de Alto	75
Anexo 6: Escala de Auto-Avaliação de Hipomania	76
Anexo 7: BDI - II	80
Anexo 8: Manual de Instruções do Trabalho de Campo	83
Anexo 9: Carta ao Centro de Atendimento ao Aluno	89
Anexo 10: Carta aos alunos	90

CAPÍTULO I

Introdução

Este trabalho é constituído por quatro capítulos: o primeiro é uma introdução, no qual constam dados a respeito da relevância do tema que foi estudado e os objetivos do estudo. O segundo capítulo é constituído por uma revisão sistemática que foi feita nas principais bases de dados da área e buscou os artigos dos últimos três anos com os seguintes descritores: *mood disorders OR affective disorders OR depression OR bipolar disorders AND prevalence AND college students OR university students OR students*. Já no terceiro capítulo é descrita a pesquisa empírica que foi realizada durante os anos de 2007 e 2008 em uma universidade privada do município de Porto Alegre. A pesquisa teve como objetivo verificar sintomas de transtorno do humor nesta população. O quarto capítulo é composto pelas considerações finais teóricas e empíricas.

Justificativa

O transtorno bipolar (TB) é um transtorno psiquiátrico grave, recorrente e crônico, em muitos casos com sintomas persistindo por longos períodos (Hirschfeld & Vornik, 2004). Caracteriza-se por desregulação do humor, impulsividade, comportamentos de risco (como abuso de álcool, indiscrições sexuais, gastos excessivos) e problemas interpessoais. O transtorno está associado com um alto grau de sofrimento. Na década passada, o TB esteve nivelado como a sexta causa de incapacidade para indivíduos entre 15 e 44 anos (Woods, 2000). Os que apresentam transtorno bipolar experimentam mortalidade elevada por suicídio, causas naturais (p.ex., doenças cardiovasculares), homicídio e acidentes (Hirschfeld et al.,

2000). O risco de suicídio para pacientes com TB – de aproximadamente 19% – é mais alto do que qualquer outro transtorno mental (Goodwin & Jamison, 2007).

Os pacientes com transtorno bipolar dificilmente são diagnosticados, tanto em ambientes clínicos quanto em ambientes de pesquisa (Akiskal & Benazzi, 2005) e, conseqüentemente, não recebem tratamento adequado (Hirschfeld, 2004). A prevalência ao longo da vida do transtorno bipolar tipo I é de aproximadamente 1%, enquanto a prevalência para transtornos dentro do espectro bipolar vai de 3,0 a 6,5% (Hirschfeld & Vornik, 2004; Merikangas, 2007). Estudos epidemiológicos indicam a prevalência de transtorno bipolar tipo II em cerca de 5% da população (Berk & Dodd, 2005). A correta identificação de pelo menos um episódio prévio de hipomania é necessária para diagnosticar corretamente o transtorno bipolar tipo II.

Os transtornos afetivos, principalmente os relacionados à depressão, são os transtornos mentais, com prevalência para a vida, mais comuns em muitos estudos, atingindo entre 17 e 24% da população geral (Bijl, Ravelli & van Zerssen, 1998; Jacobi et al., 2004; Kessler et al., 2003; Szadoczky, Papp, Vitrai, Rihmer, & Furedi, 1998). Por exemplo, em uma reavaliação dos dados, Kessler e colaboradores (2003) acharam uma taxa de 24,2% de transtorno depressivo maior (TDM), similar ao estudo de Zurique, com 24,2% para todos os transtornos de humor (Angst et al., 2005b). A depressão é altamente recorrente; acima de 75% dos pacientes experimentam mais de um episódio (Keller & Bolland, 1998). Uma questão crucial é saber se esta depressão é verdadeiramente unipolar (UP) ou se os sintomas apontam para uma bipolaridade. Nos últimos anos tem-se visto um interesse aumentado no estudo da prevalência e identificação do espectro bipolar. Este inclui, além das formas clássicas, apresentações mais leves do transtorno do humor bipolar, inclusive as temperamentais, que não preenchem os atuais critérios diagnósticos da Classificação

Internacional de Doenças, 10ª edição (CID 10, OMS, 1993) e pelo Manual Diagnóstico e Estatístico, 4ª edição (DSM-IV-TR, APA, 1994).

As manifestações mais suaves dos sintomas maníacos são difíceis de determinar, porque os pacientes tendem a se queixar apenas dos sintomas depressivos, muito mais freqüentes ao longo da vida, dando-se conta dos sintomas maníacos como momentos ou períodos de bem-estar ou remissão (Ghaemi, Ko & Goodwin, 2002). Por outro lado, os profissionais da área da saúde mental tendem a não pesquisar ativamente os sintomas do espectro maníaco, detendo a noção de que o TB é raro (Bowden, 2001). De fato, grandes levantamentos biológicos apontaram para uma prevalência do TB ao longo da vida em torno de 1%, mas estudos clínicos e populacionais mais recentes evidenciaram taxas entre 3,0 e 8,3% (Angst, 1998). A identificação de pacientes pertencentes ao espectro bipolar possui grande importância clínica, social e econômica (Hirschfeld et al., 2003; Simon, 2003). Apesar da terapêutica disponível, esse transtorno continua sendo pouco diagnosticado e inadequadamente tratado (Akiskal et al., 2000; Ghaemi et al., 2000). Entre as conseqüências da falta de diagnóstico está o agravamento do curso pelo tratamento iatrogênico com antidepressivos, maior risco de suicídio, alcoolismo, drogadição, risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, principalmente AIDS, e problemas legais (Calabrese et al., 2003; Dunner, 2003).

Os transtornos bipolares são doenças psiquiátricas crônicas que demoram em média dez anos, desde o início dos sintomas, para serem corretamente diagnosticados e tratados (Suppes et al., 2001; Hirschfeld et al., 2003). Mesmo suas formas mais leves, subsindrômicas, carregam elevado potencial para desfechos negativos sociais e funcionais (Angst et al., 2005a). Provavelmente as taxas elevadas de comorbidades, como alcoolismo e dependência de substâncias e com transtornos ansiosos, potencializam as conseqüências negativas do TB (Goodwin & Jamison, 2007).

Segundo Eisenberg, Gollust, Golberstein e Hefner (2007) é importante pesquisar populações universitárias, pois muitos transtornos mentais, como os de humor, eclodem no início da vida adulta. Em universidades, consegue-se um grande número de indivíduos nesta faixa etária. Adewuya (2006) refere ainda que o período de permanência na universidade é uma fase de risco para ocorrência de transtornos, pois é um período de transição, com muitas modificações na vida do indivíduo. Coloca também que, se a incidência de transtornos for identificada cedo, podem-se prevenir algumas destas situações como o abuso de álcool. Moo-Estrella, Pérez-Benítez, Sólis-Rodríguez e Arankowsky-Sandoval (2005) salientam a necessidade de dados bem claros sobre a incidência de transtornos na população universitária para estabelecer programas de prevenção, que possam ajudar esta população. Os autores trazem o exemplo de que, com educação a respeito de higiene do sono, é possível prevenir distúrbios como a depressão.

O objetivo deste trabalho, portanto, é conhecer o que se tem pesquisado nos últimos três anos sobre prevalência de transtornos do humor e fazer um levantamento de sintomas de humor em uma universidade privada do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Com estes dados, pretende-se verificar a necessidade de intervenções eficazes para tais sintomas nesta população.

Referências

- Adewuya, A. O. (2006). Prevalence of major depressive disorder in Nigerian college students with alcohol-related problems. *General Hospital Psychiatry*, 28, 169-173.
- Akiskal, H. S., Bourgeois, M. L., Angst, J., Post, R., Moller, H. & Hirschfeld, R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 1 (Suppl 59): S5-S30.
- Akiskal, H. S. & Benazzi, F. (2005). Optimizing the detection of bipolar II disorder in outpatients private practice: toward a systematization of clinical diagnostic wisdom. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 914-921.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 Ed (DSM-IV) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angst, J (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 50, 143-151.
- Angst, J., Adolfsson, R., Bennazi, F., Gamma, A., Hantouche, E. et al. (2005a). The HCL-32: a self –assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 88, 217-233.
- Angst, J., Gamma, A., Neuenschwander, M., Ajdacic-Gross, V., Eich, D., Rössler, W. et al. (2005b). Prevalence of mental disorders in the Zurich cohort study: a twenty year prospective study. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14, 68-76.
- Berk, M. & Dodd, S. (2005). Bipolar II disorder: a review. *Bipolar Disorders*, 7, 11-21.
- Bijl, R. V., Ravelli, A. & van Zerssen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Bowden, C. L. (2001). Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatric Services*, 52, 51-55.

- Calabrese, J. R., Hirschfeld, R., Reed, M., Davies, M. A., Frye, M. A., Keck Jr, P. E. et al. (2003). Impact of bipolar disorder on a US community sample. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (4), 425-432.
- Dunner, D. L. (2003). Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. *Bipolar Disorders*, 5, 456-463.
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E. & Hefner, J. (2007). Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, and Suicidality Among University Students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (4), 534-542.
- Ghaemi, S. N., Boiman, E. E. & Goodwin, F. K. (2000). Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 804-808.
- Ghaemi, S. N., Ko, J. Y & Goodwin, F. K. (2002). "Cade's Disease" and beyond: Misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 125-134.
- Goodwin, F. K. & Jamison, K. R. (2007). *Manic-Depressive Illness*. New York. Oxford University Press.
- Hirschfeld, R. M. A., Calabrese, J. R., Weissman, M. M., Reed, M., Davies, M. A., Frye, M. A. et al. (2003). Screening for bipolar disorder in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 53-59.
- Hirschfeld, R. M. A., Williams, J. B. W., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., Keck Jr, P. E. et al. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1873-1875.
- Hirschfeld, R.M. (2004). Bipolar depression: the real challenge. *European Neuropsychopharmacology*, 14 (Suppl 2), S83–S88.

- Hirschfeld, R. M. A. & Vornik, L. A. (2004). Recognition and diagnosis of bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (Suppl 15), 5-9.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Keller, M. B. & Bolland, R. J. (1998). Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biological Psychiatry*, 44, 348-360.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Keretz, D., Merikangas, K. R. et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the national Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289, 3095-3105.
- Merikangas, K.R., Akiskal, H.S., Angst, J., Greenberg, P.E., Hirschfeld, R. M., Petukova, M., Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 64, 543-552.
- Moo-Estrella, J., Pérez-Benítez, H., Sólis-Rodríguez, F. & Arankowsky-Sandoval, G. (2005). Evaluation of depressive Symptoms and sleep Alterations in College Students. *Archives of Medical Research*, 36, 393-398.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação Internacional de Doenças*, 10ª Ed.
- Simon, G. E. (2003). Social and economic burden of mood disorders. *Biological Psychiatry*, 54, 208-215.
- Suppes, T., Leverich, G. S., Keck, P. E., Nolen, W. A., Denicoff, K. D., Altshuler, L. L. et al. (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of Affective Disorders*, 67, 45-69.

Szadoczky, E., Papp, Z., Vitrai, J., Rihmer, Z. & Furedi, J. (1998). The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. Results from a national epidemiologic survey. *Journal of Affective Disorders*, 50, 153-162.

Woods, S. W. (2000). The economic burden of bipolar disease. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, Suppl. 13 38-41.

CAPÍTULO II

Prevalência de Sintomas do Humor em Populações Universitárias: Uma Revisão

Introdução

Cada vez mais, principalmente nas duas últimas décadas, estudos epidemiológicos têm sido realizados acerca de transtornos mentais na população. A relevância de tais estudos é criar uma base para decisões em saúde pública, como atendimento e avaliação em saúde mental (Lima, Tassi, Novo & Mari, 2005) e implementação de novas estratégias de intervenção, prevenção, avaliação e diagnóstico (Falla & Ferrand, 2006; Adewuya, Ola, Aloba, Mapayi & Oginni, 2006; Bayram & Bilgel, 2008; Chandler, Wang, Ketter & Goodwin, 2008).

Vários autores referem que a estimativa de algum transtorno mental durante o período que se cursa a universidade é de 15 a 25% entre os alunos (Cavestro & Rocha, 2006; Adewuya et al., 2006). Uma das explicações para esta alta prevalência, que é evidenciada na literatura, é a característica de transitoriedade desta fase. Como fatores importantes incluídos neste período, os principais citados são: troca de relacionamentos, sono irregular, pressões acadêmicas, idéia a respeito de perspectiva para o futuro, estar em semestres iniciais, intermediários ou finais, e ter ou não atividades extracurriculares (Falla & Ferrand, 2006; Cavestro e Lopes, 2006; Adewuya et al., 2006; Adewuya 2006; Eisenberg, Gollust, Golberstein & Hefner, 2007; Steptoe, Tsuda, Tanaka & Waedle, 2007). Tais informações indicam a importância destes estudos epidemiológicos no contexto universitário.

Tendo em vista tal contexto, este capítulo tem como objetivo revisar, nas principais bases de dados da psicologia e psiquiatria, artigos que tragam dados epidemiológicos acerca do levantamento de sintomas do humor em populações universitárias.

Método

Foi realizada uma revisão sistemática nas seguintes bases de dados: *Scielo, Lilacs, Proquest, Pubmed, Medline, Psycinfo e Web of Science*. Usaram-se as seguintes palavras-chave para esta revisão: mood disorders OR affective disorders OR depression OR bipolar disorders AND prevalence AND college students OR university students OR students. Definiram-se como período de abrangência os três últimos anos (2006, 2007 e 2008).

A busca foi realizada em junho de 2008. Inicialmente foram achados 298 artigos; destes, selecionaram-se 45, os quais realmente falavam no assunto prevalência de sintomas do humor numa população de estudantes. Após uma leitura inicial, dez artigos foram escolhidos, por tratarem de prevalência de sintomas do humor em populações universitárias, sendo também estudos transversais.

Estudos Encontrados

Os artigos foram organizados em um quadro (Quadro 1) para apresentação dos resultados.

Quadro 1 - Achados da revisão sistemática de 2006-2008

AUTOR/ANO	DELINEAMENTO E AMOSTRA	INSTRUMENTO	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
Falla & Ferrand (2006)	Transversal. 295 estudantes universitários de Medicina do 1º ao 10º semestre da Universidade Militar Nueva Granada, na cidade de Bogotá. A idade dos estudantes estava compreendida entre 17 e 28 anos.	Escala auto-aplicada de Zung.	Sintomas leves (26,1%); Moderado (21,7%); Severo (5,4%); Geral (53,2%). Mais sintomas depressivos em mulheres do que em homens. Mais sintomas depressivos em quem não tem pai militar, semestre inicial e quem vive com os avós.	Necessidade de estudos longitudinais. Dobro de chance de médicos desenvolverem depressão do que a população geral.
Cavestro & Rocha (2006)	Transversal. 342 estudantes da	Mini International Neuropsychiatric	Taxas de Depressão: Medicina (8,9%);	Importância da comparação de

	Faculdade de Ciências Médicas de MG, matriculados nos cursos de Medicina, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.	Interview (MINI).	Fisioterapia (6,7%); Terapia Ocupacional (28,2%). Risco de Suicídio: Medicina (7,5%); Fisioterapia (7,8%); Terapia Ocupacional (25,6%).	taxas entre cursos e necessidade de mais estudos.
Adewuya et al. (2006)	1.206 estudantes de uma universidade do oeste da Nigéria.	MINI.	Depressão (8,3%); Depressão menor (5,6%); Depressão maior (2,7%); Fatores associados: - Famílias muito grandes; - Ser mulher; - Uso pesado de tabaco; - Alto consumo de álcool.	Intervenção e prevenção.
Adewuya (2006)	Transversal. 2.658 estudantes de seis universidades do Estado de Osun, Nigéria.	MINI.	As taxas de prevalência de depressão, associadas ao uso de álcool foram: Estudantes em abstinência alcoólica (7,6%); Estudantes sem problemas relatados com álcool (7,1%); Estudantes que fazem perigoso uso do álcool (12,4%); Abusadores do álcool (17,2%); Dependentes de álcool (23,8%).	Diferença da prevalência de depressão em quem usa, abusa ou é abstinente de álcool.
Eisenberg et al. (2007)	Transversal. Feito via internet com 5.021 estudantes (2.495 graduados e 2.526 graduados e já atuando) de uma universidade Pública do Meio Oeste dos EUA.	Patient Health Questionnaire (PHQ-9- DSM) Patient Mood Questionnaire (PMQ anxiety scale).	PHQ-9: Depressão maior em graduandos (5,2%); Depressão maior em graduados (4,1%); Transtorno de pânico em graduandos (1,8%); Transtorno de pânico em graduados (1,1%); Transtorno de ansiedade generalizada em graduandos (2,9%); Transtorno de ansiedade generalizada em graduados (3,1%).	Necessidade de mais estudos. Principal contribuição- validação do instrumento.
Stephoe, Tsuda, Tanaka & Wardle (2007)	Transversal multicêntrico. 17.348 estudantes universitários de 23 universidades de diferentes países (Bélgica,	BDI.	O BDI possui consistência interna igual e independente da cultura onde foi feita a aplicação.	Importância dos fatores socioeconômicos associados.

	Bulgária, Colômbia, Inglaterra, França, Hungria, Irlanda, Itália, Japão, Coréia, Holanda, Polônia, Portugal, Romênia, Eslováquia, África do Sul, Espanha, Taiwan, Tailândia, EUA e Venezuela).			
Saddicha & Khess (2008)	Transversal. Estudantes de cinco universidades de Ranchi (Índia), escolhida aleatoriamente.	Exame de sangue; DASS (Depression Anxiety Stress Scales).	Os índices de depressão, ansiedade e estresse são mais altos em tabagistas, sendo que 52% usam tabaco.	Tabaco é um fator de risco para depressão e ansiedade.
Bayram & Bilgel (2008)	Transversal. 1.617 estudantes da Uludas University, em Bursa, Turquia.	DASS – 42.	Depressão (27,1%); Ansiedade (47,1%); Estresse (27%).	Prevenção e intervenção de apoio.
Mikolajczyk et al. (2008)	Transversal. 2.145 estudantes de Alemanha, Dinamarca, Polônia e Bulgária, de até 23 anos.	M-BDI.	Foram evidenciados escores superiores de depressão entre universitários da Polônia e da Bulgária. Também houve diferença significativa entre os gêneros, tendo as mulheres apresentado escores superiores que os homens. Quanto maior o grau de independência financeira, menor o escore de depressão.	Comparação e validação.
Chandler, Wang, Ketter & Goodwin (2008)	Longitudinal. Alunos do 1º ano de Oxford (1.426) e Stanford (593)	MDQ (Mood Disorders Questionnaire); GHQ (General Health Questionnaire); PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders).	GMQ: Ox (42,4%); St (38,3%). Depressão: Ox (6,2%); St (6,6%). Uso de psicofármacos: Ox (1,5%); St (3,5%). MDQ: Ox (4%); St (1,7%).	Importância do diagnóstico e de novas pesquisas.

Discussão dos Achados

Tentou-se uniformizar ao máximo o método e as populações dos estudos encontrados. Apesar deste esforço, notaram-se algumas dificuldades em comparar os estudos. Foram separados, então, em itens para a melhor visualização dos principais dados encontrados.

Instrumentos

Observou-se que existe uma variação muito grande nos instrumentos utilizados. Dos dez artigos selecionados, o mais usado foi a MINI (Adewuya, 2006; Adewuya et al., 2006; Cavestro & Rocha, 2006). Já o BDI e o DASS aparecem em dois estudos cada um, o que mostra uma diferença importante entre os métodos de levantamento dos sintomas, pois a MINI é aplicada em forma de entrevista e tanto o DASS como o BDI são instrumentos de auto-relato.

A partir deste dado, pode-se inferir que os estudos que usaram a MINI como instrumento podem ser mais acurados no que diz respeito à fidedignidade dos dados, pois necessitam de um entrevistador bem treinado para sua aplicação – portanto, suscitam informações mais detalhadas (Chandler et al., 2008). Apesar deste detalhamento, como tais instrumentos necessitam de uma resposta a um aplicador, nem sempre o indivíduo responde com sinceridade, dependendo muito da empatia com o aplicador. Assim, os dados podem não ser muito confiáveis.

Por outro lado, as escalas de auto-relato podem facilitar a revelação por parte do indivíduo. Por fim, ainda tem que ser considerado que elas trazem um levantamento sintomatológico e não um diagnóstico completo. Já instrumentos como a MINI podem facilitar um diagnóstico.

Em relação à prevalência de depressão, os dados oscilam de 2,7 a 45,5%, dependendo do estudo e instrumento que foram utilizados. Tais variações são explicadas pelos autores,

principalmente, devido aos fatores associados a cada amostra. Dentre eles, os mais importantes são (além das questões já trazidas, próprias do período universitário):

Fatores Associados à Depressão

- Famílias numerosas podem ser um fator associado à depressão, pois quanto mais membros na família, menos atenção individual e priorização de espaço individual existem (Falla & Ferrand, 2006; Adewuya et al., 2006);
- Steptoe e colaboradores (2007) constataram que pessoas que apresentam menos estratégias de coping, possuem escores mais altos para sintomas depressivos, assim como Falla e Ferrand (2006), que apontam os traços de personalidade como um fator associado importante;
- Ainda no estudo de Falla e Ferrand (2006) verificou-se uma correlação entre sintomas depressivos com história familiar de transtorno mental;
- Dependência financeira e o baixo poder aquisitivo são relatados como os fatores mais associados a sintomas depressivos (Adewuya et al., 2006; Adewuya, 2006; Eisenberg et al., 2007; Steptoe et al., 2007; Bayram & Bilgel, 2008; Mikolajczyk, 2008);
- A pouca idade e a baixa escolaridade dos pais são apontados por Steptoe e colaboradores (2007) como fatores associados importantes;
- Ser do sexo feminino foi identificado em quatro estudos como fator associado (Falla & Ferrand, 2006; Adewuya et al., 2006; Steptoe et al., 2007; Mikolajczyk, 2008);
- O uso de substâncias psicoativas, principalmente o álcool e o tabaco, também se mostrou fortemente associado a sintomas depressivos (Falla &

Ferrand, 2006; Adewuya et al., 2006; Adewuya, 2006; Saddicha & Khes, 2008). Para Adewuya (2006), o abuso ou a dependência de álcool é um fator ocasionador de sintomas depressivos, a partir de um estudo que fez duas mensurações com estudantes nigerianos.

- Ainda em dois estudos (Falla & Ferrand, 2006; Cavestro & Lopes, 2006), os autores constataram que estudantes de medicina podem ter até duas vezes mais possibilidades de apresentar sintomas depressivos do que os demais universitários. Uma das hipóteses que explicam tal fenômeno é a pressão advinda das demandas do curso.
- Por fim, o estudo multicêntrico de Steptoe e colaboradores (2007) indica que variações socioculturais podem estar associadas a sintomas depressivos. Os autores constataram que estudantes que vivem em países onde a cultura é individualista (mais voltada para felicidade pessoal e auto-estima) apresentam menos sintomas depressivos que aqueles que vivem em países de cultura coletiva (onde se atribui mais valor às obrigações e tarefas). No artigo, consta que culturas ocidentalizadas, como nos Estados Unidos, são mais individualistas. Já as do oriente, como no Japão, desenvolvem uma mentalidade que prima pelo coletivo.

Fatores Associados ao Risco de Suicídio

Dois estudos (Adewuya, 2006; Eisenberg et al., 2007) associam alguns fatores ao risco de suicídio na população universitária. Dentre estes, os mais importantes, segundo os autores, são: abuso sexual, dificuldades em relação à orientação sexual, uso de substâncias psicoativas e o abuso de álcool.

Fatores Referentes à Bipolaridade

Apenas recentemente começou-se a dar mais atenção ao diagnóstico de transtorno de humor bipolar na infância e na adolescência (Falla & Ferrand, 2006; Chandler et al., 2008). No estudo de Chandler e colaboradores (2008), o fator mais associado à bipolaridade na população universitária foi ter menos idade. Segundo os autores, esta falta de preocupação diagnóstica precoce acarretou muitos erros nos cuidados com a saúde mental, pois apresentar sintomas de humor bipolar faz com que o indivíduo aumente riscos para si mesmo, pois há uma diminuição com cuidados pessoais, sendo, ainda, um motivador de maior incapacitação laboral. Na população estudada, a prevalência destes sintomas ficou por volta dos 4%.

Considerações Finais

Com base nos estudos encontrados, é possível afirmar que a prevalência de depressão oscila nas diferentes universidades pesquisadas (entre 2,7 e 45,5%), de acordo com fatores associados e a realidade sociocultural em que está inserida a instituição. Existem fatores que são comuns a quase todos os estudos como gênero (maior probabilidade no feminino), baixo poder aquisitivo, uso ou abuso de substâncias psicoativas (como álcool e tabaco) e as próprias questões do período universitário. Esse se caracteriza tanto por abranger, em sua maioria, adultos jovens (período de maior eclosão de transtornos mentais), como por ser um período transitório (da adolescência para a vida adulta), no qual começam a ser exigidas maiores responsabilidades e, por consequência, maiores estratégias de enfrentamento para vida adulta.

Os estudos ainda mostram fatores que podem aumentar o risco de suicídio nesta população, o que pode ser fundamental para a organização de novos recursos para prevenção e intervenção nesta situação. O que fica muito clara é a necessidade de conhecer melhor a população referida para implementação de novas estratégias de avaliação, diagnóstico,

prevenção e intervenção nesta população que, segundo os estudos, passa por um período de maior vulnerabilidade. Esta necessidade aparece claramente na maioria dos artigos selecionados.

Por fim, é fundamental ressaltar a carência de estudos neste sentido, pois, após a busca nas principais bases de dados, o número de artigos referentes à caracterização desta população específica em relação a sintomas do humor é muito pequeno. Quando se fala de estudos longitudinais, menos ainda, o que faz concluir que ainda não há dados suficientes para poder implementar tais ações.

Devido a todos os apontamentos relatados, alguns destes estudos preconizam a realização de mais estudos, principalmente longitudinais, para melhor avaliação da incidência e do acompanhamento dos sintomas depressivos e maníacos ao longo da vida do indivíduo (Falla & Ferrand, 2006; Cavestro & Lopes, 2006; Eisenberg et al., 2007; Chandler et al., 2008), para a partir destes ter-se mais instrumentos para criar estratégias de intervenção e prevenção para os sintomas do humor.

Referências

- Adewuya, A. O. (2006). Prevalence of major depressive disorder in Nigerian college students with alcohol-related problems. *General Hospital Psychiatry*, 28, 169-173.
- Adewuya, A. O., Ola, B. A., Aloba, O. O., Mapayi, B. M. & Oginni, O. O. (2006). Depression amongst Nigerian university students: prevalence and sociodemographic correlates. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 41, 674-678.
- Bayram, N. & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlatins of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 43, 667-672.
- Cavestro, J. M. & Rocha, F. L. (2006). Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55 (4), 264-267.
- Chandler, R. A., Wang, P. W., Ketter, T. A. & Goodwin, G. M. (2008). A new US-UK diagnostic project: mood elevation and depression in first-year undergraduates at Oxford and Stanford universities (brief communication). *Acta Psychiatry Scandinavia*, 118, 81-85.
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E. & Hefner, J. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (4), 534-542.
- Falla, P. M. G. & Ferrand, P. A. S. (2006). Prevalência de sintomatología depresiva: en una población de la universidad militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia. *Revista Facultad Medicina Universidad Nacional Colombia*, 54 (2), 76-85.
- Lima, M. S., Tassi, J., Novo, I. P. & Mari, J. J. (2005). Epidemiologia do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32, 15-20.
- Mikolajczyk, R. T., Maxwell, A. E., Ansari, W. E., Naydenova, V., Ilieva, C. S. S., Dudziak, U. & Nagyova, I. (2008). Prevalence of depressive symptoms in university students

from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 43, 105-112.

Saddicha, S. & Khess, C. R. J. (2008). Prevalence of depression, stress, and anxiety among tobacco-using male college students in Ranchi and the relationship with nicotine in the body. *Journal of Affective Disorders*, 107, s53-s122.

Steptoe, A., Tsuda, A., Tanaka, Y. & Waedle, J. (2007). Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14 (2), 97-107.

CAPÍTULO III

Prevalência de Sintomas do Humor em uma População de Alunos de uma Universidade Privada do Município de Porto Alegre

Introdução

O presente capítulo descreve um estudo empírico que teve como objetivo caracterizar e verificar a prevalência de sintomas de humor em uma universidade privada do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A coleta de dados ocorreu durante o ano de 2008, iniciando em maio e terminando em outubro.

Muitos autores revelam a necessidade de estudar a população universitária por dois motivos, basicamente: ser constituída, principalmente, por indivíduos a partir dos 17 anos, sendo a maioria de adultos jovens. É nesse período que, segundo estes autores, eclodem muitos transtornos mentais. Por ser este um momento de transição na vida dos jovens (da adolescência à vida adulta), tem como características uma série de fatores que os tornam mais vulneráveis a transtornos mentais, tais como: diversas trocas de relacionamentos afetivos, sono irregular, pressões acadêmicas, falta de perspectiva real do futuro profissional e ter, ou não, atividades extracurriculares (Falla & Ferrand, 2006; Cavestro & Rocha, 2006; Adewuya, Ola, Aloba, Mapayi & Oginni, 2006; Adewuya, 2006; Eisenberg, Gollust, Golberstein & Hefner, 2007; Steptoe, Tsuda, Tanaka & Waedle, 2007).

Os transtornos do humor, quanto mais cedo diagnosticados, menos conseqüências acarretam na vida da pessoa (Chandler, Wang, Ketter & Goodwin, 2008). E, quanto mais conhecidos os sintomas desta população, mais se podem programar novas estratégias de prevenção e intervenção que são muito importantes para melhorar a saúde mental do estudante universitário (Falla & Ferrand, 2006; Adewuya et al., 2006; Bayram & Bilgel, 2008; Chandler et al., 2008).

Apesar de atualmente já ser mais estudado, o TB continua sendo pouco diagnosticado e inadequadamente tratado (Akiskal et al., 2000; Ghaemi, Boiman, & Goodwin, 2000). Como conseqüências da falta de diagnóstico, estão o agravamento do curso pelo tratamento iatrogênico com antidepressivos, alto risco de suicídio, alcoolismo, drogadição, risco aumentado de contrair doenças sexualmente transmissíveis, principalmente AIDS, e problemas legais (Calabrese et al., 2003; Dunner, 2003).

Os transtornos bipolares são doenças psiquiátricas crônicas que demoram, em média, dez anos, desde o início dos sintomas, para serem corretamente diagnosticados e tratados (Suppes et al., 2001; Hirschfeld et al., 2003). Mesmo suas formas mais leves, subsindrômicas, carregam elevado potencial para desfechos negativos sociais e funcionais (Angst et al., 2005b). Provavelmente as taxas elevadas de comorbidades, como alcoolismo e dependência de substâncias e com transtornos ansiosos, potencializam as conseqüências negativas do TB (Goodwin & Jamison, 2007).

O projeto *Spectrum*, que é um consórcio entre acadêmicos liderado por Giovanni Cassano, tem como sua principal proposta o refinamento diagnóstico através do não agrupamento de sintomas do humor (Wang & Demétrio, 2005). Segundo Kunz e colaboradores (2009), o projeto inclui diversos agrupamentos de sintomas do humor não listados no DSM-IV-TR, os quais necessitam atenção dentro do *continuum* do humor. Apresentações mais leves do transtorno do humor bipolar, inclusive as temperamentais, que não preenchem os atuais critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), fazem parte deste espectro (Angst et al., 2005b).

O diagnóstico correto e precoce dos transtornos do humor é de suma importância. A partir deste pode-se evitar prejuízos, como incapacidade laboral, e evitar riscos sérios ao indivíduo, como o de suicídio (Benazzi & Akiskal, 2007). Conforme o posicionamento de

Cavestro e Rocha (2006), é fundamental diferenciar os instrumentos que se utilizam para diagnóstico e aqueles que servem pra a detecção de sintomas. Aqueles que fazem detecção de sintomas são geralmente de auto-relato e os para diagnóstico, entrevistas aplicadas por um profissional da saúde treinado em diagnóstico. Os que fazem diagnóstico são mais precisos, já os de auto-relato evitam o viés do aplicador e facilitam a aplicação e a realização de estudos com grandes amostras (Rózsa et al., 2008).

Enfim, o aparecimento precoce de tais sintomas e a gravidade destes alerta para a importância de uma intervenção tanto social como psicológica para reduzir as conseqüências e repercussões na vida adulta (Jatobá & Bastos, 2007). Caracterizando esta população jovem, pode-se ter idéia de quais fatores estão associados aos sintomas do humor e, com isto, determinar estratégias de intervenção com maior precisão e eficácia (Zinn-Souza et al., 2008).

Tendo em vista tais achados, este estudo tem como objetivo caracterizar e averiguar a prevalência de sintomas de humor em uma universidade privada no município de Porto Alegre. A partir desta caracterização, busca-se avaliar a necessidade da elaboração de uma intervenção direcionada para esta população.

Método

O delineamento com a população de discentes dos cursos de graduação de uma universidade privada do município de Porto Alegre é quantitativo e transversal.

A amostra probabilística foi estratificada de acordo com as faculdades, sendo os participantes sorteados por turmas de cada faculdade, de acordo com o cálculo amostral.

A eles foi solicitado um consentimento informado, preenchido e assinado. Foram coletados dados sociodemográficos, assim como *status* marital e educacional, entre outros.

Os dados da ficha sociodemográfica foram pensados a partir dos fatores associados mais referidos na literatura atual sobre sintomas do humor em população universitária.

Foi realizada uma aplicação-piloto em abril de 2008, em uma turma da Faculdade de Teologia. A coleta foi realizada de maio a setembro do ano de 2008, tendo o cuidado de somente serem realizadas aplicações no meio do semestre, para não se ter a influência do início de aula e, em função disto, alguns alunos ainda não terem retornado. O final do semestre também foi evitado para não haver interferência de provas, trabalhos e o stress que acompanha geralmente o fim das disciplinas.

Instrumentos

Escala de Avaliação de Hipomania (HCL-32)

O instrumento consiste em 32 itens de auto-relato para hipomania (Angst et al., 2005a). Os sujeitos são solicitados a lembrar um período em que estavam “para cima” e indicar se comportamentos, pensamentos ou emoções específicos estiveram presentes neste estado, como: “Eu necessito menos sono”, “Eu estou menos tímido e inibido” ou “Eu estou mais paquerador e/ou estou mais ativo sexualmente”. O questionário também inclui questões sobre a duração destes estados. Além disso, os sujeitos são perguntados sobre o impacto desses períodos em sua vida familiar, social, profissional e no lazer, como: “positivo e negativo”, “positivo”, “sem impacto” ou “negativo”. Os comentários e as reações de outras pessoas a tais episódios também são questionados (positivamente, sem comentários ou negativamente).

A Escala de Avaliação de Hipomania foi desenvolvida como um instrumento de avaliação para sintomas hipomaniacos, especialmente em pessoas diagnosticadas com

transtornos depressivos. O instrumento está em desenvolvimento em vários idiomas (p.ex., francês, italiano, espanhol, holandês, flamenco, sueco, polonês, russo, croata, grego e chinês), mas foi, principalmente, concebido em alemão por Jules Angst e Thomas D. Meyer. Sua consistência interna para toda a escala foi 0,82 e 0,86 em duas amostras clínicas. Uma análise fatorial mostrou dois fatores clinicamente relevantes (Angst et al., 2005a).

A versão em português brasileiro está sendo validada pela Dra. Dóris Hupfeld Moreno, tendo sido reconhecida pelo Dr. Jules Angst e consentida, por ele, para uso, com total liberdade, no presente estudo.

Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II)

Compreende 21 itens, em uma escala de zero a três, na qual o participante deve indicar a afirmativa que melhor descreve como se sente. Nesta versão existe uma mudança no tempo de avaliação, sendo que, em vez de “como se sente na última semana, incluindo hoje”, passa a ser perguntado “como se sente nas duas últimas semanas, incluindo hoje”, com o propósito de adequar ao DSM-IV (Beck, 1996) (Anexo 7). O escore total resulta da soma dos escores dos itens individuais.

Como a validação da versão brasileira ainda não foi concluída, utilizou-se o ponto de corte da validação americana: mínima, até 13 pontos; leve, de 14 a 19 pontos; moderada, de 20 a 28 pontos; e grave, de 29 a 63 pontos.

Amostra

Tendo a população de discentes de graduação da universidade (24.046 alunos) e a prevalência do espectro bipolar em torno de 6%, calculando-se um erro amostral de 1,5%

(ou seja, a prevalência pode variar de 4,5% a 7,5%), com confiabilidade de 95%, deveriam ser avaliados 926 alunos. Contudo, levando em consideração fatores de confusão e perdas amostrais, acrescentou-se 30% a mais, chegando-se ao número amostral de 1.204 alunos. Para cálculo amostral, usou-se o programa Epiinfo.

Estes 1.204 alunos foram distribuídos proporcionalmente, de acordo com a representação estatística do número total de alunos de cada faculdade em relação à população geral de universitários. Este número não permaneceu o mesmo, pois três faculdades não facilitaram a participação dos seus alunos no estudo.

Para ilustração de como foi estratificada a amostra, segue abaixo a tabela inicial, pois foi seguido o mesmo padrão após a recusa das faculdades. Firmou-se, com a Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários (PRAC) da referida universidade, que o objetivo do estudo não era a diferenciação entre os cursos e, sim, a avaliação dos sintomas de humor nos alunos, com o objetivo de verificar a importância de intervenções e práticas preventivas.

Quadro 2 - Distribuição inicial por faculdade

FACULDADE	NÚMERO TOTAL DE ALUNOS	REPRESENTATIVIDADE NA AMOSTRA	NÚMERO RELATIVO DE ALUNOS
TEOLOGIA	111	0,46%	6
LETRAS	455	1,89%	23
PSICOLOGIA	1.178	4,9%	59
EDUCAÇÃO	1.056	4,39%	53
FILOSOFIA	883	3,67%	45
SERVIÇO SOCIAL	205	0,85%	11

COMUNICAÇÃO SOCIAL	2.228	9,27%	112
DIREITO	5.433	22,59%	272
ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS	4.161	17,3%	205
BIOLOGIA	455	1,89%	23
ODONTOLOGIA	344	1,43%	18
MEDICINA	447	1,86%	23
FARMÁCIA	473	1,97%	24
ENFERMAGEM	884	3,68%	45
FÍSICA	116	0,48%	6
QUÍMICA	294	1,22%	15
ENGENHARIAS	2.728	11,35%	137
INFORMÁTICA	915	3,81%	46
AERONÁUTICA	123	0,51%	7
ARQUITETURA	566	2,35%	29
MATEMÁTICA	98	0,41%	5
EDUCAÇÃO FÍSICA	893	3,71%	45

Refeito o cálculo estatístico, com o mesmo parâmetro para o estudo continuar tendo representatividade, o número da amostra passou a ser de 834 alunos. Foram acrescentados 20% para possíveis recusas e perdas, chegando ao número de 1.001. Redistribuiu-se, levando em conta a recusa e aumentando o número de participantes nas faculdades que aceitaram.

Após todos os procedimentos, a amostra final foi de 907 protocolos completos. Interromperam-se as aplicações, pois já se tinha alcançado o número de participantes necessários (834), com protocolos válidos.

Procedimentos de Coleta dos Dados

O projeto foi aprovado pela Comissão Científica e pelo Comitê de Ética da universidade, com o consentimento da Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários (PRAC). Os alunos foram sorteados dentro das faculdades, por turmas, para contemplar o número necessário na amostra. Após o sorteio entrou-se em contato com os diretores de cada unidade acadêmica. Foram apresentados a proposta e os números das turmas sorteadas, juntamente às cartas de aprovação da PRAC, da Comissão Científica e do Comitê de Ética. O diretor de cada unidade combinava com os docentes das disciplinas e passava o consentimento com dia, hora marcada e nome do professor que estava em aula.

A equipe envolvida na pesquisa foi composta por: um doutorando, dois mestrados e 12 auxiliares de pesquisa. Antes da realização da coleta, aplicou-se em uma turma-piloto com objetivo de avaliar a forma utilizada. Nesta aplicação estavam presentes os dois mestrados, o doutorando e as auxiliares de pesquisa envolvidas no projeto de avaliação de sintomas e validação do BDI-II, do Grupo de Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital (GAICV).

A aplicação foi realizada pelos dois mestrados e observada pelos demais membros do grupo. Durante esse teste, observou-se que: o conceito de “alto” do HCL-32 suscitava muitas dúvidas nos discentes; era necessário no mínimo duas pessoas por aplicação; os protocolos deveriam ser entregues todos juntos, pois cada participante tem seu próprio ritmo

e, assim, não se sentiria pressionado com a entrega dos demais para fazer rápido e sem concentração. Levando em conta esta aplicação, foi montado um cartão (Anexo 5) com a definição de “alto”, que passou a ser entregue junto com o HCL-32. Os participantes do piloto não foram incluídos na amostra final.

A aplicação foi realizada por auxiliares e bolsistas de iniciação científica treinados previamente pela mestranda. O grupo de auxiliares continha cinco bolsistas de iniciação científica do grupo GAICV, cinco psicólogas e duas estudantes de psicologia.

Para o treinamento da equipe, elaborou-se um manual de aplicação (Anexo 8) e realizaram-se reuniões semanais durante todo o período da pós-graduação da mestranda (dois anos), organizadas pela mesma e por alguns convidados para aperfeiçoamento e renovação do conhecimento dos participantes em transtornos do humor, pesquisa transversal e terapia cognitivo-comportamental.

Primeiramente, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3) e logo após a ficha sociodemográfica (Anexo 4), BDI-II (Anexo 7), HCL-32 (Anexo 6), junto a uma ficha com a descrição de hipomania. A mestranda – com ajuda do doutorando que participou do projeto, de uma das auxiliares de pesquisa e de uma bolsista de iniciação científica – montou o banco de dados no programa SPSS 11.0, abastecido de informações por uma auxiliar de pesquisa e a mestranda.

Antes das análises estatísticas, limpou-se o banco e, aleatoriamente, foi-se conferindo o protocolo aplicado com o que estava inserido no programa SPSS 11.0. Após a *limpeza*, iniciou-se a análise estatística, sem o interesse em identificar o curso de maior ou menor presença de sintomatologia, mas a prevalência geral dos sintomas, com o objetivo de posterior implementação de um serviço de intervenção para tratamento e prevenção dos sintomas e prejuízos ocasionados pelos sintomas de humor estudados.

Procedimentos de Análise dos Dados

O levantamento das prevalências de sintomas ao longo da vida levou em conta os critérios operacionais do DSM-IV-TR para depressão e para transtorno bipolar, alterando-se o número de dias de hipomania para uma detecção dimensional. O programa SPSS 11.0 foi utilizado para estimar as prevalências, as médias e os desvios-padrão da amostra. A regressão logística foi utilizada para examinar a associação entre os grupos (depressão e não-depressão) e uma série de variáveis consideradas dependentes: características demográficas, grau de escolaridade, situação profissional, uso de serviços clínicos gerais e psicológicos no mês anterior à entrevista, procura de auxílio profissional, uso de medicamentos e conseqüências na vida devido ao transtorno.

Para examinar os resultados HCL-32, foi usada a regressão de Poisson, no programa STATA, pois a prevalência de sintomas foi superior a 10%. Também se verificaram, com a ficha sociodemográfica, as associações a partir destes com as variáveis.

Procedimentos com Protocolos com Indicativo de Sintomas Graves

Primeiramente foi enviado ao Centro de Atendimento ao Aluno, uma carta (Anexo 9), solicitando o e-mail universitário dos alunos que pontuaram sintomas graves e risco de suicídio. A partir da solicitação, foi enviada uma mensagem (Anexo 10) para os alunos, solicitando que estes entrassem em contato com o grupo de pesquisa para devolução e encaminhamento.

Os endereços para onde foram enviadas as mensagens, fornecidos pela PRAC, eram os mesmos utilizados pela faculdade para enviar notícias, tornando seu acesso obrigatório. A

partir do contato, passaram a ser encaminhados para atendimento no serviço de atendimento psicológico da universidade em questão.

Retorno para as Faculdades Participantes

Redigiu-se uma carta de agradecimento às unidades participantes e, junto com esta, após a defesa da dissertação, será entregue a cada diretor uma cópia da dissertação. Tomou-se este cuidado para que as faculdades que nos auxiliaram de uma forma tão ágil e acolhedora pudessem ter conhecimento de resultados, dados e providências tomadas em relação aos participantes que apresentaram sintomas graves.

Resultados

A amostra foi composta por 54,1% de indivíduos do sexo masculino. Em relação à faixa etária: 36,8% da população têm até 20 anos; 36,4% têm de 21 a 23 anos; 14,3% têm de 24 a 29 anos, e 12,4% têm 30 anos ou mais. Não são casados, nem possuem união estável, 87,4% dos sujeitos.

A escolaridade foi dividida em três categorias, de acordo com o número de anos de estudo: até 13 anos (33,6%); entre 14 e 15 anos (39,1%) e 16 anos ou mais (27,2%). Destes, 68,4% têm atividade laborativa, estágio ou emprego fixo, e 31,6% não têm atividade laborativa.

Para a divisão da classe socioeconômica, foi utilizada a tabela da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), a qual divide a população em classes A1, A2, B1, B2, C, D ou E. Na população estudada foram encontrados 55,9% pertencentes às classes

C, D ou E. Já 30,2% localizam-se na classe B2. Por fim, 13,9% fazem parte das classes B1 e A2. Não foram encontrados indivíduos da classe A1.

Desta amostra, 76,7% afirmam ter religião, dos quais 35,3% não praticaram a religião referida no último mês, 20,2% praticaram uma vez e 21,2%, duas vezes ou mais. Quanto à prática de exercícios físicos, 28,7% praticam exercício físico regularmente. Já 61,3% consideram-se inativos.

Quanto à autopercepção de saúde, dividiu-se em três categorias: péssima a regular (19%), boa (50,7%) e ótima (30,4%). Destes, 14,3% relatam ter um problema de saúde diagnosticado e 85,7% não relatam problema de saúde.

Dos indivíduos, 93,8% não apresentam indicativo de abuso de álcool. Quanto ao uso de tabaco, 77,7% referem nunca ter fumado; 12,5% admitem ter usado no passado, mas, atualmente, não usam.

Em relação a tratamento psiquiátrico e/ou psicológico, 63% nunca buscaram tais recursos; 28,6% já procuraram tais tratamentos; 8,3% realizavam tratamento, no momento, da coleta de dados. Destes, 1% já foi internado. Quanto a usar medicação de modo continuado, 21,8% afirmaram fazê-lo.

No HCL-32, 34,6% apresentaram indicativos de hipomania. Para sintomas depressivos, dividiram-se quatro critérios de pontuação: mínimo (81,1%), leve (10,2%), moderado (6,1%) e grave (2,7%).

Tabela 1 – Caracterização da população de estudantes universitários

VARIÁVEL	N	%
Sexo		
Feminino	415	45.9
Masculino	489	54.1
Idade		

Até 20 anos	332	36.8
De 21 a 23 anos	328	36.4
De 24 a 29 anos	129	14.3
30 anos ou mais	112	12.4
Estado civil		
Casado ou união estável	113	12.6
Não casados	784	87.4
Escolaridade, em anos de estudo		
Até 13 anos	305	33.6
14 ou 15 anos	355	39.1
16 anos ou mais	247	27.2
Trabalho		
Não	286	31.6
Sim	618	68.4
Classe socioeconômica		
E, D ou C	507	55.9
B2	274	30.2
B1 e A2	126	13.9
Tem religião		
Não	211	23.3
Sim	696	76.7
Prática da religião no último mês		
Nunca vou	530	58.6
Fui uma vez	183	20.2
Fui duas vezes ou mais	192	21.2
Prática de exercícios físicos		
Inativo ou exercício irregular	635	71.3
Exercício regular	255	28.7
Percepção de saúde		

Péssima a regular	168	19.0
Boa	449	50.7
Ótima	269	30.4
Indicativo de abuso de álcool		
Não	830	93.8
Sim	55	6.2
Problema de saúde		
Não	759	85.7
Sim	127	14.3
Internação psiquiátrica		
Não	879	99.0
Sim	9	1.0
Uso de medicação atual		
Não	694	78.2
Sim	193	21.8
Tratamento psiquiátrico ou psicológico		
Não	559	63.0
Sim, mas não faço atualmente	254	28.6
Sim e faço atualmente	74	8.3
Tabagismo		
Não, nunca fumei	692	77.7
Não. Fumei no passado mas parei de fumar.	111	12.5
Sim.	88	9.9
Depressão		
Mínimo	695	81.1
Leve	87	10.2
Moderado	52	6.1
Grave	23	2.7
HCL-32		

Sem indicativo de hipomania	541	65.4
Com indicativo de hipomania	286	34.6

Algumas variáveis apresentaram associação significativa ($p < 0,005$) com sintomas depressivos e hipomaniacos, a partir da análise bivariada realizada no programa SPSS 11.0.

Ser do sexo feminino representou duas vezes mais chance de ter indicativos de sintomas depressivos. Não ter religião faz com que o indivíduo tenha duas vezes mais chances de ter indicativos sintomas depressivos.

Indivíduos que têm uma autopercepção de saúde de péssima a regular têm seis vezes mais chance de ter indicativos de sintomas depressivos. Não ter problema de saúde representa uma chance duas vezes menor de apresentar indicativos de sintomas depressivos. Os que apresentam indícios de abuso de álcool têm três vezes mais chances de apresentar sintomas depressivos.

Quem já fez tratamento psicológico e/ou psiquiátrico tem duas vezes mais chance de ter indicativos de sintomas depressivos. Já os que fazem tratamento atualmente têm quatro vezes mais chance de ter sintomas depressivos. Os indivíduos que pontuaram para depressão grave e moderada têm duas vezes mais chances de obter pontuação indicativa de hipomania no HCL-32.

Dados apresentados na Tabela 2:

Tabela 2 – Sintomas depressivos na população universitária

Variável	RR bruto (IC)	p-valor	RR ajustado (IC)	p-valor
Sexo				
	Feminino	Referência		
	Masculino	0,98 (0,81 a 1,19)	0,856	

Idade		0,014		0,024
Até 20 anos	Referência		Referência	
De 21 a 23 anos	1,04 (0,85 a 1,27)	0,723	1,02 (0,83 a 1,25)	0,874
De 24 a 29 anos	0,79 (0,58 a 1,09)	0,150	0,81 (0,59 a 1,11)	0,183
30 anos ou mais	0,64 (0,42 a 0,96)	0,031	0,66 (0,44 a 0,99)	0,045
Estado Civil				
Casado ou união estável	Referência		Referência	
Não casados	1,32 (0,93 a 1,85)	0,116	1,14 (0,79 a 1,66)	0,479
Escolaridade (anos de estudo)		0,234		
Até 13 anos	Referência			
14 ou 15 anos	0,97 (0,78 a 1,20)	0,764		
16 anos ou mais	0,86 (0,67 a 1,10)	0,225		
Trabalho				
Não	Referência			
Sim	0,97 (0,80 a 1,19)	0,785		
Classe socioeconômica		0,126		0,149
E, D ou C	Referência		Referência	
B2	0,89 (0,72 a 1,11)	0,298	0,90 (0,73 a 1,12)	0,350
B1 e A2	0,81 (0,69 a 1,10)	0,182	0,82 (0,61 a 1,11)	0,203
Tem religião				
Não	Referência		Referência	
Sim	0,81 (0,66 a 0,99)	0,038	0,82 (0,67 a 1,01)	0,057
Prática da religião no último mês		0,046		

Nunca vou	Referência	
Fui uma vez	0,96 (0,76 a 1,21)	0,764

Fui duas vezes ou mais	0,75 (0,57 a 0,98)	0,038
------------------------	--------------------	-------

Prática de exercícios físicos

Inativo ou exercício irregular	1,10 (0,90 a 1,34)	0,353
--------------------------------	--------------------	-------

Exercício regular	Referência	0,881
-------------------	-------------------	-------

Percepção de saúde

Péssima a regular	1,00 (0,76 a 1,31)	0,997
-------------------	--------------------	-------

Boa	0,92 (0,72 a 1,19)	0,541
-----	--------------------	-------

Ótima	Referência	
-------	-------------------	--

Indicativo de alcoolismo

Não	Referência		Referência	
Sim	1,42 (1,04 a 1,94)	0,027	1,36 (0,99 a 1,87)	0,056

Problema de saúde

Não	1,00 (0,76 a 1,30)	0,972
-----	--------------------	-------

Sim	Referência	
-----	-------------------	--

Internação psiquiátrica

Não	Referência	
Sim	1,44 (0,72 a 2,90)	0,306

Uso de medicação atual

Não	Referência	
Sim	0,94 (0,75 a 1,19)	0,612

**Tratamento
psiquiátrico ou
psicológico**

	Referência	
Não		
Sim, mas não faço atualmente	1,11 (0,90 a 1,36)	0,330
Sim e faço atualmente	0,89 (0,61 a 1,30)	0,547

Tabagismo

	Referência	
Não, nunca fumei		
Não. Fumei no passado, mas parei de fumar.	0,77 (0,55 a 1,08)	0,129
Sim.	1,10 (0,81 a 1,48)	0,543

Utilizando a regressão de Poisson para pontuar indicativos de hipomania, observou-se que ter 30 anos ou mais foi identificado como fator protetor. Ter religião representa uma tendência de proteção para indicativos de sintomas de hipomania ($p=0,057$). Ter freqüentado alguma prática religiosa no último mês mais de duas vezes mostrou-se significativo ($p=0,038$) para não apresentar indicativos de hipomania.

Para verificarem-se indicativos de alcoolismo utilizou-se o questionário CAGE (acrônimo referente às suas quatro perguntas- *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*), que segundo Da Paz Filho e colaboradores (2001) é um instrumento de fácil aplicação e boa sensibilidade. Observou-se uma associação importante ($p= 0,005$) entre indicativos de alcoolismo e sintomas depressivos.

Na Tabela 3, estes resultados aparecem detalhadamente:

Tabela 3 – Indicativos de sintomas hipomaníacos na população universitária

Variável	RR bruto (ic)	p-valor	RR ajustado (ic)	p-valor
NÍVEL 1				
Sexo				
Feminino	1,84 (1,13 a 2,98)	0,014	1,95 (1,19 a 3,19)	0,008
Masculino	Referência		Referência	
Idade				
Até 20 anos	Referência			
De 21 a 23 anos	1,01 (0,59 a 1,76)	0,960		
De 24 a 29 anos	0,93 (0,44 a 1,97)	0,836		
30 anos ou mais	1,06 (0,48 a 2,33)	0,886		
Estado civil				
Casado ou união estável	0,78 (0,35 a 1,74)	0,540		
Não casados	Referência			
Escolaridade, em anos de estudo				
Até 13 anos	Referência			
14 ou 15 anos	0,64 (0,36 a 1,11)	0,111		
16 anos ou mais	0,77 (0,43 a 1,39)	0,390		
Trabalho				
Não	0,84 (0,49 a 1,42)	0,507		
Sim	Referência			
Classe socioeconômica		0,151		0,190

E, D ou C	Referência		Referência	
B2	2,54 (0,99 a 6,53)	0,052	2,42 (0,93 a 6,24)	0,069
B1 e A2	2,22 (0,83 a 5,99)	0,114	2,17 (0,80 a 5,87)	0,129
Tem religião				
Não	1,84 (1,11 a 3,05)	0,018	1,96 (1,17 a 3,28)	0,010
Sim	Referência		Referência	
NÍVEL 2				
Prática da religião no último mês		0,758		
Nunca vou	Referência			
Fui uma vez	0,94 (0,50 a 1,77)	0,848		
Fui duas vezes ou mais	1,21 (0,68 a 2,16)	0,522		
Prática de exercícios físicos				
Inativo ou exercício irregular	1,87 (1,01 a 3,48)	0,047	1,19 (0,60 a 2,36)	0,623
Exercício regular	Referência		Referência	
Percepção de saúde		0,000		0,000
Péssima a regular	8,71 (3,91 a 19,40)	0,000	5,86 (2,53 a 13,58)	0,000
Boa	2,31 (1,04 a 5,11)	0,040	1,81 (0,80 a 4,11)	0,156
Ótima	Referência		Referência	

Indicativo de alcoolismo

Não	Referência		Referência	
Sim	3,36 (1,64 a 6,89)	0,001	3,18 (1,43 a 7,08)	0,005

Problema de saúde

Não	2,84 (1,62 a 4,94)	0,000	1,94 (1,06 a 3,58)	0,033
Sim	Referência		Referência	

Internação psiquiátrica

Não	Referência			
Sim	1,34 (0,17 a 10,85)	0,785		

Uso de medicação atual

Não	Referência		Referência	
Sim	2,12 (1,26 a 3,55)	0,005	0,84 (0,43 a 1,63)	0,606

Tratamento psiquiátrico ou psicológico

Não	Referência		Referência	
Sim, mas não faço atualmente	2,78 (1,60 a 4,81)	0,000	2,07 (1,14 a 3,74)	0,017
Sim e faço atualmente	5,09 (2,55 a 10,17)	0,000	4,28 (2,01 a 9,11)	0,000

Tabagismo

Não, nunca fumei	Referência	0,117	Referência	0,970
Não. Fumei no	1,79 (0,93 a	0,080	1,10 (0,53 a	0,807

passado, mas parei de fumar.	3,43)		2,29)	
Sim.	1,67 (0,81 a 3,44)	0,162	1,03 (0,46 a 2,31)	0,942

NIVEL 3

HCL-32

Sem indicativo de hipomania	Referência		Referência	
Com indicativo de hipomania	2,21 (1,35 a 3,64)	0,002	2,20 (1,27 a 3,80)	0,005

Considerações Finais

A partir dos achados desta população universitária, verificou-se a necessidade de investigar e confirmar o diagnóstico de transtorno de humor e outras comorbidades relacionadas aos sintomas do humor encontrados. Percebeu-se a importância da continuidade deste estudo para poderem ser estruturadas estratégias de intervenção e prevenção em tal população.

Identificou-se, também, a importância de estudos populacionais para a caracterização de determinada população. Associar uma entrevista diagnóstica descritiva, como a SCID-IV ou a MINI, pode favorecer dados mais aprofundados e definitivos. Apenas com a descrição da amostra, já é possível obter dados fundamentais para a organização de programas específicos para prevenção de abuso de álcool, por exemplo.

Verificou-se, através das aplicações, que a palavra “alto”, referência aos estados de hipomania e mania, no HCL-32, é de difícil compreensão para a população não-clínica. Apesar de ter-se dado muita atenção na conceitualização deste construto (incluindo uma ficha com tal descrição), o que se observou é que ele é confundido frequentemente com as

expressões “estar para cima” ou “de bem com a vida”. Considera-se importante a realização de mais estudos para confirmar esta observação e, se necessário, realizar uma adaptação da escala., pois, mesmo após confecção e entrega da ficha com definição de “alto”, percebeu-se dificuldades de compreensão.

É de fundamental importância o aperfeiçoamento de instrumentos de avaliação de sintomas para haver maior acurácia na identificação destes. Com isto, podem-se prevenir conseqüências graves, como incapacitação social e suicídio, em populações jovens, reduzindo a repercussão de tais problemas na vida adulta do indivíduo e de seus familiares (Zinn-Souza et al., 2007).

Observaram-se tais sintomas no período universitário, época em que a pessoa está começando sua vida afetiva e laboral, pode-se aumentar as possibilidades de evitar o agravamento na vida adulta (Falla & Ferrand, 2006; Jatobá & Bastos, 2007; Bayram & Bilgel, 2008). Segundo Zinn-Souza e colaboradores (2007), a prevalência de depressão em adolescentes, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, é de 10,2% – taxa mais alta que a da maioria das outras capitais do país. Ressalta-se, também, a importância desta detecção para um melhor prognóstico para a vida de tais jovens.

Salienta-se, conforme relatam alguns estudos (Falla & Ferrand, 2007; Adewuya, 2006), que quanto mais informação o indivíduo tem e recebe dos pais, menos sintomas depressivos são verificados. Isto demonstra a importância de informação sobre sintomas de transtornos mentais e, principalmente, do humor.

Da mesma forma, constata-se a importância do esclarecimento do corpo docente sobre a importância da pesquisa a respeito de sintomas mentais, para auxílio na detecção e participação em estratégias de prevenção. Indica-se, ainda, a dificuldade inter-relacional (Angst et al., 2005b), ocasionada por tais sintomas, que pode se refletir diretamente na sala de aula, prejudicando colegas e professores na colaboração para aprendizagem.

A formulação de materiais educativos, tanto para discentes quanto para docentes, é fundamental, podendo auxiliar no trato e no diagnóstico destes. Enfim, percebeu-se a necessidade de um olhar específico a esta população, que se mostrou vulnerável à sintomatologia do humor.

Referências

- Adewuya, A. O. (2006). Prevalence of major depressive disorder in Nigerian college students with alcohol-related problems. *General Hospital Psychiatry*, 28, 169-173.
- Adewuya, A. O., Ola, B. A., Aloba, O. O., Mapayi, B. M. & Oginni, O. O. (2006). Depression amongst Nigerian university students: prevalence and sociodemographic correlates. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 41, 674-678.
- Akiskal, H. S., Bourgeois, M. L., Angst, J., Post, R., Moller, H. & Hirschfeld, R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 1 (Suppl 59): S5-S30.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 Ed (DSM-IV) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angst, J., Adolfsson, R., Bennazi, F., Gamma, A., Hantouche, E. et al. (2005a). The HCL-32: a self –assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 88, 217-233.
- Angst, J., Gamma, A., Neuenschwander, M., Ajdacic-Gross, V., Eich, D., Rössler, W. et al. (2005b). Prevalence of mental disorders in the Zurich cohort study: a twenty year prospective study. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14, 68-76.
- Bayram, N. & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 43, 667-672.
- Beck, A.T. (1996). *Beck Depression Inventory-II*, Psychological Corporation, San Antonio, TX.
- Benazzi F. & Akiskal H. S. (2007). How best to indentify a bipolar-related subtype among major depressive patients without spontaneous hypomania: Superiority of age at onset criterion over recurrence and polarity? *Journal of Affective Disorders*, 107 (1-3), 77-88.

- Cavestro, J. M. & Rocha, F. L. (2006). Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55 (4), 264-267.
- Calabrese, J. R., Hirschfeld, R., Reed, M., Davies, M. A., Frye, M. A., Keck Jr, P. E. et al. (2003). Impact of bipolar disorder on a US community sample. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (4), 425-432.
- Chandler, R. A., Wang, P. W., Ketter, T. A. & Goodwin, G. M. (2008). A new US-UK diagnostic project: mood elevation and depression in first-year undergraduates at Oxford and Stanford universities (brief communication). *Acta Psychiatry Scandinavia*, 118, 81-85.
- Da Paz Filho, G.J., Sato, L.J., Tuleski, L.J., Takata, S.Y., Ranzi, C.C.C., Saruhashi, S.Y. & Spadoni, B. (2001). Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 47 (1): 65-9.
- Dunner, D. L. (2003). Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. *Bipolar Disorders*, 5, 456-463.
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E. & Hefner, J. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (4), 534-542.
- Falla, P. M. G. & Ferrand, P. A. S. (2006). Prevalência de sintomatologia depressiva: en una población de la universidad militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia. *Revista Facultad Medicina Universidad Nacional Colombia*, 54 (2), 76-85.
- Ghaemi, S. N., Boiman, E. E. & Goodwin, F. K. (2000). Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 804-808.

- Goodwin, F. K. & Jamison, K. R. (2007). *Manic-Depressive Illness*. New York. Oxford University Press.
- Hirschfeld, R. M. A., Calabrese, J. R., Weissman, M. M., Reed, M., Davies, M. A., Frye, M. A. et al. (2003). Screening for bipolar disorder in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 53-59.
- Jatobá, J. D. V. N. & Bastos, O. (2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (3), 171-179.
- Kunz, M., Gomes, F. A., Gazalle, F. K., Dias, V. V. & Del Porto, J. A. (2009). Fenomenologia do transtorno bipolar: Nomenclatura e curso da doença. In: Kapcinski, F. & Quevedo, J. *Transtorno Bipolar: Teoria e Clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Rózsa, S., Rihmer, Z., Gonda, X., Szili, I., Rihmer, A., Kö, N., Németh, A., Pestalicy, P., Bagdy, G., Alhassoon, O., Akiskal, K. K. & Akiskal, H. S. (2008). A study of affective temperaments in Hungary: International consistency and concurrent validity of the TEMPS-A against the TCI and NEO-PI-R. *Journal of Affective Disorders*, 106, 45- 53.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação Internacional de Doenças*, 10ª Ed.
- Stephoe, A., Tsuda, A., Tanaka, Y. & Waedle, J. (2007). Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14 (2), 97-107.
- Suppes, T., Leverich, G. S., Keck, P. E., Nolen, W. A., Denicoff, K. D., Altshuler, L. L. et al. (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network II. Demographic and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of Affective Disorders*, 67, 45-69.
- Wang, Y. W. & Demétrio, F. N. (2005). Evolução da dicotomia unipolar/ bipolar. In: Moreno, R. A. & Moreno, D. H. *Da Psicose Maníaco-Depressiva ao Espectro Bipolar* (pp. 47-84). São Paulo: Segmento Farma.

Zinn-Souza, L. C., Nagai, R., Teixeira, L. R., Latorre, M. R. D. O. , Roberts, R., Cooper, S.P. & Fischer, F.M. (2008). Fatores associados a sintomas depressivos em estudante do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 42 (1), 34-40.

CAPÍTULO IV

Considerações Finais

A relevância de estudos epidemiológicos é, fundamentalmente, poder fornecer dados como magnitude, distribuição da doença na população e principais fatores associados à doença (Magalhães & Pinheiro, 2009). Para Lima, Tassi, Novo e Mari (2005), o delineamento e os instrumentos utilizados, neste tipo de estudo, são de suma importância, além da definição de local, período e população que a amostra representará.

Ainda, segundo Magalhães e Pinheiro (2009) o ideal para diagnósticos são as entrevistas estruturadas com critérios bem definidos, apesar de estas serem mais suscetíveis ao viés do entrevistador. Apesar disso, pela facilidade da aplicação e necessidade de aperfeiçoamento dos instrumentos de auto-relato, estes são os mais utilizados em estudos com grandes amostras. Perde-se por um lado, mas se ganha por outro.

Levando em conta tais critérios, delineou-se um estudo com dois instrumentos de auto-relato, a fim de avaliar os sintomas do humor. Organizou-se uma ficha de dados sociodemográficos completos para a identificação do maior número de fatores associados possíveis, além de serem definidos a população e o período de tempo que a amostra representa. Os auxiliares de pesquisa foram treinados e supervisionados semanalmente durante o processo.

Apesar de todos esses cuidados, percebeu-se, simultaneamente, a dificuldade e a importância desse tipo de estudo. Os obstáculos encontravam-se, principalmente, na uniformização das aplicações, definições de instrumentos e variáveis para a ficha sociodemográfica. A importância se deve ao fato de que apenas com a análise descritiva das variáveis é possível caracterizar a população e conhecer indicativos de problemas, como o abuso de álcool.

No estudo da população universitária, encontraram-se dados semelhantes aos achados da literatura mundial, o que nos faz pensar que os fatores associados aos episódios hipomaníacos são fatores universais, como trouxeram Lima e colaboradores (2005), independentes do local e do período de realização do estudo.

Ser do sexo feminino apareceu como um fator associado a sintomas depressivos, e não a sintomas hipomaníacos, tanto neste estudo como em muitos outros (Falla & Ferrand, 2006; Adewuya, Ola, Aloba, Mapayi & Oginni, 2006; Mikolajczyk et al., 2008). Tal vulnerabilidade aumenta, proporcionalmente a indivíduos mais jovens, quando diz respeito principalmente a indicativos de sintomas hipomaníacos (Chandler, Wang, Ketter & Goodwin, 2008; Steptoe, Tsuda, Tanaka & Waedle, 2007; Zinn-Souza et al., 2005).

O abuso de álcool, apontado por alguns autores (Adewuya et al., 2006; Adewuya, 2006; Falla & Ferrand, 2006) como fator associado a sintomas depressivos foi encontrada com significância estatística ($p= 0.005$) na população universitária. Com os indicativos de sintomas hipomaníacos apresentou uma tendência a estar associado, sem apresentar significância estatística. Dentro desta mesma categoria de sintomas, o uso de tabaco, o qual apareceu como fator associado nos estudos de Saddichha e Khess (2007) e Adewuya e colaboradores (2006), não apresentou associação significativa nesta população. Tal fenômeno pode ser explicado de duas maneiras: a população desta universidade tem poucos indivíduos que usam tabaco (apenas 9,9% afirmam usar); o uso de tabaco aparece mais prevalente em populações com menor poder aquisitivo (Adewuya et al., 2006) e a maioria dos indivíduos desta população pertence a uma classe social mais elevada (classe E – 0,2%).

Ainda encontrou-se uma relação entre a autopercepção de bem-estar e saúde com indicativos de depressão, como encontrada em outros estudos, como o de Zinn-Souza e colaboradores (2005). Na população estudada, tal associação teve uma significativa relação ($p= 0,00$); os indivíduos que têm a percepção de uma saúde pior apresentam maior proporção

de indicativo de elevada sintomatologia depressiva. Já com a hipomania esta associação não foi significativa.

Constatou-se associação entre outros fatores que caracterizavam esta população. A religiosidade demonstrou-se um fator protetor para sintomas do humor. A prática de algum ritual religioso, nas duas últimas semanas, foi vista como o fator mais fortemente associado com sintomas depressivos e quase com sintomas hipomaniacos. Confirmando a tendência de religião como protetora para apresentação de sintomas.

A prática de exercícios físicos também foi vista como uma tendência para a diminuição de sintomas depressivos. Contudo, controlando-se para sexo, classe e ter religião, tal associação não se manteve estatisticamente significativa.

O nível socioeconômico da população interfere na presença de sintomatologia depressiva de acordo com a literatura, quanto menor o poder aquisitivo e a independência financeira, mais os sintomas depressivos estão presentes (Adewuya et al., 2006; Mikolajczyk et al., 2008). Este dado não se confirmou na população universitária. Provavelmente pela falta de variação encontrada entre a classe social dos alunos.

Por fim, ter feito ou fazer terapia apresenta uma importante associação com a presença de sintomas depressivos (respectivamente, $p= 0,017$ e $p= 0,00$). Ter algum problema de saúde representa uma maior chance de sintomas depressivos ($p= 0,033$). Podendo inferir-se que indivíduos com sintomas depressivos procuram ajuda devido à intensidade do sofrimento causada por tais sintomas.

Em relação à prevalência de sintomas do espectro bipolar, há uma semelhança com a literatura mundial. Levando em conta quem apresentou sintomas depressivos e já teve algum “alto” ou período hipomaniaco, chega-se à estimativa de 4,5%, semelhante à descrita em estudos mundialmente reconhecidos – como os de Judd e Akiskal (2003) e Hirschfeld e colaboradores (2003), os quais apontam uma prevalência entre 3,7 e 6,4%.

Por fim, é importante ressaltar algumas necessidades percebidas a partir do estudo:

- Novas pesquisas: constatou-se a importância de cada vez mais caracterizar a população para melhor planejar intervenções e estratégias preventivas. Seria de grande valia ter este mesmo estudo com a população de todo o município;
- Reavaliação da população: a partir das dificuldades encontradas, principalmente com a compreensão do HCL-32, seria fundamental reavaliar a mesma população com uma entrevista diagnóstica como ao SCID-IV, para confirmar, ou não, os dados;
- Fatores associados à incidência: observando esta população durante mais tempo, podem-se encontrar os fatores associados à incidência de tais sintomas.
- Estratégias de prevenção: levando em conta todos os dados descritos, é fundamental pensar estratégias de prevenção, tendo em vista a vulnerabilidade desta população e a presença de sintomas. Poder-se-ia começar com a realização de um manual educativo de sintomas do humor e de fácil acesso à população geral;
- Estratégias de intervenção: a partir deste levantamento, é necessário desenvolver um acompanhamento mais efetivo dos alunos e, por conseguinte, mais intervenções focadas neste público tão vulnerável;
- Preparação para professores: se confirmada tal prevalência e tendo em vista as características dos sintomas e transtornos do humor, faz-se importante que o professor tenha estratégias de detecção e manejo para lidar com tais situações.

Enfim, além de conhecer e estudar a população universitária é importante iniciar-se intervenções e estratégias para auxiliá-los neste período, que é tão importante e definitivo para a vida.

Referências

- Adewuya, A. O. (2006). Prevalence of major depressive disorder in Nigerian college students with alcohol-related problems. *General Hospital Psychiatry*, 28, 169-173.
- Adewuya, A. O., Ola, B. A., Aloba, O. O., Mapayi, B. M. & Oginni, O. O. (2006). Depression amongst Nigerian university students: prevalence and sociodemographic correlates. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 41, 674-678.
- Chandler, R. A., Wang, P. W., Ketter, T. A. & Goodwin, G. M. (2008). A new US-UK diagnostic project: mood elevation and depression in first-year undergraduates at Oxford and Stanford universities (brief communication). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 81-85.
- Falla, P. M. G. & Ferrand, P. A. S. (2006). Prevalência de sintomatología depresiva: en una población de la universidad militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia. *Revista Facultad Medicina Universidad Nacional Colombia*, 54 (2), 76-85.
- Hirschfeld, R. M. A., Calabrese, J. R., Weissman, M. M., Reed, M., Davies, M. A., Frye, M. A. et al. (2003). Screening for bipolar disorder in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 53-59.
- Judd, L. L. & Akiskal, H. S. (2003). The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *Journal of Affective Disorders*, 73 (2).
- Lima, M. S., Tassi, J., Novo, I. P. & Mari, J. J. (2005). Epidemiologia do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria clínica*, 32, 15-20.
- Magalhães, P. V. S. & Pinheiro, R. T. (2009). Epidemiologia do Transtorno Bipolar. In: Kapczinski, F., Quevedo, J. & cols. *Transtorno Bipolar: Teoria e Clínica*. Porto Alegre: Artmed.

- Mikolajczyk, R. T., Maxwell, A. E., Ansari, W. E., Naydenova, V., Ilieva, C. S. S., Dudziak, U. & Nagyova, I. (2008). Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 43, 105-112.
- Saddicha, S. & Khes, C. R. J. (2008). Prevalence of depression, stress, and anxiety among tobacco-using male college students in Ranchi and the relationship with nicotine in the body. *Journal of Affective Disorders*, 107, s53-s122.
- Steptoe, A., Tsuda, A., Tanaka, Y. & Waedle, J. (2007). Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14 (2), 97-107.
- Zinn-Souza, L. C., Nagai, R., Teixeira, L. R., Latorre, M. R. D. O. , Roberts, R., Cooper, S.P. & Fischer, F.M. (2008). Fatores associados a sintomas depressivos em estudante do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 42 (1), 34-40.

ANEXOS

Anexo 1: Aprovação da Comissão Científica da Faculdade de Psicologia



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício 1128/07-CEP

Porto Alegre, 26 de setembro de 2007.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 07/03817, intitulado: **“Adaptação do inventário de depressão de Beck-II (BDI-II) para a população brasileira”**.

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser entregues a este CEP.

Atenciosamente,

Prof Dr José Roberto Goldim
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Profa Irani de Lima Argimon
N/Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

Anexo 2: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Faculdade de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Ofício 057-2007 – CIHJ

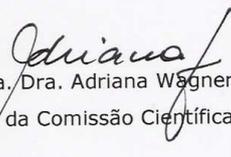
Porto Alegre, 6 de Novembro de 2007

Senhor(a) Pesquisador(a)

A Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo intitulado **“Prevalência de transtorno de humor população universitária de uma universidade privada do município de Porto Alegre”**.

Sua investigação está autorizada a partir da presente data, sem a necessidade de passar pelo Comitê de Ética, devido características específicas da pesquisa, e estar vinculada a um projeto maior previamente aprovado no Comitê de Ética da PUC-RS.

Atenciosamente


Prof.ª Dra. Adriana Wagner

Coordenadora da Comissão Científica da FAPSI

Ilmo(a) Sr(a)

Prof.ª Dra. **Irani Iracema de Lima Argimon** e Mestranda **Ângela Leggerini de Figueiredo**

Faculdade de Psicologia

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6681 – P. 11- 9º andar – CEP 90619-900
Porto Alegre – RS – Brasil
Fone: (51) 3320-3500 – Fax (51) 3320 – 3633
E-mail: psicologia-pg@pucrs.br
www.pucrs.br/psipos

Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos solicitando sua autorização para que você possa participar da presente pesquisa, que tem como principal objetivo estimar a prevalência do espectro bipolar nos universitários da PUC/RS e criar subsídios para adaptação à nossa realidade de instrumento de avaliação de sinais e/ou sintomas psicopatológicos de depressão e de apreciação de sua gravidade. Tal estudo prevê a participação de pessoas com idade mínima de 17 anos. Essa atividade levará aproximadamente 30 minutos, sob a coordenação da psicóloga responsável pelo estudo. Os dados obtidos através desses instrumentos serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição da pesquisadora responsável pelo estudo. É seu direito retirar-se da pesquisa quando quiser, sem que isto implique qualquer prejuízo a sua pessoa. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a). Eu, _____ (nome do participante) fui informado dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvido (a), do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento através do telefone (51) 33203633 - sub-ramal 7739, da Professora Dra. Irani de Lima Argimon, orientadora responsável desta pesquisa. O telefone do Comitê de Ética em Pesquisa PUCRS é (51) 33203345.

Consinto em participar desta pesquisa e declaro ter recebido cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Participante

Local e data


Prof. Orientadora Irani Argimon

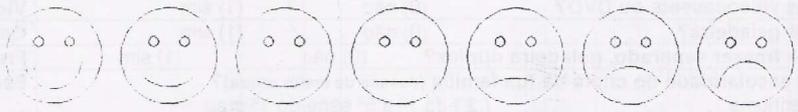
Anexo 4: Ficha de Dados Sócio-Demográficos

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia
Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital

Por favor, tente responder o melhor que puder e marque sempre a alternativa que acreditares mais adequada. Obrigado!

FICHA DE DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS Nº matrícula Questionário

Aplicador:	Data da aplicação: / /	Aplic_
Data Nascimento: / /	Idade (em anos completos):	Datanasc_
Sexo: (1) Feminino (2) Masculino		Sexo_
Estado Civil: (1) Casado (2) União estável (3) Solteiro (4) Viúvo (5) Separado (6) Divorciado (7) Outro. Qual?		Estciv_
Se teu estado civil for casado ou união estável, como tu avalias tua relação? (0) Péssima (1) Ruim (2) Regular (3) Boa (4) Ótima (88) Não se aplica		Avrel_
Qual semestre tu estás? semestre		Semes_
Desde a 1ª série do 1º grau, há quantos anos estás estudando? anos		Anosest_
NOS ÚLTIMOS 12 MESES, realizaste trabalho remunerado? (0) Não (1) Sim		Trab_
Se sim, há quanto tempo tu trabalhas? MESES		Temptra_
Tu tens televisão colorida em casa? (0) não (1) sim Quantos?		Tvs_
Tu tens rádio em casa? (0) não (1) sim Quantos?		Radio_
Tu tens banheiro na tua casa? (0) não (1) sim Quantos?		Banheir_
Tu tens carro? (0) não (1) sim Quantos?		Carro_
Tu tens empregada doméstica mensalista? (0) não (1) sim Quantos?		Empreg_
Tu tens aspirador de pó? (0) não (1) sim		Aspipo_
Tu tens máquina de lavar roupa? (0) não (1) sim		Maqlav_
Tu tens videocassete ou DVD? (0) não (1) sim		Vidvd_
Tu tens geladeira? (0) não (1) sim		Gelad_
Tu tens freezer separado, geladeira duplex? (0) não (1) sim		Freez_
Qual a escolaridade do chefe da tua família (pessoa de maior renda)? (1) Nenhuma (2) da 1ª a 5ª série do 1º grau (3) da 6ª a 8ª série do 1º grau (4) 2º grau incompleto (5) 2º Completo (6) Curso Superior incompleto (7) Curso Superior completo (8) Pós-graduação		Eschef_
Tu realizas estágio obrigatório ou não obrigatório (curricular e/ou extra-curricular)? (0) não (1) sim		Estag_
Tu tens religião? (0) Não (1) Sim		Relig_
NOS ÚLTIMO MÊS, com que frequência tu foste a alguma atividade religiosa (missa, culto, reunião ou sessão na tua religião)? (0) nunca vou (1) fui uma vez (2) duas vezes (3) de três a seis vezes (4) de sete a 10 vezes (5) de 11 a 20 vezes (6) mais de 21 vezes		Freqmis_
NOS ÚLTIMOS 12 MESES, tu realizaste as atividades de lazer (sem ter compromisso) abaixo?		Livros_
Ler livros, revistas e/ou jornais (0) Não (1) Sim		Escmusic_
Escutar música (0) Não (1) Sim		Asstv_
Assistir televisão (0) Não (1) Sim		Ircine_
Ir ao cinema (0) Não (1) Sim		Viaj_
Viajar (0) Não (1) Sim		Irfest_
Ir a festas (0) Não (1) Sim		Jogoele_
Jogar jogos eletrônicos e/ou de tabuleiros (0) Não (1) Sim		Uscomp_
Usar o computador (0) Não (1) Sim		Outratv_
Outro (0) Não (1) Sim Qual?		Qualatv_

<p>NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quantas vezes tu fizeste algum esporte, dança, jogo ou exercício físico a ponto de ficar suando ou cansado?</p> <p>(0) Nenhuma (1) Uma vez (2) Duas vezes (3) Três vezes (4) Quatro vezes (5) Cinco vezes (6) Seis vezes ou mais</p>	Exfisc _
<p>Se praticaste, em média, quanto tempo durou cada atividade?</p> <p>(0) até 10 minutos (1) de 11 a 20 minutos (2) de 21 a 30 minutos (3) de 31 a 45 minutos (4) de 46 a 60 minutos (5) de 61 a 90 minutos (6) mais de 90 minutos</p>	Tpexfis _
<p>Tu tens algum problema de saúde ou doença importante?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p>Se SIM: Qual/Quais?</p>	Probsaud _ Qpsau1 _
<p>Alguma vez na tua vida foste internado em hospital psiquiátrico?</p> <p>(0) Não (1) Sim Quantas vezes? ____ vezes</p> <p>Se SIM:</p> <p>Qual foi o diagnóstico?</p>	Inthpsi _ Qtsvez _ Qdiag1 _
<p>Atualmente, tu utilizas alguma medicação continuada (utilização de uma medicação específica durante pelo menos 3 meses – já tomou ou irá tomar)?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p>Se SIM:</p> <p>Qual nome? _____ Qual dose por dia? _____ Qual nome? _____ Qual dose por dia? _____ Qual nome? _____</p>	Atmedic _ Rem1 _ Dose1 _ Rem2 _ Dose2 _ Rem3 _ Dose3 _
<p>Alguma vez tu fizeste tratamento psicológico ou psiquiátrico?</p> <p>(0) Não (1) Sim, mas não faço atualmente (2) Sim e faço atualmente</p>	Tratpsi _
<p>No ÚLTIMO MÊS, como tu percebes a tua saúde?</p> <p>(0) Péssima (1) Ruim (2) Regular (3) Boa (4) Ótima</p>	Percaud _
<p>Marque nas caras abaixo qual representa melhor seu bem-estar no ÚLTIMO MÊS:</p> <p></p>	Beum _
<p>Tu tomas bebida alcoólica? (0) Não (1) Sim</p>	Bebalc _
<p>Alguma vez tu sentiste que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	Dimalc _
<p>As pessoas te aborrecem porque criticam o teu modo de tomar bebida alcoólica?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	Critalc _
<p>Tu te sentes chateado(a) pela maneira como tu costumás tomar bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	Chatalc _
<p>Tu costumás tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	Bebman _
<p>Tu fumas cigarros atualmente?</p> <p>(0) Não, nunca fumei. (1) Não. Fumei no passado, mas parei de fumar. (2) Sim</p>	Fumat _
<p>Em MÉDIA, no ÚLTIMO MÊS, quantos cigarros por DIA tu fumas?</p> <p>____ cigarros por dia (77) menos de 1 cigarro por dia</p>	Qtscig _

Anexo 5: Cartão de Definição de Alto

Definição de “altos” e “para cima”:

Um período distinto de humor anormal e **persistentemente** elevado, expansivo ou irritável, o qual dura todo o dia, por vários dias, não sendo somente uma reação a eventos em sua vida.

Exemplos de situações de **alto** ou para **cima**: Quando tu reages com irritação ao mínimo estímulo, isso é considerado um alto. Sentir-se no “topo” do mundo, como se não pudesse se sentir melhor, ou sentir-se “alto”, como se tivesse usado drogas sem, no entanto, tê-las usado. Se por vezes ficas eufórico sem aparente motivo que justifique.

Não é alto: Se passas no vestibular, e te sentes feliz, isso não é um alto.

Enfim, não pontue se os altos forem alegrias ou reações de irritabilidade proporcionais às situações cotidianas da vida.

Anexo 6: Escala de Auto-Avaliação de Hipomania

ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DE HIPOMANIA R1

Energia, Atividade e Humor

Em diferentes períodos durante a vida todos sentem mudanças ou oscilações em energia, atividade e humor ("altos e baixos" ou "para cima e para baixo"). O Objetivo deste questionário é o de avaliar as características dos períodos "altos" ou "para cima".

1. Antes de tudo, como você está se sentindo hoje comparando com seu estado normal?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muito pior do que o normal | <input type="checkbox"/> Um pouco melhor que o normal |
| <input type="checkbox"/> Pior que o normal | <input type="checkbox"/> Melhor que o normal |
| <input type="checkbox"/> Um pouco pior que o normal | <input type="checkbox"/> Muito melhor que o normal |
| <input type="checkbox"/> Nem pior nem melhor que o normal | |

2. Como você é normalmente, comparado com outras pessoas?

Independente de como você se sente hoje, por favor, conte-nos como você é normalmente comparado com outras pessoas, marcando qual dos seguintes itens melhor o descreve.

Comparando com outras pessoas, **meus níveis de atividade, energia e humor...**

- ... sempre são mais para estáveis e equilibrados
- ... geralmente são maiores
- ... geralmente são menores
- ... freqüentemente passo por períodos de altos e baixos

3. Por favor, tente lembrar de um período em que você esteve num estado "para cima". Como você se sentia na época?

Por favor, responda a todas estas questões, **independente do seu estado atual.**

Em tal estado:

1. Preciso de menos sono.
 Sim Não
2. Eu me sinto com mais energia e mais ativo(a).
 Sim Não
3. Fico mais autoconfiante.
 Sim Não
4. Me entusiasmo mais com meu trabalho.
 Sim Não
5. Fico mais sociável (faço mais ligações telefônicas, saio mais).
 Sim Não
6. Quero viajar ou viajo mais.
 Sim Não
7. Tenho tendência a dirigir mais rápido ou a me arriscar mais enquanto dirijo.
 Sim Não
8. Gasto mais ou gasto dinheiro demais.
 Sim Não
9. Me arrisco mais em minha vida diária (no meu trabalho e/ou outras atividades)
 Sim Não
10. Fico mais ativo(a) fisicamente (esporte, etc.).
 Sim Não
11. Planejo mais atividades e projetos.
 Sim Não
12. Tenho mais idéias, fico mais criativo(a).
 Sim Não
13. Fico menos tímido(a) ou inibido(a).
 Sim Não
14. Uso roupas/maquiagem mais coloridas e extravagantes.
 Sim Não
15. Quero me encontrar ou de fato me encontro com mais pessoas.
 Sim Não
16. Fico mais interessado(a) em sexo e/ou tenho desejo sexual aumentado.
 Sim Não
17. Paquero mais e/ou fico mais ativo(a) sexualmente.
 Sim Não
18. Falo mais.
 Sim Não

19. Penso mais rápido.

Sim Não

20. Faço mais piadas ou trocadilhos quando falo.

Sim Não

21. Eu me distraio com mais facilidade.

Sim Não

22. Eu me envolvo em muitas coisas novas.

Sim Não

23. Meus pensamentos pulam de assunto rapidamente.

Sim Não

24. Faço coisas mais rapidamente e/ou com maior facilidade.

Sim Não

25. Fico mais impaciente e/ou fico irritado(a) mais facilmente.

Sim Não

26. Posso ser cansativo(a) ou irritante para os outros.

Sim Não

27. Eu me envolvo em mais discussões e disputas.

Sim Não

28. Meu humor fica melhor, mais otimista.

Sim Não

29. Bebo mais café.

Sim Não

30. Fumo mais cigarros.

Sim Não

31. Bebo mais álcool.

Sim Não

32. Uso mais drogas (sedativos, tranqüilizantes, estimulantes, entre outros).

Sim Não

4. Impacto dos seus "altos" em vários aspectos de sua vida:

Vida familiar positivo e negativo positivo negativo

nenhum impacto

- Vida social** positivo e negativo positivo negativo
 nenhum impacto
- Trabalho** positivo e negativo positivo negativo
 nenhum impacto
- Recreação** positivo e negativo positivo negativo
 nenhum impacto

5. Reação e comentários das pessoas sobre seus "altos":

Como as pessoas próximas a você reagiram ou comentaram seus "altos"?

- Positivamente (encorajando ou apoiando)
 Neutros
 Negativamente (preocupadas, aborrecidas, irritadas, críticas)
 Positivamente e negativamente
 Nenhuma reação

6. Via de regra, qual foi a duração de seus "altos" (em média):

- 1 dia 4 - 7 dias maior que 1 mês
 2 - 3 dias maior que 1 semana não posso julgar / não sei

7. Você sentiu tais "altos" durante o último ano?

- Sim Não

8. Se **sim, por favor, calcule quantos dias você passou nestes "altos" durante os últimos doze meses.**

Levando **todos dias** em conta foram cerca de dias.

Instruções:

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, a que melhor descreva o modo como você tem se sentido nas **duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje**. Faça um círculo em volta do número (0,1,2,ou 3), correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto neste grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (Alterações no padrão de sono) e o item 18 (Alterações de apetite).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 Não me sinto triste.</p> <p>1 Eu me sinto triste grande parte do tempo.</p> <p>2 Estou triste o tempo todo.</p> <p>3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.</p>	<p>6. Sentimentos de punição</p> <p>0 Não sinto que estou sendo punido(a).</p> <p>1 Sinto que posso ser punido(a).</p> <p>2 Eu acho que serei punido(a).</p> <p>3 Sinto que estou sendo punido(a).</p>
<p>2. Pessimismo</p> <p>0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.</p> <p>1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.</p> <p>2 Não espero que as coisas dêem certo para mim.</p> <p>3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.</p>	<p>7. Auto-estima</p> <p>0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).</p> <p>1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).</p> <p>2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>3 Não gosto de mim.</p>
<p>3. Fracasso passado</p> <p>0 Não me sinto um(a) fracassado(a).</p> <p>1 Tenho fracassado mais do que deveria.</p> <p>2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos.</p> <p>3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.</p>	<p>8. Autocrítica</p> <p>0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.</p> <p>1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.</p> <p>2 Eu me critico por todos os meus erros.</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.</p>
<p>4. Perda de prazer</p> <p>0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.</p> <p>1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.</p> <p>2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.</p> <p>3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.</p>	<p>9. Pensamentos ou desejos suicidas</p> <p>0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.</p> <p>1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p>
<p>5. Sentimentos de culpa</p> <p>0 Não me sinto particularmente culpado(a).</p> <p>1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.</p> <p>2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.</p> <p>3 Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.</p>	<p>10. Choro</p> <p>0 Não choro mais do que chorava antes.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava chorar.</p> <p>2 Choro por qualquer coisinha.</p> <p>3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p>

11. Agitação

- 0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.
- 1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.
- 2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).
- 3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.

12. Perda de interesse

- 0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.
- 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.
- 2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.
- 3 É difícil me interessar por alguma coisa.

13. Indecisão

- 0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.
- 1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.
- 2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.
- 3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.

14. Desvalorização

- 0 Não me sinto sem valor.
- 1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.
- 2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.
- 3 Eu me sinto completamente sem valor.

15. Falta de energia

- 0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.
- 1 Tenho menos energia do que costumava ter.
- 2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
- 3 Não tenho energia suficiente para nada.

16. Alterações no padrão de sono

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono.
- 1a Durmo um pouco mais do que o habitual.
- 1b Durmo um pouco menos do que o habitual.
- 2a Durmo muito mais do que o habitual.
- 2b Durmo muito menos do que o habitual.
- 3a Durmo a maior parte do dia.
- 3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

17. Irritabilidade

- 0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 1 Estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.
- 3 Fico irritado(a) o tempo todo.

18. Alterações de apetite

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.
- 1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.
- 1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.
- 2a Meu apetite está muito menor do que antes.
- 2b Meu apetite está muito maior do que antes.
- 3a Não tenho nenhum apetite.
- 3b Quero comer o tempo todo.

19. Dificuldade de concentração

- 0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.
- 1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.
- 2 É muito difícil para mim manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
- 3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.

20. Cansaço ou fadiga

- 0 Não estou mais cansado(a) ou fadigado(a) do que o habitual.
- 1 Fico cansado(a) ou fadigado(a) mais facilmente do que o habitual.
- 2 Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer.
- 3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

21. Perda de interesse por sexo

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
- 1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.
- 2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Subtotal página 2

Subtotal página 1

Pontuação total

Anexo 8: Manual de Instruções do Trabalho de Campo

MANUAL DE INSTRUÇÕES DO TRABALHO DE CAMPO

1 – Recebimento de turmas, semestres, salas de aula, professores responsáveis a serem visitados bem como o número de questionários a serem aplicados.

2 – Permissão ao Professor da sala a ser entrevistada:

Apresentação: Meu nome é XXXX, sou do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS e estamos realizando um trabalho sobre aspectos da saúde da população universitária. Faço parte da equipe de entrevistadores. O estudo está sendo realizado em várias turmas de todos os cursos de graduação. **Sua turma foi sorteada para participação** e gostaria de fazer algumas perguntas **aos alunos, isto tomará cerca de 30 minutos.**

APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR AOS INFORMANTES

Seguir os passos abaixo:

- a) Apresentação: “Meu nome é XXXX, sou do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS e estamos realizando um trabalho sobre transtornos de humor na população universitária. Faço parte da equipe de entrevistadores e gostaria que vocês participassem do estudo respondendo alguns questionários”. Salientar que “é muito importante a colaboração do(a) estudante neste trabalho porque através dele poderemos ficar conhecendo mais sobre a saúde da população universitária podendo assim ajudar mais as pessoas e oferecer serviços mais adequados e de maior efetividade”. Passar e recolher consentimentos;
- b) “Para participar do estudo é necessário a assinatura de um termo de consentimento. A pesquisa não oferece riscos a saúde dos alunos, que são livre para decidir não participar ou desistir durante a aplicação. Primeiro, uma ficha de dados sócio demográficos será respondida visando coletar informações sobre o perfil do estudante. Nesta, não é necessário colocar nome, só o número de matrícula. Logo após, vamos solicitar o preenchimento de duas escalas que avaliam sintomas de humor que possam indicar alguma alteração significativa. As características perguntadas, **não** podem ser referentes a uma situação específica e sim a um padrão de reação ao longo da vida. Por períodos de “altos” serão entendidas aquelas situações onde espontaneamente tu te sentes mais **irritado ou eufórico sem uma relação com algum fato específico**. Qualquer dúvida estamos aqui.”
- c) Se houver recusa, anote, mas não desista antes de outra tentativa, **não** será selecionada outra pessoa em outra sala para substituir esta.

ORIENTAÇÕES GERAIS

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ. Erros no preenchimento do questionário poderão indicar que você não consultou

o manual. RELEIA O MANUAL PERIODICAMENTE. Evite confiar excessivamente na própria memória.

LEVE COM VOCÊ SEMPRE:

- Manual de instruções;
- Termos de consentimento;
- Questionários;
- Canetas.

○ Procure se apresentar de forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Não utilize roupas muito curtas ou decotadas. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar a sala de aula. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. Nem pense em fumar quando estiver fazendo contato ou entrevistando qualquer estudante. Deixe o celular desligado para não atrapalhar a entrevista.

○ Se necessário forneça o número do telefone do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (3320-3633) para que a pessoa possa ligar e confirmar suas informações.

○ **Nunca esquecer:** seja sempre gentil e educado(a), pois as pessoas não têm obrigação de responder ao questionário (elas podem inclusive gostar da aula que você interrompeu).

○ Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com a turma, trate os com respeito e atenção. **Nunca** demonstre pressa ou impaciência diante de questionamentos ou demora ao responder ao questionário.

○ **Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das perguntas (ou respostas) que se evidenciarem.** Lembre-se de que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre **o mais neutra possível** com relação às respostas.

○ É essencial que você conheça profundamente o conteúdo do questionário que vai aplicar bem como o manual do entrevistador, estando totalmente familiarizado (a) com os termos usados na entrevista, para que não haja nenhuma dúvida ou hesitação de sua parte na hora de responder a questionamentos.

○ **Nunca** influencie ou sugira respostas. Dê tempo ao entrevistado para que reflita e encontre a resposta.

○ Procure manter um diálogo aberto com os coordenadores da pesquisa, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que apareça no decorrer das aplicações. As suas sugestões são importantes no sentido de aprimorar o trabalho do grupo. **DEPENDEMOS DE VOCÊS!!!!**

○ Mantenha sempre à mão o seu Manual do Entrevistador e não tenha vergonha de consultá-lo, se necessário, durante a entrevista.

TELEFONES PARA CONTATO

Programa de Pós-Graduação em Psicologia 3320-3633

Mestrandos:

Ângela Figueiredo 9919 7739

Igor Finger 9999.3580

SALAS A SEREM VISITADAS

- ◆ O supervisor entregará semanalmente (Terças / 13hrs) os questionários, bem como o número da turma e o semestre a ser entrevistado. O professor, a disciplina, o horário e a sala também serão fornecidos pela equipe de pesquisa.
- ◆ Nunca entre em uma sala sem a permissão do(a) professor(a) responsável! Explique ao professor(a) que este trabalho diz respeito a duas dissertações de mestrado e uma tese de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

INSTRUÇÕES GERAIS PARA VERIFICAÇÃO DO PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS:

Verificar sempre se **todas as questões foram assinaladas**. Fazer isso na frente do entrevistado de forma breve. Qualquer pergunta em branco não hesite em solicitar o preenchimento ao aluno novamente.

Observe se as **letras** e **números** estão assinalados de maneira **compreensível**, sem deixar margem para dúvidas. Caso exista dúvida, pergunte ao estudante.

○ Pessoas sem condições físicas de responder ao questionário, como por exemplo, cegos, são considerados como exclusões (**não fazem parte do estudo**). Colete as informações possíveis (nome, sexo, idade, etc) destas pessoas e escreva ao lado o motivo pelo qual não puderam ser entrevistadas. Estas pessoas não podem ser confundidas com recusas ou perdas.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS

O **entrevistador** deverá preencher (Poderá ser depois da aplicação para poupar tempo de aula):

APLICADOR: Anotar seu nome.

DATA DA APLICAÇÃO: Anotar o dia do mês em que a entrevista foi executada.

QUESTIONÁRIO: ESTE QUADRADO DEVERÁ PERMANECER EM BRANCO.

O **estudante** deverá preencher: **INSTRUIR ESTUDANTES A NÃO PREENCHEREM NADA NA COLUNA A SUA DIREITA NEM O QUADRADO QUESTIONÁRIO!**

SALIENTAR QUE TODOS DEVEM PREENCHER O NÚMERO DE MATRÍCULA (se a pessoa não lembrar deixar em branco, mas anotar a sala e o curso do entrevistado)

DATA DE NASCIMENTO: Anotar a data de nascimento - Dia/Mês/Ano.

IDADE: relato da idade em anos completos. Ex: "Faço 26 amanhã". – relatar 25!

SEXO: O entrevistado deverá informar seu sexo – masculino ou feminino.

ESTADO CIVIL: preencher o mais adequado à situação. União estável, legalmente, se refere a dois meses morando na mesma residência.

QUAL SEMESTRE TU ESTÁS?: Semestre predominante – semestre que faz mais disciplinas ou a critério do entrevistado.

DESDE A 1ª SÉRIE DO 1º GRAU, HÁ QUANTOS ANOS ESTÁS ESTUDANDO?: Contar desde que a 1ª série do 1º grau quantos anos a pessoa estudou. Em caso de reprovação, contar o ano repetido (Ex: caso pessoa tenha "rodado" na primeira séria e estudou até a

segunda, contar 3 anos.). Em caso de interrupção de estudos não contar anos “parados”.
Ex: pessoa completou o 2º grau e cinco anos depois começou a faculdade – não contar estes 5 anos (mesmo que estudasse em pré-vestibular). A realização de outros cursos universitários ou técnicos contam! Mesmo que a pessoa não tenha concluído.

NOS ÚLTIMOS 12 MESES, REALIZASTE TRABALHO REMUNERADO?: Caso a aplicação seja em Abril - o estudante deverá relatar se desde Abril de 2007 realizou trabalho remunerado (em troca de dinheiro - qualquer valor).

SE SIM, HÁ QUANTO TEMPO TU TRABALHAS? _____ MESES: Quem não trabalhou marcar 0. Ressaltar que são meses.

NA TUA CASA TEM:

Anotar quantos itens têm na casa: (**cuidar para não confundir a quantidade de itens = (0), (1), (2), (3), (4 ou +) com a pontuação da codificação!!!**)

- TELEVISÃO EM CORES
- RÁDIO
- BANHEIRO
- AUTOMÓVEL
- EMPREGADA MENSALISTA
- ASPIRADOR DE PÓ
- MÁQUINA DE LAVAR
- VÍDEO CASSETE E/OU DVD
- GELADEIRA
- FREEZER (APARELHO INDEPENDENTE OU PARTE DA GELADEIRA DUPLEX)

QUAL A ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA (= pessoa de maior renda)?

REALIZA ESTÁGIO: seja remunerado ou não.

RELIGIÃO: Qualquer religião!

PRÁTICA RELIGIOSA: qualquer atividade! Não necessariamente precisam ter marcado que tem religião! Qualquer atividade espiritual pode ser considerada prática religiosa!

ATIVIDADES DE LAZER: Ter praticado nos últimos 12 meses, pelo menos uma vez, alguma das atividades apontadas como forma de lazer (entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se). Não vale a trabalho ou outro compromisso!

ATIVIDADES FÍSICAS (2 questões): Referente aos últimos 7 dias!! Exemplo: Faz academia duas vezes por semana e caminha duas vezes por semana. A média será o tempo somando de todas as quatro atividades dividido por 4.

PROBLEMA DE SAÚDE: Ex: Diabetes, Hipertensão, etc...

HOSPITALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA: Se a pessoa já foi internada por dificuldades emocionais/”problema dos nervos”.

MEDICAÇÃO: Utilização de medicação por pelo menos três meses. Tanto durante como no início do tratamento. Pessoa que esteja tomando medicação ou irá tomar por pelo menos 3 meses.

TRATAMENTO: Se refere a psicoterapia – de qualquer referencial teórico!

PERCEPÇÃO DE SAÚDE: Se refere a auto-percepção da saúde da pessoa durante o último mês.

BEM-ESTAR: Diz respeito a como a pessoa se sentiu no último mês – seu “grau de felicidade”.

CAGE (Questões sobre álcool): São perguntas sobre o costume de ingestão de bebidas alcoólicas e suas conseqüências. Aluno deve preencher todas! Mesmo que na primeira pergunta a resposta seja negativa.

FUMO (2 questões): A primeira trata sobre a situação do aluno em relação ao consumo de tabaco. Se a pessoa parou de fumar um dia antes de responder o questionário deve assinalar ex-fumante! Contudo, na questão seguinte deve relatar quantos cigarros em média a pessoa fumou por dia no último mês. “Tradução” da segunda pergunta: *No mês passado, mais ou menos quantos cigarros tu fumou por dia?*

CODIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

- ◆ Todas as respostas devem ser registradas no corpo do questionário. Nunca registrar direto as respostas na coluna da direita. Sempre que o espaço definido para a resposta for insuficiente utilizar também as margens da folha. Não anote nada na coluna da direita. Este espaço está reservado somente para a codificação.
- ◆ No final do dia de trabalho, aproveite para revisar seus questionários já aplicados e faça a codificação das questões utilizando a coluna da direita do formulário. Codifique apenas as questões “fechadas”, isto é, aquelas cujas respostas são do tipo múltipla escolha e quando não tiver dúvida quanto a que código usar. Caso tenha dúvidas, deixe a questão em branco. As questões abertas – aquelas que deverão ter sido respondidas por extenso – serão codificadas posteriormente.

ATENÇÃO: Não deixe respostas em branco. Aplique os códigos especiais:

➤ **IGNORADA (IGN):**

Quando o informante não assinalou resposta. Antes de aceitar uma resposta como **ignorada** (código 9, 99, 999, ...), deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Por **exemplo**, se a pessoa marcou que não trabalhou de forma remunerada nos últimos 12 meses e deixou a questão tempo de trabalho em branco – assinalar 00 e não 99 na questão.

Se não houver resposta clara (e o entrevistador não tenha percebido no momento da entrega), anotar por extenso e discutir com o supervisor.

Lembre-se: uma resposta não coletada é uma resposta perdida. **TENHA O CUIDADO PARA NÃO INDUZIR UMA RESPOSTA NA CODIFICAÇÃO.**

RESUMO DOS PROCEDIMENTOS

Reunião terça e entrega do material;

Falar com o professor no dia, disciplina e horário agendado;

Explicar para a turma a pesquisa;

Entrega da ficha sócio-demográfica;

Alunos preenchem com aplicativos disponíveis para dúvidas;

Todos responderam - vira-se a ficha na classe do aluno;

Explicação e entrega da HCL-32;

Alunos preenchem com aplicativos disponíveis para dúvidas;

Todos responderam - vira-se a escala na classe do aluno;

Explicação e entrega do BDI II;

Todos responderam – recolhimento dos questionários e verificação dos preenchimentos;

No final do dia, codificação das repostas;

Terça entrega dos questionários.

ESCALAS – PONTUAÇÕES E CORREÇÕES:

As escalas de humor (HCL-32, BDI II e BDRS) serão pontuadas e corrigidas pela equipe de pesquisa posteriormente assim como os encaminhamentos àqueles com escores acima dos pontos de corte.

Anexo 9: Carta ao Centro de Atendimento ao Aluno

Senhora Coordenadora:

Durante o ano de 2008, dois estudos com o objetivo de avaliar os sintomas do humor nos estudantes universitários do campus central da PUCRS foram realizados. É procedimento ético desses estudos oferecer reavaliação e encaminhamento dos alunos que forem avaliados com intensidade grave dos sintomas. Da população universitária, 907 alunos participaram de forma livre e esclarecida. Destes, 23 obtiveram pontuação no Inventário de Depressão de Beck - II que indica intensidade grave de sintomas depressivos. A lista dos 23 alunos é a seguinte (em alguns casos só temos o número de matrícula):

Tiramos o nome dos alunos por razões éticas.

Para respeitar os procedimentos éticos, venho solicitar a este Centro que, através de contato com pró-reitorias e GTIT, disponibilize-me os e-mails desses alunos a fim de que possamos entrar em contato com eles e marcar uma reavaliação com possibilidade de encaminhamento dos casos para clínicas-escolas, como o SAPP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Irani Iracema de Lima Argimon
Coordenadora do Grupo Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital

Anexo 10: Carta aos alunos

"Olá, Nome do Aluno:

No dia XX/XX/XX, durante o período de aula, você aceitou participar de uma pesquisa de Avaliação de Humor em universitários. Para dar continuidade ao processo do estudo, convidamos-lhe para uma rápida reunião em que devolveremos os resultados da sua primeira avaliação e realizaremos uma reavaliação com um dos instrumentos utilizados (o Inventário de Depressão de Beck - II).

Desta forma, solicitamos que entre em contato conosco pelo telefone (51) 9999-3580 (Igor) até o dia XX/XX para marcarmos esta rápida participação (em torno de 10min).

Agradecendo sua atenção, despedimo-nos desejando-lhe uma boa semana.

Prof. Irani Argimon, Ângela Figueiredo e Igor Finger"