

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUAN DINIZ PESSOA

INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS APLICADOS A PACIENTES COM
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: UMA *OVERVIEW* DE REVISÕES
SISTEMÁTICAS E *SCOPING REVIEW* DA LITERATURA

JOÃO PESSOA

2024

LUAN DINIZ PESSOA

INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS APLICADOS A PACIENTES COM
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: UMA *OVERVIEW* DE REVISÕES
SISTEMÁTICAS E *SCOPING REVIEW* DA LITERATURA

Dissertação de mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica/PPGASFAR, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Carolina Melchior

Coorientadora: Profa. Dra. Walleri Christini Torelli Reis

CURITIBA

2024

Pessoa, Luan Diniz

Instrumentos psicométricos aplicados a pacientes com transtorno afetivo bipolar: uma overview de revisões sistemáticas e scoping review da literatura [recurso eletrônico] / Luan Diniz Pessoa. – Curitiba, 2023.

1 recurso online: PDF

Dissertação (mestrado) – Programa de Assistência Farmacêutica.
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2023.

Orientador: Profa. Dra. Ana Carolina Melchiors.

Coorientadora: Profa. Dra. Walleri Christini Torelli Reis.

1. Saúde mental. 2. Transtorno bipolar. 3. Psicometria. 4. Triagem. 5. Revisão. I.
Melchiors, Ana Carolina. II. Reis, Walleri Christini Torelli. III. Universidade Federal do Paraná. IV.
Título.

CDD 362.2

Josefina Aparecida Soares Guedes CRB 9/870



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ASSISTÊNCIA
FARMACÉUTICA - 42001013102P6

ATA Nº23

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE Mestrado PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

No dia dezoito de março de dois mil e vinte e quatro às 14:30 horas, na sala https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3ameeting_ODIyTEyZjMhNjBmMC00MjkwLTg5YmUiZjJIN2EzMmI5NTAz%40thread.v2/0?context=%7b%22Tid%22%3a%22c37b37a3-e9e2-42f9-bc67-4b9b738e1df0%22%2c%22Oid%22%3a%229734c60c-f85a-4da8-9267-0d357b5362c7%22%7d, Virtual pela plataforma Teams., foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa de dissertação do mestrando **LUAN DINIZ PESSOA**, intitulada: **Instrumentos Psicométricos Aplicados a Pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar: um overview de revisões sistemáticas e scoping review da literatura**, sob orientação da Profa. Dra. ANA CAROLINA MELCHORS. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: ANA CAROLINA MELCHORS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), INAJARA ROTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), ANTONIO EDUARDO MATOSO MENDES (null), ASTRID WIENS SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela APROVAÇÃO. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga de título de mestre está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, ANA CAROLINA MELCHORS, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

CURITIBA, 18 de Março de 2024.

Assinatura Eletrônica
18/04/2024 18:59:39.0
ANA CAROLINA MELCHORS
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
09/04/2024 10:22:59.0
INAJARA ROTA
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
20/04/2024 11:09:08.0
ANTONIO EDUARDO MATOSO MENDES
Avaliador Externo (null)

Assinatura Eletrônica
09/04/2024 11:55:50.0
ASTRID WIENS SOUZA
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA - 42001013102P6

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **LUAN DINIZ PESSOA** intitulada: **Instrumentos Psicométricos Aplicados a Pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar: uma overview de revisões sistemáticas e scoping review da literatura**, sob orientação da Profa. Dra. ANA CAROLINA MELCHORS, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 18 de Março de 2024.

Assinatura Eletrônica
18/04/2024 18:59:39.0
ANA CAROLINA MELCHORS
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
20/04/2024 11:09:08.0
ANTONIO EDUARDO MATOSO MENDES
Avaliador Externo (null)

Assinatura Eletrônica
09/04/2024 10:22:59.0
INAJARA ROTTA
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
09/04/2024 11:55:50.0
ASTRID WIENS SOUZA
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Este trabalho é dedicado com profundo respeito e empatia a todos os indivíduos com Transtorno Afetivo Bipolar, pessoas que além dos desafios da vida, atravessam os altos e baixos desta condição. Que este trabalho contribua de alguma forma para ampliar a compreensão, reduzir o estigma e promover caminhos de apoio mais eficazes para aqueles que enfrentam essa enfermidade. Algumas pessoas nascem com o dom de cuidar, são vocês que tornam o mundo um lugar mais agradável de se viver. Sobre pessoas que cuidam de pessoas com transtornos mentais: esse trabalho também é dedicado a vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a santíssima Trindade Pai, Filho e Espírito Santo, por sempre me guiarem por caminhos de sabedoria. Sempre me senti cuidado e protegido, até nos momentos em que eu não acreditava mais em mim, a tua voz e a tua mão me faziam perseverar e seguir.

Agradeço aos meus pais Maria de Fatima Diniz por todo amor e cuidado que a senhora sempre me deu, além de ser a minha maior incentivadora, o meu amor por você me faz superar os obstáculos da vida. A José Jorge Pessoa (*in memoriam*) um pai zeloso, que me proporcionou educação e ensinamentos fundamentais que me tornaram ser o que sou; sei que de onde estás, cuidarás de todos nós, sempre. Agradeço aos meus irmãos, Lucila, Ananerys, Joana Dark e Junior, vocês sempre estarão guardados no meu coração, o nosso elo de irmãos permanecerá para sempre.

Aos meus amigos, que sempre estiveram comigo e torceram por minha felicidade, vocês foram essenciais em toda a minha trajetória, e estarão eternizados para sempre em meu coração. A Thaynan minha amiga de perto que sempre me estendeu a mão, com você eu aprendo todos os dias sobre parceria e afeto, que você esteja sempre ao meu lado, para que possamos continuar vivendo momentos memoráveis juntos. Agradeço a Thais Telles, uma pessoa iluminada e grande amiga. Um espírito gentil, que leva alegria e felicidade para todos os seu redor. A sua amizade é um tesouro precioso, que está guardada para sempre em meu coração. A Eduardo Amorim, um rapaz gentil e querido por todos. Te agradeço por topar estar comigo nessa missão, você foi fundamental para a execução deste trabalho.

A Walleri Reis, você faz parte da minha vida e da minha história, peço aos céus todos os dias que cuidem de você. Com você eu aprendi o verdadeiro significado da palavra cuidado. Minha amiga, minha parceira, minha professora, minha inspiração. Você sempre me acolheu em muitos momentos da minha vida, e eu sempre vou cuidar de você. Você é um instrumento que Deus utiliza para levar paz e cuidado aos corações aflitos. A você o meu amor e gratidão, sempre!

Agradeço em especial a Professora Ana Carolina Melchiors, pela oportunidade em conhecê-la e poder dividir durante esses anos, momentos de muito aprendizado durante esse mestrado, sem você isso não seria possível e

me sinto orgulhoso em poder passar por suas mãos. Gostaria de expressar a minha admiração: em meio a tantas adversidades da vida, a senhora prevaleceu e continua seguindo, e cuidando de todos ao seu redor. Esse trabalho também é dedicado a você, pessoas que possuem o dom de cuidar.

Agradeço a Emersom Fernandes, uma pessoa iluminada que Deus colocou em minha vida. Você me faz sentir capaz de realizar tudo o que eu almejo. Me sinto sempre amado e acolhido quando estou com você. A você minha eterna gratidão e a minha mais profunda admiração.

Agradeço a todos os membros do Ambulatório de Cuidado Farmacêutico da UFPB, colegas, amigos e profissionais que se dedicam na arte do “Cuidar”. Vocês foram fundamentais para a minha trajetória profissional e acadêmica.

Agradeço também a CAPES, a Universidade Federal do Paraná, e ao Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica pelo apoio financeiro e institucional.

Aqui Tem Sentimento. (Pessoa, 2024)

RESUMO

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é um transtorno definido por significativas flutuações de humor com importante impacto na morbidade dos pacientes acometidos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima uma prevalência de 1,2% dessa doença no cenário global, sendo o TAB-II mais presente em mulheres, e o TAB-I mais comum na população masculina. No campo do diagnóstico, esse transtorno apresenta desafios para os profissionais de saúde, visto se tratar de um transtorno de humor complexo. Como ferramenta no auxílio do rastreio, avaliação e acompanhamento da condição, os profissionais de saúde podem contar com instrumentos psicométricos (IP) de autorrelato. A literatura demonstra diversos (IP) validados em todo o cenário mundial, que apresentam características variadas na predição do TAB. Os objetivos principais deste trabalho foram mapear na literatura os instrumentos psicométricos utilizados no contexto clínico do TAB, bem como verificar suas características e propriedades psicométricas. Para o mapeamento desses instrumentos, foi realizado uma *overview* de revisões sistemáticas seguido de uma *scoping review*. A *overview* seguiu as recomendações da colaboração Cochrane, e a *scoping review* seguiu as recomendações do *Joana Briggs Institute* e da extensão da declaração PRISMA-Scr para condução de *scoping reviews*. As bases de dados utilizadas em ambos os estudos foram a Medline, Cochrane Library, PsylInfo, Embase. Após as etapas de triagem e elegibilidade, foram incluídos um total de 7 estudos na *overview* e 27 na *scoping review*. De forma abrangente, como resultados da *overview*, mapeou-se um total de 59 IP distintos aplicados ao acompanhamento de indivíduos com TAB. Os estudos apresentaram uma qualidade metodológica criticamente baixa, entretanto atingiram o objetivo em identificar IP distintos, validados e utilizados em todo o cenário internacional, além de demonstrar suas aplicabilidades clínicas, realizando recomendações acerca da utilização desses instrumentos. A *scoping review* permitiu realizar uma análise mais aproximada acerca das características dos IP, além de verificar acerca da tradução transcultural destes, para diversos idiomas. O MDQ se mostrou como o IP mais utilizado em todas as regiões do mundo, apresentando validade e aplicabilidade clínica satisfatória. Os estudos

foram avaliados quanto a qualidade metodológica utilizando as ferramentas AMSTAR-2 e ROBINS-I onde verificaram estudos com qualidade metodológica variadas. Este estudo permitiu um mapeamento amplo e uma análise crítica acerca dos IP utilizados no contexto do TAB, permitindo identificar IP variados além de analisar as propriedades psicométricas em prever a ocorrência deste transtorno, onde verificamos que o MDQ ainda é a ferramenta mais utilizada no cenário global, destacando-se na avaliação de indivíduos com TAB tipo-I, tendo suas características validadas em diversos estudos no cenário global. Verificamos que o BSDS apesar de ser originalmente proposto para diagnóstico de TAB tipo-II, apresentou valores de sensibilidade e especificidade semelhante quando aplicado frente aos dois subtipos de indivíduos com TAB. Este trabalho permitiu compreender as peculiaridades dessas ferramentas considerando um cenário global. Cabem aos profissionais de saúde utilizar essas ferramentas de forma a complementar o processo de diagnóstico e de acompanhamento destes indivíduos, reafirmando o fortalecimento na criação de redes de apoio a indivíduos com essa condição de saúde.

Palavras-chave: Saúde mental; Transtorno Afetivo Bipolar; Psicometria Triagem; Revisão de Escopo.

ABSTRACT

Bipolar Affective Disorder (BAD) is a disorder characterized by significant mood fluctuations with a major impact on the morbidity of affected patients. The World Health Organization (WHO) estimates a global prevalence of 1.2% for this disorder, with BAD-II being more prevalent in women, and BAD-I more common in the male population. In the field of diagnosis, this disorder poses challenges for healthcare professionals, given its complex mood disorder nature. As a tool to aid in screening, assessment, and monitoring of the condition, healthcare professionals can rely on self-report psychometric instruments (PIs). The literature demonstrates several validated PIs worldwide, which vary in their predictive characteristics for BAD. The main objectives of this work were to map the psychometric instruments used in the clinical context of BAD in the literature, as well as to verify their characteristics and psychometric properties. For the mapping of these instruments, an *overview* of systematic reviews followed by a scoping review was conducted. The *overview* followed Cochrane Collaboration recommendations, and the scoping review followed the recommendations of the Joanna Briggs Institute and the PRISMA-Scr extension for scoping reviews. The databases used in both studies were Medline, Cochrane Library, PsylInfo, and Embase. After screening and eligibility stages, a total of 7 studies were included in the *overview* and 27 in the scoping review. Broadly, as results of the *overview*, a total of 59 distinct PIs applied to monitoring individuals with BAD were mapped. The studies showed critically low methodological quality; however, they achieved the objective of identifying distinct, validated PIs used internationally, and demonstrated their clinical applicability, making recommendations regarding the use of these instruments. The scoping review allowed for a closer analysis of the characteristics of the PIs, as well as verifying their cross-cultural translation into various languages. The MDQ emerged as the most widely used PI worldwide, showing satisfactory validity and clinical applicability. Studies were evaluated for methodological quality using the AMSTAR-2 and ROBINS-I tools, identifying studies with varying methodological quality. This study allowed for a broad mapping and critical analysis of PIs used in the context of BAD, identifying various PIs and analyzing their psychometric properties in predicting the occurrence of this disorder, where MDQ remains the most used tool globally, particularly in

evaluating individuals with BAD type-I, with its characteristics validated in various studies globally. We found that although BSDS was originally proposed for the diagnosis of BAD type-II, it showed similar sensitivity and specificity values when applied to both subtypes of individuals with BAD. This work enabled understanding the peculiarities of these tools considering a global scenario. It is up to healthcare professionals to use these tools to complement the diagnostic and monitoring process for these individuals, reaffirming the strengthening of support networks for individuals with this health condition.

Keywords: Mental health; Bipolar Affective Disorder; Psychometric Screening; Scoping Review.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Episódios de humor no TAB	34
FIGURA 2 Relação dos neurotransmissores nos estados afetivos do TAB.....	39
FIGURA 3. – Representação Visual Dos Conceitos De Validade E Confiabilidade.	45
FIGURA 4. Hierarquização dos níveis de evidência	48
FIGURA 5. Nova Pirâmide da Saúde Baseada em Evidências.....	49
FIGURA 6. Fluxograma para elaboração e condução de uma revisão de escopo.	51
FIGURA 7. Fluxograma PRISMA para Processo de Desenvolvimento de uma Overview de Revisão Sistemática.....	62
FIGURA 8. Mnemônico PCC.....	82
FIGURA 9. Fluxograma de seleção de estudos no formato PRISMA 2020.	88
FIGURA 10. Relação dos países com a ocorrência dos estudos.....	89
FIGURA 11. Período de acompanhamento dos participantes nos estudos	95
FIGURA 12. Ocorrência de estudos em idiomas distintos	106
FIGURA 13. Avaliação geral dos estudos segundo o ROBINS-I	110
FIGURA 14. Avaliação geral dos estudos segundo o ROBINS-I	111
FIGURA 15. QUADAS 2 - Representação gráfica da avaliação da qualidade	112
FIGURA 16. QUADAS-2 Representação gráfica da avaliação da qualidade dos estudos incluídos - 2	113

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 Sinais e sintomas de Mania a partir dos critérios de diagnóstico DSM-V-TR.....	29
QUADRO 2 Sinais e sintomas de Hipomania a partir dos critérios de diagnóstico DSM-V-TR	30
QUADRO 3 Sinais e sintomas de depressão a partir dos critérios de diagnóstico DSM-V-TR	31
QUADRO 4 Características do Transtorno Ciclotímico a partir dos critérios de diagnóstico DSM-V-TR	32
QUADRO 5 Intervenções Psicoeducativas no TAB	42
QUADRO 6. Interpretação do kappa de Cohen	86

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Etapas De Elaboração De Uma Revisão De Escopo.....	52
TABELA 2. Etapas De Elaboração De Uma Overview de Revisões Sistemáticas.....	55
TABELA 3 - Características Gerais dos Estudos Incluídos	64
TABELA 4. Sumarização Dos IP Nos Estudos Analisados	65
TABELA 5. Avaliação da Qualidade das Revisões Sistemáticas	69
TABELA 6. Características gerais dos estudos incluídos	90
TABELA 7. Características das Amostras Incluídas nos Estudos	97
TABELA 8. Características Psicométricas dos Instrumentos Avaliados nos Estudos Incluídos.....	107

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ABRATA	- Associação Brasileira De Familiares, Amigos E Portadores De Transtornos Afetivos
AMSTAR-2	- A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews 2
AS-18	- Affective Self Rating Scale
ASRM	- Altman Self-Rating Mania Scale
ASRS	- Affective Self-Rating Scale
BAS	- Behavioral Activation Scale
BDRS	- Bipolar Depression Rating Scale
BDSS	- Brief Bipolar Disorder Symptom Scale
BI	- Bipolarity Index
BIS/BAS	- Behavioral Inhibition Scale/Behavioral Activation Scale
BISS	- Bipolar Inventory of Symptoms Scale
BSDS	- Bipolar Spectrum Diagnostic Scale
CARS-M	- Clinician-Administered Rating Scale for Mania
CAT	- Computerized Adaptive Testing
CAT-MANIA	- Computerized Adaptive Testing–Mania
CBCL-MS	- Child Behavior Checklist- Mania Scale
CBCL-PBD	- Child Behavioral Checklist – Pediatric Bd Phenotype
CBD	- Chronorecord in Bipolar Disorder
CDS	- Carroll Depression Scale
CGI-BP	- Clinical Global Impressions-Bipolar Scale
CID-11	- Classificação Internacional De Doenças 11
CMF	- Clinical Monitoring Form
CPI	- Chinese Polarity Inventory
CRD	- Center for Reviews and Dissemination
CSS-RM	- Chronorecord Software for Self-Reporting Mood
DMM	- Daily Mood Monitoring
DSM-5	- Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders Text Revised 5
DSM-5-TR	- Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders 5 Text Revised
DSM-IV	- Diagnostic and Statistical Manual of Mental - IV
EUA	- Estados Unidos da América
FHS	- Family History Screen

GBI	- General Behavior Inventory
GBI-R	- General Behavioral Inventory – Revised
GRADE	- Classificação De Avaliação, Desenvolvimento E Avaliação De Recomendações (<i>Grading Of Recommendations Assessment, Development And Evaluation</i>).
HAMD	- Hamilton Depression Rating Scale
HAMD-5	- Hamilton Depression Rating Scale – 5
HAPPI	- Hypomanic Attitudes and Positive Predictions Inventory
HCL-32	- The Hypomania Checklist- 32
HMI	- Halberstadt Mania Inventory
HPS	- Hypomanic Personality Scale
HPS-48	- The Hypomanic Personality Scale - 48
ICI-M	- Interactive Computer Interview For Mania
IDAS-II	- Inventory of Depression and Anxiety Symptom
IDS	- Inventory of Depressive Symptomatology
IDS-SR	- Inventory of Depressive Symptomatology–Selfreport
IP	- Instrumentos Psicométricos
ISS	- Internal State Scale
JBI	- Instituto Joana Briggs
MAS	- Bech-Rafaelsen Mania Rating Scale
MAS MODIFIED	- Bech-Rafaelsen Mania Rating Scale– Modified
MATHYS	- Multidimensional Assessment of Thymic States
MBC	- Measurement-Based Care
MDQ	- Mood Disorder Questionnaire
MES	- Manic Episode Screening Questionnaire
MHCL-32	- Modified Hypomania Checklist-32
MINI	- Mini entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
MMRS	- Modified Manic State Rating Scale
MOODS-SR	- Mood Spectrum Self Reports
MS	- Mania Scale
MVAS/MVAS-BP	- Multiple Visual Analog Scale/Multiple Visual Analogue Scales for Bipolarity
NI	- Não Identificado
NIMH-LCM-C	- Prospective Life Chart Methodology–Clinician

NIMH-LCM-S/P - NIMH Prospective Life Chart Methodology–Self

OMS - Organização Mundial Da Saúde

ORSM - Observer-Rated Scale for Mania

PCC - População, Conceito e Contexto.

PICO - População, Intervenção, Comparador, “Outcome” desfecho.

PLC - Patient Life Chart

PMC - Patient Mood Chart

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

PRISMA-SCR - Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews

QIDS - Quick Inventory of Depressive Symptomatology

QIDS-SR - Quick Inventory of Depressive Symptomatology– Self-Report

QTH - Questionário De Transtorno De Humor

QUADAS-2 - Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies - 2

RMS - Rapid Mode Screener

ROBINS-I - Risk Of Bias In Non-randomised Studies - of Interventions

RS - Revisão Sistemática

SCL-90 - Symptom Checklist-90

SBE - Saúde Baseada em evidências

SMI - Single Mood Index

SRMI - Self-Report Manic Inventory

TAB - Transtorno Afetivo Bipolar

TAB NOS - Transtorno Afetivo Bipolar não especificado

TCC - Terapia Cognitivo Comportamental

TDM - Transtorno Depressivo Maior

TEMPS-A - Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire, Short Version

TOC - Transtorno Obsessivo Compulsivo

TPL - Transtorno de Personalidade Limítrofe

VAMS - Visual Analog for Mood Scale

VPN - Valor Preditivo Negativo

VPP - Valor Preditivo Positivo

WBI - Workplace Bipolar Inventory

YMRS - Young Mania Rating Scale

ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A presente dissertação foi elaborada seguindo as orientações do manual de normalização para trabalhos científicos da Universidade Federal do Paraná (1) e foi organizada nas seguintes seções:

Introdução: Apresenta uma introdução ao tema abordado nesta dissertação, dentro do contexto no qual a pesquisa foi elaborada, sua justificativa e objetivos de forma sintetizada.

Capítulo 1: Revisão da literatura contendo os referenciais teóricos importantes para o entendimento dos temas abordados nesta pesquisa.

Capítulo 2: Overview De Revisões Sistemáticas Este capítulo apresenta a estruturação metodológica desenvolvimento, resultados e discussão desta overview de revisões sistemáticas.

Capítulo 3: Revisão de Escopo Contendo desde a sua metodologia, bem como desenvolvimento resultados e discussão da elaboração dessa revisão de escopo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 OBJETIVOS.....	24
2.1 OBJETIVO GERAL	24
2.2 Objetivos Específicos	24
3 JUSTIFICATIVA.....	25
4 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: ASPECTO HISTÓRICO	27
5 CONCEITUAÇÃO	28
5.1 TAB tipo I: reconhecendo sinais e sintomas de mania	29
5.2 TAB tipo II: reconhecendo sinais e sintomas de HIPOMANIA.....	30
5.3 Sinais E Sintomas Depressivos.....	30
5.4 Transtorno Ciclotímico.....	32
6 CLASSIFICAÇÕES.....	33
7 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	35
8 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TAB	36
9 FISIOPATOLOGIA DOS TRANSTORNOS DE HUMOR.....	38
10 FATORES GENÉTICOS E NEUROBIOLÓGICOS ASSOCIADOS AO TAB	38
11 FATORES PSICOSOCIAIS	39
12 TRATAMENTO DO TAB.....	40
12.1 Tratamento Medicamentoso	40
12.2 Tratamento Não Medicamentoso	42
13 A PSICOMETRIA NA AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS DE HUMOR COM ENFOQUE NO TAB.....	43
13.1 A Confiabilidade E Validade	44
13.2 A sensibilidade e especificidade.....	45
14 IP UTILIZADOS NO CONTEXTO DO TAB.....	46
15 SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS	47
16 REVISÕES DE ESCOPO.....	50
17 VISÃO GERAL DAS REVISÕES SISTEMÁTICAS	54
18 MÉTODOS	57
18.1 Delineamento Do Estudo.....	57

18.2 Registro Do Protocolo	57
18.3 Critérios De Elegibilidade	57
18.4 Estratégia PICO	58
18.5 Métodos De Pesquisa Na Identificação Dos Estudos	59
18.6 Identificação Dos Estudos	59
18.7 Seleção Dos Estudos	59
18.8 Síntese De Resultados.....	60
18.9 Análise Da Qualidade Metodológica	60
19 RESULTADOS.....	61
20 DISCUSSÃO	71
21 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
22 MÉTODOS	81
22.1 Delineamento Do Estudo.....	81
22.2 Registro Do Protocolo	81
22.3 Identificação Dos Estudos	81
22.4 Estratégia De Busca.....	83
22.5 Critérios De Inclusão	83
22.6 Critérios De Exclusão	83
22.7 Seleção De Estudos	83
22.8 Triagem E Elegibilidade.....	83
23 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS	
INCLUÍDOS.....	84
24 RESULTADOS.....	85
24.1 Coeficiente De Concordância De Kappa	85
24.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS ESTUDOS - ROBINS-I	110
25 DISCUSSÃO	115
26 CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
27 APÊNDICES	127
28 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	173



CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO



1 INTRODUÇÃO

As oscilações no humor dos indivíduos durante a vida resultam em episódios que podem ser estressantes ou agradáveis. Entretanto, quando essas oscilações no humor se tornam graves e persistem durante um tempo considerável, a qualidade de vida dessas pessoas pode ser comprometida, acarretando problemas psicológicos, além de angústia emocional. Essas manifestações negativas no humor podem preceder um transtorno de humor implícito. Os transtornos afetivos podem ser categorizados em um espectro que pode variar desde os transtornos depressivos unipolares, até o transtorno bipolar, que se sub-classifica em tipo I e II (2).

As características que diferem os transtornos bipolares dos demais transtornos de humor são a presença de sinais e sintomas maníacos e hipomaníacos de forma recorrente, podendo alternar com episódios depressivos. O transtorno afetivo bipolar (TAB) tipo-I se caracteriza pela presença de episódios maníacos, com manifestações que variam de: excesso de autoconfiança, mania de grandiosidade, fala excessiva, irritabilidade e redução da necessidade de sono podendo requerer hospitalização, visto que esses indivíduos podem apresentar também sintomas psicóticos. Já no subtipo-II do transtorno bipolar, os indivíduos expressam sinais e sintomas de hipomania alternados com episódios depressivos. A presença de ao menos um episódio de hipomania já é suficiente para caracterizar o diagnóstico do TAB tipo II (3).

No contexto de diagnóstico do transtorno bipolar, verificam-se desafios significativos pois trata-se de um transtorno mental complexo, com manifestações de sintomas característicos, porém altamente variáveis, o que pode dificultar a avaliação clínica desses indivíduos, além de que esses sinais e sintomas apresentados podem se sobrepor a outros transtornos de humor, tornando a avaliação diagnóstica tendenciosa (3,4).

Considerando esse cenário, a utilização de instrumentos de autorrelato de caráter psicométrico vem se destacando na triagem e monitoramento nos transtornos afetivos. A literatura relata uma diversidade de instrumentos psicométricos utilizados na população de indivíduos com transtornos bipolares. Esses instrumentos possibilitam que esses indivíduos relatem os sinais e sintomas vivenciados, o que proporciona “insights” ou percepções importantes

por parte dos profissionais de saúde. É fundamental entendermos que essas ferramentas não substituem ou definem um diagnóstico, mas permitem integrar dados com a avaliação clínica por parte do profissional de saúde, auxiliando no monitoramento, elaboração e definição de um plano de cuidado direcionado aos portadores do transtorno bipolar, aprimorando a precisão diagnóstica e contribuindo para a eficácia no tratamento dessa doença (5).

A realização de estudos de boa qualidade metodológica, unido aos conceitos de saúde baseada em evidências, desempenham um papel importante na síntese e formulação de evidências, pois permitem realizar uma compreensão mais abrangente e crítica das informações disponíveis na literatura. Partindo disso, este trabalho buscou mapear a literatura por meio de uma *overview* de revisões sistemáticas e de uma revisão de escopo de literatura os instrumentos psicométricos existentes, utilizados no contexto do TAB, de forma a realizar uma análise crítica e metodológica das evidências disponíveis, contribuindo para consolidar dados existentes acerca dessa temática e orientar pesquisadores e profissionais de saúde na abordagem clínica do transtorno bipolar.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Verificar as propriedades psicométricas e gerais dos IP utilizados no contexto do TAB e traçar características quanto a sua composição e aplicabilidade.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar na literatura os IP aplicados a pacientes com TAB;
- Caracterizar, definir e diferenciar os IP quanto as suas propriedades psicométricas;
- Analisar os IP utilizados no cenário global para essa população, além de traçar as características e aplicação deles.

3 JUSTIFICATIVA

A maior parte dos pacientes que apresenta transtorno bipolar inicialmente recebe o diagnóstico de transtorno depressivo maior (TDM), o que se torna um desafio significativo, já que a depressão bipolar e o TDM compartilham critérios de diagnóstico semelhantes, aumentando o risco de prescrições terapêuticas inadequadas. Muitas pessoas vivenciam diversos episódios de depressão maior antes do primeiro episódio hipomaníaco reconhecido, com um intervalo típico de mais de 10 anos entre o início dos sintomas e o diagnóstico do TAB (6). O equívoco diagnóstico de TDM é mais frequente durante a fase depressiva, pois é nesse período que os pacientes buscam mais frequentemente ajuda médica. Além disso, em alguns casos, torna-se difícil estabelecer retrospectivamente uma relação clara com episódios anteriores de mania e hipomania (7).

Uma outra explicação para a dificuldade em discernir entre o transtorno bipolar e a depressão unipolar, até mesmo entre os dois subtipos de TAB (tipo I ou II) reside no fato de que os sintomas depressivos são mais prevalentes do que os sintomas hipomaníacos ou maníacos ao longo do curso desses transtornos. Além disso, é comum que esses transtornos comecem com um episódio depressivo. Especialmente no caso do transtorno bipolar tipo II, as pessoas frequentemente passam a maior parte de suas vidas em um estado depressivo, dedicando mais tempo aos episódios depressivos do que aos hipomaníacos ou maníacos, o que complica ainda mais o processo de diagnóstico (8).

Em um estudo prospectivo realizado por Lewis e colaboradores em 2002, foi constatado que indivíduos com transtorno afetivo bipolar tipo I apresentaram sintomas de mania e hipomania em cerca de 9% das semanas de observação, enquanto os sintomas depressivos foram presentes em aproximadamente 31,9% do período de acompanhamento (9). Achados semelhantes foram observados em outra pesquisa conduzida pelo mesmo grupo, envolvendo participantes diagnosticados com transtorno bipolar tipo II. Neste estudo, foi observada a ocorrência de sintomas de hipomania em aproximadamente 1,3% das semanas, com uma predominância de sintomas depressivos (53,9% do período de observação) (10).

Pacientes com transtorno bipolar tipo II tendem a buscar tratamento para sintomas depressivos com maior frequência do que para sintomas hipomaníacos ou maníacos. Muitas vezes, eles não reconhecem plenamente as consequências desses últimos sintomas, o que dificulta a procura de ajuda para seu tratamento e, conseqüentemente, torna a identificação e manejo desses sintomas pelos profissionais de saúde particularmente desafiadores (11)

A literatura demonstra uma série de instrumentos ou escalas de avaliação, tanto para autoadministração quanto para administração por profissionais da saúde, com o objetivo de aprimorar a detecção precoce de sinais clínicos que sugerem um diagnóstico de transtorno bipolar em pessoas que têm histórico de episódios depressivos e poderiam ser erroneamente diagnosticadas com depressão unipolar. Esses sinais clínicos englobam hipomania subliminar, recorrência de episódios de humor e histórico familiar positivo de transtorno bipolar. Exemplos dessas escalas incluem o Inventário de Sintomas Bipolares, a Avaliação de Triagem de Polaridade Depressiva, a Lista de Verificação de Hipomania e a Abordagem Probabilística para Depressão Bipolar. Além disso, uma avaliação cuidadosa da presença de mania ou hipomania anteriores em todos os pacientes deprimidos, aliada a informações adicionais fornecidas por cuidadores, pode contribuir para uma maior precisão no diagnóstico de transtorno bipolar (12–14).

Diante deste cenário, essa pesquisa se debruçou em identificar os diversos instrumentos psicométricos ou escalas de avaliação aplicados a pacientes com transtorno afetivo bipolar, no sentido de trazer à tona as principais características psicométricas desses instrumentos aplicados aos mais variados cenários de cuidado a indivíduos com essa condição de saúde.

4 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: ASPECTO HISTÓRICO

Há vários séculos antes do nascimento de Cristo, já eram empregadas as expressões "melancolia" e "mania". Embora esses termos fossem genéricos, eles se referiam a indícios e sintomas do que hoje chamamos de TAB. Araeteus da Capadócia, que viveu em Alexandria no primeiro século depois de Cristo, escreveu diversos textos abordando a natureza da doença maníaco-depressiva (15).

Em 1851, Falret e, em 1854, Baillarger, ambos na França, introduziram pela primeira vez uma ideia contemporânea que identificava a mania e a depressão, denominadas, respectivamente, como "folie circulaire" (insanidade cíclica) e "folie à double forme" (insanidade de forma dupla). Suas divergências residiam no fato de que Falret acreditava que o transtorno operava por meio de um ciclo depressivo contínuo, com episódios de mania intercalados por intervalos sem sintomas e de duração variável; enquanto Baillarger tinha uma concepção de intervalo entre melancolia e mania (16,17).

Na história da "Perturbação Bipolar", o renomado psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926) destaca-se como um estudioso proeminente da psiquiatria científica moderna e da psicofarmacologia. Kraepelin mantinha uma convicção sólida de que as doenças mentais têm raízes biológicas, promovendo uma transformação na abordagem ao agrupar essas condições com base em padrões comuns de sintomas. Isso representou uma mudança significativa em relação à prática anterior, que se concentrava em semelhanças superficiais nos sintomas principais (17–19)

No decorrer do século XX, após uma minuciosa investigação, Kraepelin efetuou uma distinção crucial entre "psicose maníaco-depressiva" e "demência precoce", sendo que esta última foi posteriormente redesignada como "Esquizofrenia" por Eugène Bleuler (1857-1940). Até o início da década de 1930, o termo "depressão maníaca" era amplamente empregado. Coincidentemente, durante esse mesmo período, Sigmund Freud também implementou abordagens inovadoras ao tratar pacientes com distúrbio bipolar por meio da psicanálise. Ele acreditava que traumas infantis e conflitos não resolvidos no desenvolvimento estavam na raiz da perturbação bipolar. Em uma fase posterior, em 1950, Karl

Leonhard introduziu um sistema de classificação que conduziu à disseminação do termo "bipolar" e à diferenciação entre depressão unipolar e bipolar (18).

Na era atual, são discutidas diversas abordagens de classificação e diagnóstico do TAB, indubitavelmente visando aprimorar os resultados terapêuticos para os indivíduos impactados por essa condição. Assim, surge a necessidade de diferenciar entre os episódios unipolares de depressão e os episódios bipolares, visando direcionar intervenções mais adequadas para cada grupo de pacientes. Nesse contexto, o TAB é concebido como um espectro bipolar, abrangendo não apenas manifestações clássicas conforme definidas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição versão revisada, e pela 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), mas também incluindo formas mais amplas da doença (15,20,21).

5 CONCEITUAÇÃO

A condição psiquiátrica conhecida como Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), inicialmente denominada "insanidade maníaco-depressiva", é caracterizada por significativas flutuações de humor. Essas flutuações englobam fases de humor elevado e depressão, representando os polos opostos da experiência afetiva, intercaladas por períodos de remissão. Além disso, essa condição está associada a sintomas específicos de natureza cognitiva, física e comportamental (22,23). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição versão revisada (6), o TAB pode ser classificado como:

“O transtorno apresenta duas variantes principais: o Tipo I, caracterizado por uma elevação grave e persistente do humor (mania), e o Tipo II, em que a elevação do humor é mais leve (hipomania)”.

Já a 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11) (20), conceitua o TAB como:

“Os transtornos bipolares e relacionados são transtornos de humor episódicos definidos pela ocorrência de episódios ou sintomas maníacos, mistos ou hipomaníacos. Esses episódios normalmente se alternam ao longo desses transtornos com episódios depressivos ou períodos de sintomas depressivos”.

5.1 TAB tipo I: reconhecendo sinais e sintomas de mania

O TAB - Tipo I é delineado por períodos distintos de humor, alternando entre estados expansivos ou irritáveis e uma elevação anormal do ânimo, acompanhada por atividade anormal persistentemente aumentada focada em um objeto específico. Essa condição perdura por mais de uma semana, manifestando-se na maior parte do dia, podendo incluir ameaças a si mesmo ou a outras pessoas, com ou sem a presença de psicose. A psicose é caracterizada por sintomas como delírios, alucinações, pensamento e fala desordenados, além de comportamento motor anômalo e inadequado (incluindo catatonia), que demonstram uma desconexão com a realidade (21). É importante notar que esses sintomas não estão associados ao abuso de substâncias ilícitas, medicamentos ou outras condições médicas (24). A triagem dos sintomas maníacos do TAB pode ser realizada conforme os critérios do DSM-V-TR, onde é imprescindível satisfazer os seguintes critérios exibidos no **QUADRO 1** de um episódio maníaco. Esse episódio maníaco pode ter sido antecedido e pode ser sucedido por episódios hipomaníacos ou depressivos maiores.

QUADRO 1 Sinais e sintomas de Mania a partir dos critérios de diagnóstico DSM-V-TR

Sinais e Sintomas Maníacos
1. Autoimagem elevada ou grandiosidade.
2. Redução da necessidade de sono (por exemplo, sente-se revigorado após apenas 3 horas de sono).
3. Maior loquacidade do que o habitual ou pressão para continuar falando.
4. Fluxo acelerado de ideias ou experiência subjetiva de pensamentos em rápida sucessão.
5. Dificuldade de concentração (ou seja, atenção facilmente desviada para estímulos externos irrelevantes ou sem importância), conforme relatado ou observado.

6. Aumento da atividade com metas específicas (seja socialmente, no trabalho ou na escola, ou sexualmente) ou agitação psicomotora (ou seja, inquietação sem objetivo aparente ou atividade direcionada).

7. Participação excessiva em atividades com potencial significativo de consequências adversas (por exemplo, envolvimento em compras compulsivas, comportamento sexual imprudente ou investimentos empresariais insensatos).

Fonte: Adaptado de DSM-V-TR (6)

5.2 TAB tipo II: reconhecendo sinais e sintomas de HIPOMANIA

Um intervalo caracterizado por um estado de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, acompanhado por um aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com uma duração mínima de 4 dias consecutivos e presente na maior parte do dia, praticamente todos os dias. Durante esse período de perturbação do humor e aumento de energia e atividade, a presença de três (ou mais) dos seguintes sintomas exibidos no **QUADRO 2** representa uma alteração notável em relação ao comportamento usual (6).

QUADRO 2 Sinais e sintomas de Hipomania a partir dos critérios de diagnóstico DSM-V-TR

Sinais e Sintomas Hipomaniacos
1) As variações de humor são notáveis para outras pessoas, incluindo familiares, amigos e colegas de trabalho ou escola.
2) Três ou mais sintomas maníacos estão presentes.
3) O comprometimento social e os sintomas psicóticos são menos proeminentes.
4) A manifestação de sintomas hipomaniacos não está associada à influência de medicamentos, substâncias ilícitas ou outras condições médicas concomitantes. Embora os sintomas possam surgir logo após o início da terapia medicamentosa, quando relacionados ao transtorno bipolar, eles tendem a ser mais acentuados e persistem por um período mais prolongado.

Fonte: Adaptado de DSM-V-TR (6)

5.3 Sinais E Sintomas Depressivos

A fase depressiva é uma condição prevalente tanto no TAB - I quanto no TAB - II, sendo considerada um critério diagnóstico fundamental para o transtorno bipolar. Frequentemente, ela está relacionada à incapacidade funcional e ao comprometimento da saúde física. Nesse sentido, a identificação

de cinco ou mais sintomas listados no **QUADRO 3** é essencial, com a ressalva de que esses sinais e sintomas devem persistir por mais de duas semanas e causar impacto negativo no desempenho social e ocupacional, caracterizando assim a fase depressiva (6,24).

QUADRO 3 Sinais e sintomas de depressão a partir dos critérios de diagnóstico DSM-V-TR

Sinais e Sintomas Depressivos
1. Durante a maior parte do dia, praticamente todos os dias, há um humor deprimido, como indicado por relato subjetivo (por exemplo, sensação de tristeza, vazio ou desesperança) ou observação de terceiros (por exemplo, expressão facial abatida). (Observação: Em crianças e adolescentes, esse estado pode manifestar-se como irritabilidade.) 2. Experimenta uma acentuada diminuição do interesse ou prazer em quase todas as atividades, durante a maior parte do dia, praticamente todos os dias, conforme expresso no relato subjetivo ou observado por terceiros. 3. Apresenta uma perda de peso significativa sem estar em dieta ou ganho de peso (por exemplo, uma variação superior a 5% do peso corporal em um mês) ou experimenta uma mudança no apetite quase diariamente. (Nota: Em crianças, a falta de ganho de peso esperado também deve ser considerada.) 4. Sofre de insônia ou hipersonia quase diariamente. 5. Manifesta agitação ou retardo psicomotor quase diariamente, sendo percebido por outras pessoas e não apenas uma sensação subjetiva de inquietação ou lentidão. 6. Apresenta fadiga ou perda de energia quase diariamente. 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, inadequada (podendo ser delirante), ocorrem quase diariamente, não se limitando a autoavaliações ou culpa relacionada à doença. 8. Experimenta uma diminuição significativa na capacidade de pensar, concentrar-se ou tomar decisões quase diariamente, seja através do relato subjetivo ou observação por terceiros. 9. Tem pensamentos persistentes sobre morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico ou tentativa de suicídio, ou desenvolve um plano específico para cometer suicídio.

Fonte: Adaptado de DSM-V-TR (6)

Embora o TAB II possa manifestar-se no final da adolescência e durante a idade adulta, a média de idade para o início situa-se em torno dos 20 anos. Este momento é ligeiramente mais tardio do que no TAB I, mas mais precoce em

comparação com o transtorno depressivo maior. A idade de início não é um critério confiável para distinguir entre o TAB I e II. Geralmente, a condição tem início com um episódio depressivo e só é identificada como TAB II após a ocorrência de um episódio hipomaníaco, verificado em aproximadamente 12% dos indivíduos inicialmente diagnosticados com transtorno depressivo maior. A presença anterior de ansiedade, uso de substâncias ou distúrbios alimentares pode anteceder o diagnóstico, dificultando sua identificação.

5.4 Transtorno Ciclotímico

O traço distintivo do transtorno ciclotímico é um distúrbio de humor persistente e oscilante, que inclui diversos períodos com sintomas hipomaníacos e outros com sintomas depressivos (Critério A). Os sintomas hipomaníacos não atingem em número, intensidade, abrangência ou duração os critérios para um episódio hipomaníaco completo, da mesma forma que os sintomas depressivos não atendem integralmente aos critérios de um episódio depressivo maior. Ao longo do período inicial de dois anos (um ano para crianças ou adolescentes), é necessário que os sintomas persistam (presentes por mais dias do que ausentes) e qualquer intervalo sem sintomas não deve ultrapassar 2 meses (Critério B). O diagnóstico de transtorno ciclotímico é estabelecido apenas se os critérios para episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco nunca foram preenchidos (Critério C).

QUADRO 4 Características do Transtorno Ciclotímico a partir dos critérios de diagnóstico DSM-V-TR

Caracterização do Transtorno Ciclotímico (estado misto)
A. Houve, ao longo de pelo menos 2 anos (pelo menos 1 ano em crianças e adolescentes), inúmeros episódios com sintomas hipomaníacos que não preenchem os critérios para um episódio hipomaníaco e vários períodos com sintomas depressivos que não atendem aos critérios para um episódio depressivo maior.
B. Durante o período mencionado de 2 anos (1 ano em crianças e adolescentes), os sintomas descritos no Critério A estiveram presentes por pelo menos metade do tempo, e o indivíduo não permaneceu sem sintomas por mais de 2 meses consecutivos.

C. Os critérios para episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco nunca foram satisfeitos.

D. Os sintomas do Critério A não são mais bem explicados por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou qualquer outro espectro de esquizofrenia especificado ou não especificado, assim como por outros transtornos psicóticos.

E. Os sintomas não podem ser atribuídos aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, abuso de drogas, medicamentos) ou a outra condição médica (por exemplo, hipertireoidismo).

Fonte: Adaptado de DSM-V-TR (6)

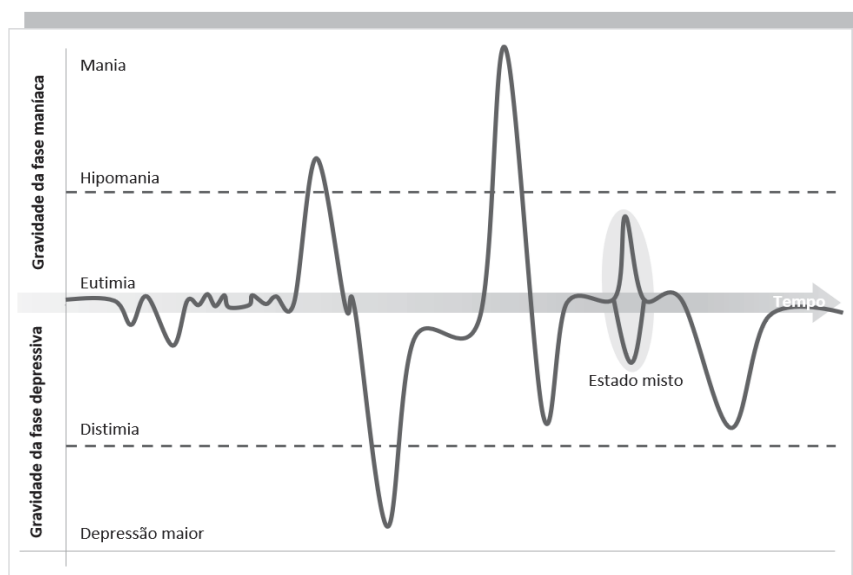
6 CLASSIFICAÇÕES

O TAB é categorizado em duas classificações principais: Tipo I, caracterizado por apresentar um período de mania mais duradouro e grave, acompanhado também episódios depressivos; Tipo II, em que se manifestam tanto o período depressivo quanto um predomínio de hipomania. A hipomania é um estado análogo à mania, porém é conhecido como um período "redentor", marcado por um humor elevado, redução leve do sono, pensamentos acelerados e fácil distração, ainda que menos grave que a mania. A ciclotimia (ou estado misto) é definida por flutuações de humor, abrangendo episódios hipomaníacos breves, episódios depressivos mais extensos, episódios hipomaníacos com sintomas subclínicos, e episódios depressivos maiores, bem como episódios hipomaníacos sem histórico de episódios depressivos maiores anteriores, ciclotimia de curta duração (3,21,25).

Dessa maneira, a quantidade precisa de episódios não é fixa e difere de indivíduo para indivíduo. No entanto, é fundamental destacar que as crises depressivas geralmente têm uma duração prolongada e causam impactos mais expressivos. Essas classificações específicas auxiliam na compreensão da complexidade e variação das apresentações clínicas do TAB, capacitando os profissionais de saúde a reconhecer e abordar de maneira mais eficaz esses distúrbios de humor (26).

Neste cenário, as principais fontes de referência para a classificação psiquiátrica do TAB incluem o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição versão revisada, desenvolvido pela Associação Psiquiátrica Americana, e a Classificação Internacional de Doenças, elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O DSM-5-TR, passou por uma atualização em 2023. Por outro lado, a CID-11, que engloba categorias relacionadas a transtornos psiquiátricos, comportamentais e do neurodesenvolvimento, foi revisada em 11 de fevereiro 2022. O projeto de orientações da CID-11 aborda temas como transtornos de humor e está disponível para acesso no site da [Global Clinical Practice Network](https://www.who.int/publications-detail/global-clinical-practice-network).

FIGURA 1. Episódios de humor no TAB



Fonte: Adaptado de Grande *et al.*, 2016 (27)

Desse modo, a CID-11 descreve o Transtorno afetivo bipolar tipo I da seguinte forma (20):

“O transtorno bipolar tipo I é um transtorno de humor episódico definido pela ocorrência de um ou mais episódios maníacos ou mistos. Um episódio maníaco é um estado de humor extremo que dura pelo menos uma semana, a menos que seja encurtado por uma intervenção terapêutica caracterizada por euforia, irritabilidade ou expansividade e por aumento de atividade ou uma experiência subjetiva de aumento de energia, acompanhada por outros sintomas característicos, como sensação rápida ou de pressão, fala, fuga de ideias, aumento da autoestima ou grandiosidade, diminuição da necessidade de sono, distração, comportamento impulsivo ou imprudente e mudanças rápidas entre diferentes estados de humor (ou seja, labilidade de humor). Um episódio misto é caracterizado pela presença de vários sintomas maníacos proeminentes e vários sintomas depressivos proeminentes, consistentes com aqueles observados em episódios maníacos e episódios depressivos, que ocorrem simultaneamente ou se alternam muito rapidamente (de um dia para o outro ou no mesmo dia)”.

A CID-11 define o TAB tipo II como (20):

“O transtorno bipolar tipo II é um transtorno de humor episódico definido pela ocorrência de um ou mais episódios hipomaníacos e pelo menos um episódio depressivo. Um episódio hipomaníaco é um estado de humor persistente que dura pelo menos vários dias, caracterizado por elevação persistente do humor ou aumento da irritabilidade, bem como aumento da atividade ou uma experiência subjetiva de aumento de energia, acompanhado por outros sintomas característicos, como aumento da loquacidade, pensamentos rápidos ou acelerados, aumento da autoestima, diminuição da necessidade de sono, distração e comportamento impulsivo ou imprudente”.

Ainda, têm-se a descrição e definição segundo a CID-11 para Transtorno Ciclotímico (ou estado misto) (20):

“O transtorno ciclotímico é caracterizado por uma instabilidade persistente do humor durante um período de pelo menos 2 anos, envolvendo numerosos períodos de hipomania (por exemplo, euforia, irritabilidade ou expansividade, ativação psicomotora) e depressiva (por exemplo, sensação de desânimo, diminuição do interesse em atividades, fadiga) sintomas que estão presentes durante a maior parte do tempo”.

7 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

O indivíduo com TAB muitas vezes não recebe o diagnóstico correto ou é diagnosticado de maneira inadequada, comprometendo a decisão apropriada quanto ao tratamento que esses pacientes necessitam. Portanto, elucidar a psicopatologia inicial que antecede o início da doença é crucial (28).

De acordo com os achados de Faedda et al., (2019) (28), na avaliação de estudos prospectivos e retrospectivos sobre um pródromo para sintomas maníacos, observam-se características hipomaníacas atenuadas. Por outro lado, algumas evidências indicam que a instabilidade e as flutuações do humor constituem o pródromo central, visto que a instabilidade do humor é uma característica proeminente da doença. Entretanto, é importante notar que essa labilidade do humor está associada a outros transtornos de humor e ansiedade. No que diz respeito aos sintomas depressivos, os prodrômicos mais comuns são os episódios depressivos ou a presença de um estado misto, conforme estabelecido pelo DSM-V.

8 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TAB

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2008, o TAB afetou aproximadamente 30 milhões de pessoas globalmente, apresentando um risco de desenvolvimento de 1,2% na população geral ao longo da vida, com início típico da doença ocorrendo em torno da segunda década de vida, por volta dos 25 anos de idade. Notavelmente, a prevalência do TAB-II é mais elevada nas mulheres, enquanto o TAB-I é mais comum entre os homens, tanto em indivíduos do sexo masculino quanto feminino (29). A OMS classificou o TAB como a 46ª principal causa de incapacidade e mortalidade global entre 291 doenças e causas de lesões. Isso posicionou o transtorno bipolar acima de condições como o câncer de mama, assim como a doença de Alzheimer e outras demências (30). Vale ressaltar que uma parcela significativa de pacientes bipolares nunca recebe tratamento (31)

Clemente et al. (2015) conduziram uma revisão sistemática da literatura para examinar a prevalência ao longo da vida e em um ano do TAB tipo I e II. Os resultados de seus estudos indicaram que a prevalência agrupada ao longo da vida para o TAB tipo 1 foi de 1,06%, enquanto para o TAB tipo 2 foi de 1,57%. Em relação à prevalência agrupada em um ano, os valores foram de 0,71% para o TAB tipo 1 e 0,50% para o TAB tipo 2. A análise de subgrupos revelou uma prevalência significativamente maior do TAB tipo 1 ao longo da vida, de acordo com os critérios do DSM-IV em comparação com os critérios do DSM-III e DSM-III-R, de acordo com a metodologia proposta pelos autores (32).

No Brasil, a Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (ABRATA) estima que o número de pessoas impactadas pelo TAB pode alcançar 6 milhões. Em 30% a 70% dos casos de bipolaridade, são observadas doenças coexistentes, tais como fobias, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, e síndrome do pânico. Comorbidades psiquiátricas desse tipo são relatadas em cerca de 90% dos pacientes diagnosticados com TAB tipo I ou II. No contexto das comorbidades em geral, condições cardiometabólicas estão associadas à morbimortalidade em indivíduos com TAB. De acordo com a *National Comorbidity Survey Replication*, 94,6% dos pacientes com TAB mencionaram ter pelo menos uma condição comórbida, aumentando o risco de mortalidade cardiovascular em quase 2 vezes comparado à população geral (7,18).

A incidência do TAB geralmente diminui à medida que a idade e o nível educacional do indivíduo aumentam, com pouca associação às características sociais como raça, etnia ou renda. No entanto, é mais comum encontrar uma prevalência maior do TAB em pessoas desempregadas em comparação com aquelas que têm ocupações (7).

De acordo com Petkevicius et al. (2020), observa-se uma prevalência do espectro bipolar de 1,5 em mulheres para cada homem, sendo esse fenômeno atribuível a fatores como violência sexual, física e psicológica. Além disso, situações exclusivas ao sexo feminino, como o puerpério, também podem contribuir para essa disparidade. Outro elemento que pode impactar as estatísticas é a relutância dos homens com TAB em procurar serviços de assistência médica, seja devido ao estigma social ou a questões pessoais. Os dados revelam que 38,5% dos homens e 52,2% das mulheres buscam serviços de saúde (29).

Quanto às condições de saúde coexistentes com o TAB, dados globais indicam que 76,5% das pessoas diagnosticadas com TAB também apresentaram outros distúrbios ao longo de suas vidas. As comorbidades mais comuns associadas ao TAB incluem transtornos de ansiedade (62,9%), transtornos comportamentais (44,8%) e transtornos relacionados ao abuso de substâncias (36,6%). Além disso, observaram-se semelhanças nos padrões de comorbidades relacionadas aos transtornos de ansiedade e ao abuso de substâncias entre os vários países examinados (33).

9 FISIOPATOLOGIA DOS TRANSTORNOS DE HUMOR

Antigamente, a crença predominante era de que os transtornos do humor eram desencadeados por uma desregulação nos sistemas neurotransmissores monoaminérgicos, que incluem a serotonina, norepinefrina e especialmente a dopamina no contexto do TAB. No entanto, as evidências indicam que disfunções nessas vias não foram identificadas. Ao invés disso, observa-se que a modulação e a plasticidade sináptica e neural desempenham um papel crucial na regulação das funções cognitivas e afetivas (27)

Estudos têm evidenciado que a regulação do humor envolve a interação de múltiplos sistemas, e a maioria das drogas eficazes provavelmente não atua isoladamente em um sistema de neurotransmissão específico. Em vez disso, elas modulam o equilíbrio funcional entre os diversos sistemas que interagem. Complexas interações entre sistemas neurais semi-independentes, operando de maneira harmoniosa, são essenciais para a manutenção do apetite, do sono, da estabilização do peso e do interesse na atividade sexual. Essas funções neurovegetativas são frequentemente afetadas nos transtornos de humor (34).

10 FATORES GENÉTICOS E NEUROBIOLÓGICOS ASSOCIADOS AO TAB

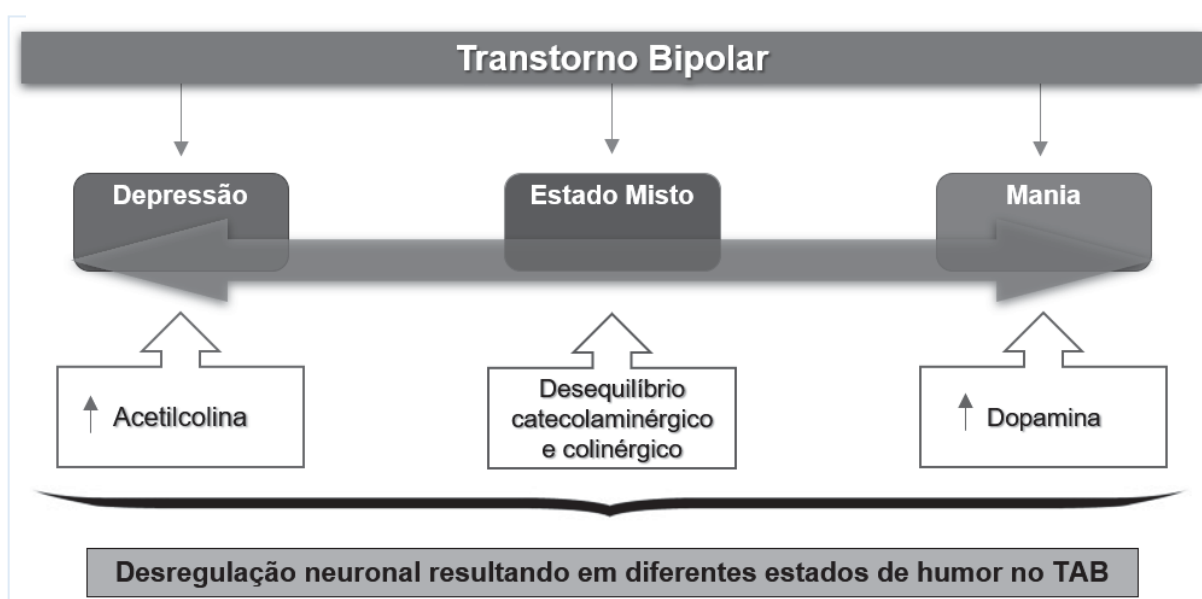
Até o momento, não foi identificado nenhum marcador biológico definitivo para o TAB. No entanto, os principais estudos publicados sustentam a ideia de que a predisposição a esta doença é significativamente influenciada por fatores genéticos, com uma estimativa de herdabilidade de 0,77 de concordância cruzada entre o TAB-I e o TAB-II (18,35). Os genes candidatos associados ao transtorno bipolar foram amplamente investigados, entretanto, nenhum gene singular foi identificado (36). A suscetibilidade genética parece resultar da interação de vários genes com efeitos modestos, em contraste com a presença de um único gene com um efeito dominante (37,38).

Descobertas provenientes de estudos de associação ampla do genoma revelam que múltiplas variantes genéticas estão associadas ao transtorno bipolar (35). Um ponto consistente de suscetibilidade é o CACNA1C, que codifica uma subunidade de um canal de cálcio e desempenha um papel crucial no controle desse canal (39). Além disso, uma análise abrangente de estudos

genéticos indica a participação de diversas vias biológicas no transtorno bipolar, abrangendo desde a sinalização β -adrenérgica cardíaca até a sinalização de hipertrofia cardíaca, sinalização de hormônio liberador de corticotropina, sinalização de endotelina 1, sinalização de glutamato e sinalização de fosfolipase C (38).

Pesquisas buscam compreender os fundamentos neurobiológicos dos estados mistos, abordando aspectos como os genes circadianos, neurotransmissores e flutuações nesses estados. Embora a teoria do desequilíbrio das catecolaminas e da acetilcolina seja amplamente aceita, devido aos substanciais avanços nas pesquisas e na elucidação dos mecanismos moleculares envolvidos, existem estudos que exploram outras possibilidades. A **FIGURA 2** sintetiza a explicação desse mecanismo, destacando a desregulação dos neurotransmissores.

FIGURA 2 Relação dos neurotransmissores nos estados afetivos do TAB



A **Figura 2** representa os principais neurotransmissores envolvidos nas variações dos estados de humor. Sabe-se que a administração de certos medicamentos, como antidepressivos tricíclicos e atípicos, como por exemplo, a bupropiona, possuem a tendência de elevar os níveis de dopamina e noradrenalina, resultando em exacerbações maníacas e indução de estados mistos. Estudos adicionais também indicam que os níveis de acetilcolina estavam elevados em pacientes com depressão unipolar, com alterações na expressão de receptores colinérgicos. **Fonte:** Adaptado de Muneer et al., (2017) (40)

11 FATORES PSICOSOCIAIS

A ocorrência de eventos de vida estressantes tem sido associada a um início mais precoce da doença e a um prognóstico menos favorável. Entre as

várias influências ambientais, merecem destaque as infecções perinatais, complicações obstétricas e traumas na infância, incluindo abuso, violência, negligência física e emocional, além do estresse psicológico na idade adulta e do abuso de substâncias, que se destacam de maneira particular (41).

Uma revisão sistemática realizada por Tsuchiya et al., 2003 investigou várias variáveis, abrangendo aspectos demográficos, histórico médico e antecedentes sociais relacionados ao TAB. O estudo identificou uma correlação positiva entre o status socioeconômico desfavorecido das mulheres, o estado civil de solteiro e o aumento do risco nos primeiros três meses após o parto. Entretanto, outros fatores analisados não apresentaram uma ligação clara com o TAB, embora tenham sido observadas tendências em algumas áreas (42). De maneira geral, os estudos enfrentam desafios na interpretação devido a múltiplas variáveis e resultados inconclusivos. A presença de histórico familiar positivo é o elemento mais correlacionado ao desenvolvimento do TAB, indicando uma significativa interação entre fatores genéticos e ambientais. Ademais, a influência do temperamento pré-mórbido e sua relação com os subtipos de doença justificam uma análise mais profunda (43).

12 TRATAMENTO DO TAB

No TAB, os principais objetivos terapêuticos incluem a redução dos sintomas agudos da doença e a mitigação da gravidade das alterações comportamentais decorrentes do transtorno. Isso visa não apenas aliviar os sintomas, mas também prevenir as possíveis consequências adversas. Entre as abordagens terapêuticas mais mencionadas, destacam-se tanto as estratégias farmacológicas quanto as não farmacológicas (44).

12.1 Tratamento Medicamentoso

O TAB é um distúrbio mental complexo, apresentando uma ampla variação na classificação, curso e sintomas ao longo do tempo para os pacientes, a diversidade nos tratamentos farmacológicos torna ausente um consenso quanto a uma abordagem uniforme de tratamento, terapia de manutenção e efeitos colaterais (45). Desenvolver estratégias farmacológicas enfrenta desafios

devido à diversidade nos quadros clínicos do transtorno e à variação nas respostas individuais aos vários agentes terapêuticos disponíveis, incluindo medicamentos estabilizadores de humor, antipsicóticos e antidepressivos (44).

Diferentes agentes da classe dos estabilizadores de humor e antiepiléticos, tais como lítio, valproato, carbamazepina e lamotrigina, são aprovados para o tratamento do TAB, seja em monoterapia ou em combinação. Apesar de os mecanismos exatos de ação desses medicamentos ainda não terem sido completamente elucidados, existe uma sugestão comum relacionada à sua capacidade de estabilização do humor, envolvendo a inibição do processo de captação do Inositol (46). O lítio foi pioneiro como estabilizador de humor no tratamento de episódios maníacos, permanecendo como a opção inicial de escolha. Sua utilização é frequente devido à extensa pesquisa que respalda sua eficácia comprovada. O lítio mantém sua posição fundamental no tratamento do TAB, especialmente para lidar com a mania aguda e a terapia de manutenção.

Além disso, há indícios de que o lítio contribui para a diminuição do risco de suicídio em pacientes com TAB e, possivelmente, pode apresentar outros benefícios, como a redução do risco de desenvolvimento de transtorno neurocognitivo (5,47,48). Importante ressaltar que o lítio é contra indicado para pacientes com insuficiência renal, e doença cardiovascular significativa pois apresenta efeitos colaterais significativos, incluindo problemas endócrinos, renais e comprometimento cognitivo (49).

Em situações de mania severa, a hospitalização é frequentemente requerida, e o protocolo de tratamento geralmente inclui a combinação de estabilizadores de humor e antipsicóticos. O lítio e o valproato/divalproato de sódio são preferencialmente escolhidos devido ao seu perfil comprovado de eficácia e segurança. Além disso, antipsicóticos como aripiprazol, haloperidol, olanzapina, quetiapina e risperidona são amplamente utilizados. A decisão sobre o tratamento deve levar em consideração vários fatores individuais, como as preferências do paciente, comorbidades, interações medicamentosas e custo.(50).

12.2 Tratamento Não Medicamentoso

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma abordagem concisa e estruturada que se baseia na colaboração entre o paciente e o terapeuta para atingir metas específicas. Embora geralmente conduzida em sessões individuais, com opções de técnicas de grupo, a TCC possui diversos objetivos no tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). Esses objetivos englobam a educação do paciente e de seus familiares sobre a condição, o ensino de métodos para monitoramento de sintomas, a promoção da aceitação da doença e o fornecimento de estratégias para enfrentar sintomas e fatores estressantes. Além disso, a TCC busca fortalecer o suporte familiar, reduzir o estigma associado à doença e tem evidenciado eficácia em vários estudos no tratamento do TAB (51).

Conforme destacado por Bruschi, Silva e Álvares (2019), a psicoterapia desempenha um papel significativo no tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), considerando sua natureza crônica e os impactos duradouros no funcionamento e na qualidade de vida dos pacientes. No entanto, a utilização da psicoterapia ainda é subexplorada. Dado o caráter crônico da doença, é essencial um acompanhamento contínuo ao longo da vida, pois a síndrome é influenciada por diversos fatores, como psicossociais, interpessoais, estigmas sociais e conflitos psicodinâmicos, afetando qualquer pessoa. As abordagens mais amplamente estudadas e divulgadas concentram-se na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e na terapia psicoeducativa, que visa fornecer conhecimento sobre a condição de saúde e promover a autogestão do transtorno (52).

QUADRO 5 Intervenções Psicoeducativas no TAB

INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS
1) Abordagem sobre os elevados índices de recorrência vinculados à enfermidade e sua natureza crônica; 2) Instrução acerca dos fatores desencadeadores, incluindo um treinamento individual para capacitar os pacientes a identificarem os próprios gatilhos; 3) Explicação sobre os agentes psicofarmacológicos, destacando suas vantagens e possíveis efeitos colaterais; 4) Capacitação na identificação precoce de sintomas prodrômicos;

- 5) Elaboração de um "plano de emergência";
- 6) Treinamento na gestão dos sintomas;
- 7) Informações sobre os riscos associados ao consumo de substâncias ilícitas, café e álcool;
- 8) Ênfase na importância de estabelecer rotinas de manutenção, especialmente hábitos de sono;
- 9) Estímulo à adoção de hábitos saudáveis;
- 10) Treinamento em técnicas de gerenciamento do estresse;
- 11) Orientação concreta sobre questões específicas, como gravidez e transtornos bipolares, bem como o risco de suicídio;
- 12) Abordagem do enfrentamento do estigma e de outros desafios sociais relacionados à doença, os quais os pacientes bipolares podem ter dificuldade em discutir com seus amigos "saudáveis".

Fonte: Adaptado de Bruschi; Silva; Álvares, (2019) (53).

13 A PSICOMETRIA NA AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS DE HUMOR COM ENFOQUE NO TAB

A descoberta dos psicofármacos levou à demanda pelo desenvolvimento de escalas de mensuração de sintomas e avaliação dos efeitos dos medicamentos psicoativos. O emprego sistemático de instrumentos de avaliação na psiquiatria se estabeleceu nas décadas de 1950 e 1960, embora sua utilização tenha se iniciado no final do século XIX (54). No entanto, foi apenas após a publicação da monografia de Feinstein sobre a clinimetria, em 1987, que este domínio científico foi mais completamente delineado (55).

Ramos e Hamdam (2016) ressaltam que os instrumentos psicométricos (IP) empregados na avaliação neuropsicológica não avaliam diretamente a cognição, mas, em vez disso, mensuram comportamentos pelos quais inferências são feitas sobre o funcionamento cognitivo. Isso torna as correlações entre o desempenho nos IP e o funcionamento diário do indivíduo um desafio significativo para o campo da avaliação psicológica e psiquiátrica (56)

Antes dos IP serem aceitos para utilização, é imprescindível que os instrumentos forneçam dados precisos, válidos e passíveis de interpretação para a avaliação da saúde da população. Além disso, é essencial que tais medidas produzam resultados cientificamente robustos. A qualidade do desempenho dessas medidas está intrinsicamente ligada à confiabilidade e validade dos

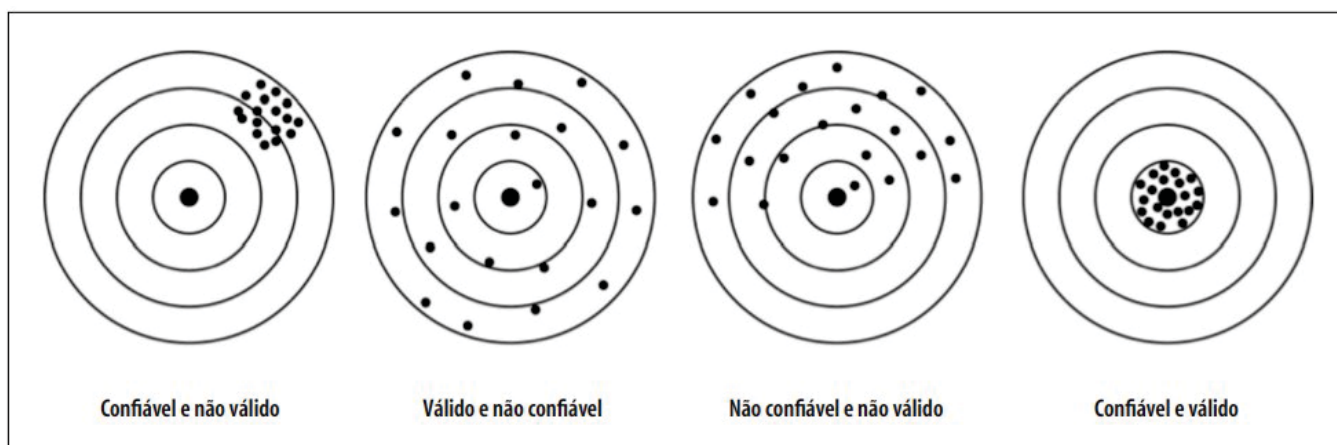
instrumentos. Apesar de existirem divergências em alguns aspectos, os pesquisadores concordam unanimemente que a confiabilidade e validade além da sensibilidade e especificidade são as propriedades de medida mais essenciais dos instrumentos (57–60).

13.1 A Confiabilidade E Validade

A confiabilidade, também conhecida como fidedignidade, refere-se à habilidade de reproduzir um resultado de maneira consistente ao longo do tempo e do espaço, ou quando observado por diferentes observadores. Isso implica aspectos relacionados à coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade, sendo um dos critérios fundamentais para avaliar a qualidade de um instrumento (61).

Diversos elementos do ambiente de avaliação, como avaliadores, características da amostra, tipo de instrumento e método de administração, assim como o método estatístico empregado, influenciam as estimativas de confiabilidade. Assim, para uma interpretação adequada dos resultados de uma pesquisa que utiliza instrumentos de medida, é essencial apresentar de maneira clara as condições de avaliação e a abordagem estatística utilizada (62,63)

A validade de conteúdo diz respeito ao nível em que o material de um instrumento reflete de maneira apropriada o construto que está sendo medido. Em outras palavras, é a avaliação de quão representativa uma amostra de itens é em relação a um universo ou domínio específico de conteúdo. Por exemplo, um instrumento destinado a avaliar a satisfação no trabalho não deve abordar apenas a satisfação em si, mas também deve incluir outras variáveis relacionadas, como remuneração e oportunidades de promoção (64). Na Figura 3 é apresentada a representação visual dos conceitos de validade e confiabilidade.

FIGURA 3. – Representação Visual Dos Conceitos De Validade E Confiabilidade.

A **Figura 3** representa as interações potenciais entre confiabilidade e validade que podem ser ilustradas por meio de quatro alvos. No primeiro alvo representado, os lançamentos foram confiáveis, atingindo o mesmo ponto, mas não atingiram o centro do alvo, sendo assim considerados inválidos. No segundo alvo, pode-se considerar que é válido, embora não seja confiável, já que os pontos atingidos não se concentraram em um local específico, dispersando-se por todo o alvo. O terceiro alvo não demonstrou confiabilidade e validade, uma vez que os pontos atingidos se espalharam apenas na parte superior do alvo. O quarto alvo representa o exemplo ideal de confiabilidade e validade, pois os lançamentos atingiram o local desejado de maneira consistente, diretamente no centro do alvo. Essas relações podem ser aplicadas igualmente à avaliação das propriedades de medida dos instrumentos. **Fonte:** Adaptado de Babbie (65).

13.2 A sensibilidade e especificidade

Observa-se que em um teste dicotômico, existem poucas combinações possíveis de resultados: o teste pode ser positivo e a doença está presente (verdadeiro positivo), positivo e a doença está ausente (falso positivo), negativo e a doença está presente (falso negativo), ou negativo e a doença está ausente (verdadeiro negativo). Sensibilidade é a chance de o teste identificar corretamente a presença da doença em um indivíduo doente, enquanto que a especificidade é a probabilidade de o teste corretamente descartar a presença da doença em um indivíduo saudável. A prevalência refere-se à proporção de pessoas acometidas pela doença na amostra analisada. O Valor Preditivo Positivo (VPP) é a probabilidade de um indivíduo com resultado positivo no teste realmente estar doente. Por outro lado, o Valor Preditivo Negativo (VPN) representa a probabilidade de um indivíduo com resultado negativo no teste estar verdadeiramente livre da doença (66)

A sensibilidade e a especificidade são características inerentes ao teste e, teoricamente, independentes da população em estudo. Por outro lado, os valores preditivos estão intrinsecamente ligados à prevalência da doença,

resultando em diferentes valores mesmo para um teste com sensibilidade e especificidade idênticas, quando aplicado em populações com prevalências distintas. Isso implica que os valores preditivos de um teste em um estudo só podem ser generalizados para outras populações se a prevalência for semelhante à da amostra original (66).

O impacto da prevalência nos valores preditivos pode não ser imediatamente evidente, mas pode ser elucidado por meio de uma tabela de contingência. Uma abordagem para compreender isso é imaginar que, em uma prevalência máxima, todos os resultados positivos serão verdadeiros, mesmo que o teste não seja perfeito. Assim, à medida que a prevalência aumenta, o VPP aumenta, enquanto o VPN diminui (66,67).

14 IP UTILIZADOS NO CONTEXTO DO TAB

Carvalho et al. (2015) (68) destacam a utilidade do emprego de IP de autorrelato para o rastreamento eficaz do TAB, proporcionando uma abordagem eficiente em termos de custo e tempo na triagem. Dentre os IP destinados a essa finalidade, podemos mencionar alguns questionários específicos para avaliação dos transtornos do humor, a exemplo do: Questionário de Transtorno do Humor (MDQ), a Escala de Diagnóstico do Espectro Bipolar (BSDS), a Lista de Verificação Hipomaníaca (HCL-32) e o Questionário de Transtorno de Humor (QTH), todos destinados a aprimorar o processo de identificação do TAB.

O Questionário de Transtorno do Humor MDQ (Mood Disorder Questionnaire) é um instrumento psicométrico autoaplicável dividido em três seções. A primeira parte é composta por 13 itens nos quais o respondente indica se os sintomas maníacos ou hipomaníacos estão presentes, respondendo "sim" ou "não". A segunda parte inclui uma pergunta sobre a ocorrência simultânea de sintomas, que varia entre "sim" ou "não". A última pergunta na terceira parte avalia o impacto e comprometimento causados pelos sintomas, sendo atribuída uma pontuação em uma escala de 1 a 4 pontos. Esse questionário visa identificar de maneira eficaz os sintomas associados ao transtorno do humor (69).

Conforme destacado por Castelo et al. (2010) (70), diversos estudos referem-se ao Questionário de Transtorno do Humor (MDQ) como uma ferramenta recomendada para o rastreamento do TAB em amostras clínicas.

Segundo Sanches (2019) (71), a versão em língua portuguesa do MDQ demonstrou ter aproximadamente 88,7% de sensibilidade e 81,4% de especificidade. Este instrumento revelou-se eficaz em termos de economia de tempo e viabilidade para a identificação de transtornos bipolares. Importante ressaltar que, embora o MDQ ofereça subsídios valiosos para a investigação de transtornos do espectro bipolar, ele não substitui a avaliação psiquiátrica holística. Sua aplicação é complementar, fornecendo informações úteis que podem orientar a investigação clínica, mas a avaliação completa por um profissional de saúde mental continua sendo crucial para uma compreensão abrangente da condição do paciente.

A Escala de Diagnóstico do Espectro Bipolar (BSDS) é um instrumento psicométrico concebido para auxiliar na identificação e avaliação de sintomas associados ao espectro bipolar. Composta por uma série de questões que abrangem aspectos relacionados a sintomas maníacos e hipomaníacos, a BSDS se destaca por sua utilidade no rastreamento desses transtornos do humor. Desenvolvida para ser uma ferramenta eficaz, a escala proporciona uma abordagem sistemática na avaliação dos sintomas bipolares. O desenvolvimento e validação desta ferramenta foram descritos no trabalho original de Ghaemi et al. (2005) (72).

15 SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS

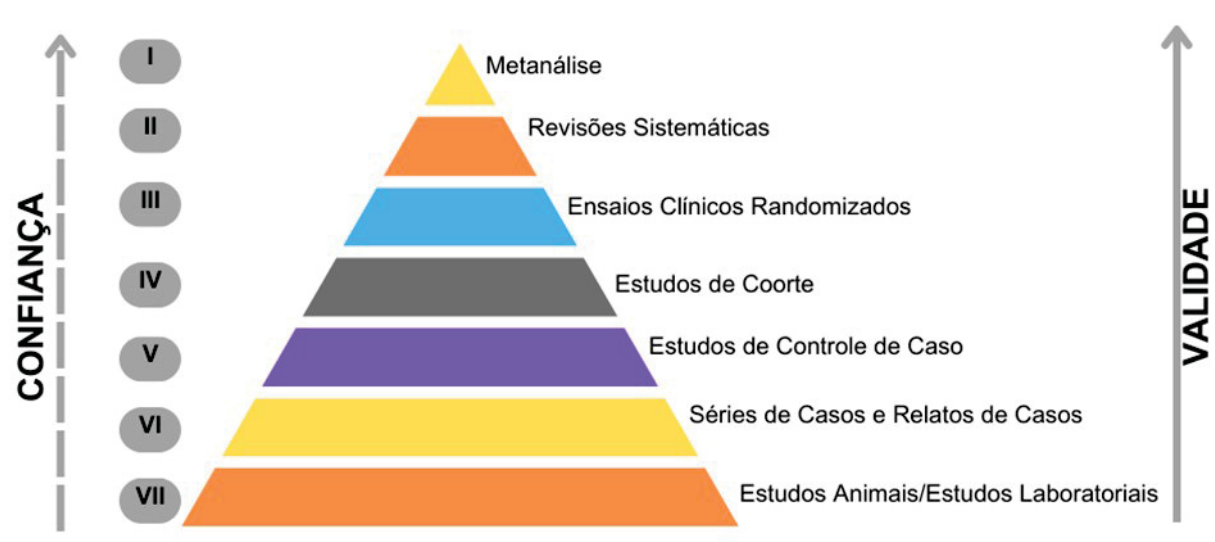
A prática da saúde baseada em evidências (SBE) estabelece a conexão entre a pesquisa científica e a aplicação clínica, utilizando evidências científicas sólidas para guiar os tratamentos. Este enfoque abrange a efetividade (eficácia no mundo real), a eficiência (acessibilidade do tratamento), a eficácia (resultados ideais) e a segurança. A validade interna do estudo deve abordar cuidadosamente esses aspectos. A SBE surgiu da convergência entre a epidemiologia e a pesquisa clínica, representando uma área de conhecimento que resulta da colaboração entre esses dois domínios. O processo da SBE inicia-se com a formulação de uma pergunta clínica precisa, um passo crucial para prevenir viés ao longo de todo o projeto de pesquisa. Uma pergunta científica bem elaborada contempla a condição clínica, a intervenção, o grupo de controle e o desfecho clínico desejado (73).

A abordagem de saúde baseada em evidências implica na utilização criteriosa e consciente das evidências científicas mais sólidas para informar as decisões sobre cuidados preventivos e terapêuticos, direcionados tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais (74).

A saúde baseada em evidências concentra-se em sistemas de classificação de evidências, os quais são comumente estruturados hierarquicamente, dependendo do desenho da pesquisa, ou seja, da abordagem metodológica utilizada no desenvolvimento do estudo (75). Na **FIGURA 4** a seguir, podemos verificar o agrupamento de forma hierárquica das evidências advindas dos diferentes tipos de estudos.

É conhecido que, desde a sua concepção, a Saúde Baseada em Evidências (SBE) incorpora um princípio que estabelece uma hierarquia de evidências, destacando que nem todas as evidências são igualmente válidas. No início da década de 1990, esse princípio passou a ser amplamente reconhecido à medida que os profissionais de saúde adquiriram habilidades essenciais em epidemiologia clínica para avaliar e aplicar evidências na prática. Dessa forma, a representação original dessa hierarquia por meio de uma pirâmide proporcionou uma justificativa inequívoca (76)

FIGURA 4. Hierarquização dos níveis de evidência

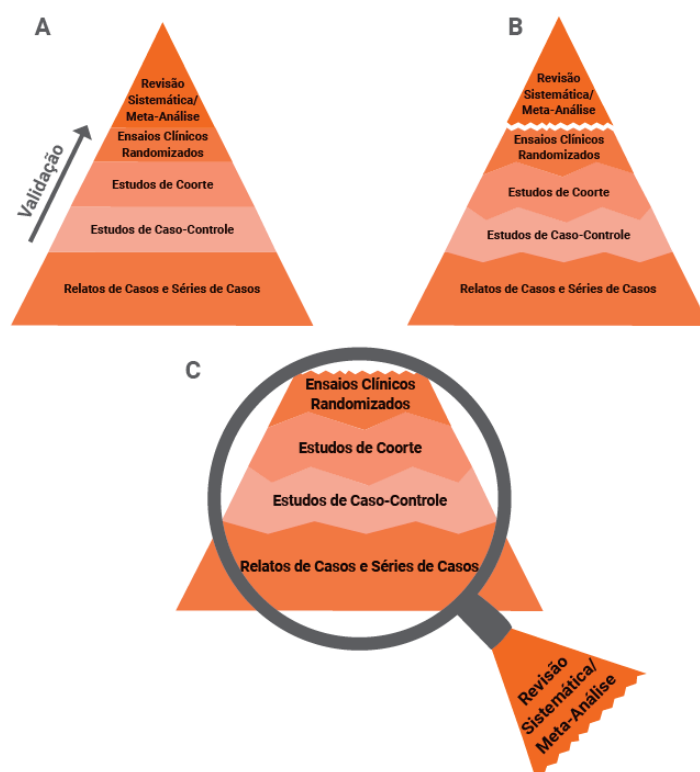


Fonte: Adaptado de Oliveira *et al.*, 2010 (74)

Consequentemente, diversas versões da pirâmide de evidências foram propostas, todas enfatizando desenhos de estudo menos robustos na base, como estudos de caso-controle e de coorte, e colocando no topo ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e meta-análises. Duas alterações principais foram implementadas:

A primeira mudança ocorreu na representação hierárquica, substituindo as linhas retas por linhas onduladas. Essas linhas ascendem e descendem para refletir a abordagem de classificação Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE), que varia conforme os diferentes domínios da qualidade da evidência. A segunda modificação envolveu o reposicionamento das revisões sistemáticas, afastando-as do topo da pirâmide e incorporando-as como uma ferramenta para avaliar e utilizar outros tipos de pesquisa, incluindo o processo de seleção de estudos nas revisões sistemáticas e a realização de meta-análises para gerar estatísticas resumidas e tamanhos de efeito únicos. Essas mudanças visam fornecer uma abordagem mais abrangente na análise das partes interessadas e no uso de evidências (76–78).

FIGURA 5. Nova Pirâmide da Saúde Baseada em Evidências



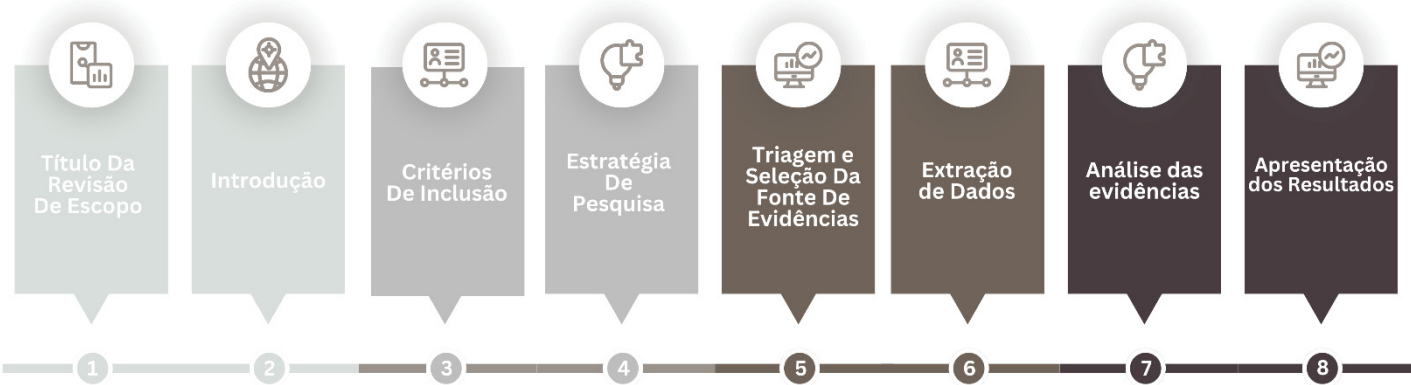
16 REVISÕES DE ESCOPO

Uma Revisão de Escopo se configura como um tipo de revisão bibliográfica. Essa abordagem se destaca por examinar a extensão, abrangência e natureza do conhecimento científico relacionado a um tema específico de pesquisa. Ao contrário de outros tipos de revisões, que tendem a focar em questões mais precisas, as revisões de escopo abordam perguntas de pesquisa mais abrangentes e podem incluir estudos com modelagens metodológicas variadas (79).

Nesta metodologia, os revisores desempenham a função de apresentar uma visão abrangente da literatura relacionada ao campo de interesse, abordando o volume, natureza e características predominantes dos estudos. Sob essa perspectiva, a revisão de escopo é valiosa para a identificação de tipos de evidências existentes, a análise de lacunas no conhecimento, a síntese, sumarização e divulgação de resultados de pesquisa que podem contribuir na condução de políticas e orientar práticas profissionais. Além disso, ela esclarece os conceitos e definições principais da literatura de interesse, bem como examina a condução da pesquisa em um determinado tópico ou área de conhecimento (79). A revisão de escopo também tem como objetivo destacar o que ainda não foi abordado, os chamados "gaps" na literatura, proporcionando direcionamento para pesquisas futuras.

Por ser um tipo de pesquisa voltada para a identificação do escopo da literatura, as revisões de escopo não têm como objetivo a avaliação dos estudos selecionados. Dessa forma, elas desempenham um papel preliminar útil para a realização de revisões sistemáticas, pois possibilitam a análise das evidências emergentes e a indicação de questões de pesquisa mais específicas sobre um tema. Essas questões, por sua vez, poderiam ser abordadas por uma revisão sistemática completa, que implica na avaliação da qualidade das evidências científicas, além de estudos com abordagens metodológicas mais abrangentes a exemplo de revisões de revisões sistemáticas (80). Na **Figura 6** e Tabela 1 é delineado o processo de elaboração e condução de uma revisão de escopo.

FIGURA 6. Fluxograma para elaboração e condução de uma revisão de escopo.



Fonte: O autor (2024)

A **Tabela 1** a seguir, descreve as etapas de elaboração de uma revisão de escopo, onde contempla informações essenciais para a condução e desenvolvimento deste tipo de estudo.

TABELA 1 Etapas De Elaboração De Uma Revisão De Escopo.

ETAPA		DESCRIÇÃO
Título Da Revisão De Escopo		O título precisa ser esclarecedor e indicar de maneira inequívoca o tema abordado na revisão de escopo. É fundamental que o título contenha a expressão " ...: uma revisão de escopo", assegurando assim uma identificação fácil do tipo de documento que representa.
Introdução		A introdução deve ser abrangente, abordando todos os elementos principais do tema em análise. Dado que as revisões de escopo são, em sua essência, exploratórias, não se espera que o contexto englobe todo o conhecimento existente na área sob análise. É crucial indicar de forma clara a razão para realizar a revisão de escopo, juntamente com o propósito informativo almejado por ela. A justificativa para conduzir a revisão de escopo deve ser cuidadosamente articulada e apresentada nesta seção, precedendo a declaração dos objetivos.
Critérios De Inclusão		Os "critérios de inclusão" na revisão delineiam a fundamentação para a inclusão das fontes na revisão de escopo e devem ser explicitamente estabelecidos. Esses critérios servem como um roteiro para que o leitor compreenda claramente as intenções dos revisores e, de maneira crucial, orientam os próprios revisores na tomada de decisões sobre as fontes a serem incorporadas na revisão de escopo. A metodologia JBI recomenda a formulação do título e da questão de pesquisa utilizando o mnemônico "PCC", que representa P - população, C - conceito e C - contexto.
Estratégia De Pesquisa		A estratégia de pesquisa para uma revisão de escopo deve visar, idealmente, ser abrangente dentro das limitações de tempo e recursos disponíveis. O objetivo é identificar tanto fontes primárias de evidências publicadas quanto não publicadas (como literatura cinzenta ou de difícil acesso), além de revisões relevantes. Qualquer restrição em termos de amplitude e extensão da estratégia de pesquisa deve ser minuciosamente detalhada e justificada.
Triagem E Seleção Da Fonte De Evidências		A revisão deve fornecer uma descrição detalhada do processo efetivo de triagem das fontes de evidências, abrangendo todas as etapas de seleção, incluindo a análise de título e resumo, assim como a avaliação do texto completo. Além disso, é fundamental apresentar os procedimentos concretos utilizados para solucionar discrepâncias entre os revisores.
Extração de Dados		Nas revisões de escopo, a fase de extração de dados é conhecida como "gráfico de dados". Esse procedimento visa oferecer ao leitor um resumo lógico e descritivo dos resultados alinhados aos objetivos e perguntas da revisão de escopo.

	Durante a etapa de coleta de dados, é recomendável desenvolver e testar um esboço de tabela ou formulário gráfico para registrar informações-chave da fonte, como autor, referência e resultados relevantes para as questões da revisão. Essa estrutura pode ser refinada durante a revisão, com a tabela gráfica sendo atualizada conforme necessário. Alguns elementos essenciais que os revisores podem optar por incluir são: 1. Autor(es) 2. Ano de publicação 3. Origem/país de origem (onde a fonte foi publicada ou conduzida) 4. Objetivos/propósito 5. População e tamanho da amostra dentro da fonte de evidência (se aplicável) 6. Metodologia/métodos 7. Tipo de intervenção, comparador e detalhes (por exemplo, duração da intervenção) (se aplicável) 8. Resultados e detalhes destes (por exemplo, métodos de medição) (se aplicável) 9. Principais conclusões relacionadas às perguntas da revisão de escopo.
Análise das evidências	É crucial enfatizar que as revisões de escopo não realizam uma síntese dos resultados provenientes das fontes de evidências incluídas, já que essa abordagem é mais apropriada na condução de revisões sistemáticas. Em certos casos, os autores de revisões de escopo podem escolher extrair os resultados e mapeá-los de maneira descritiva, em vez de analítica. Por exemplo, uma revisão de escopo pode extrair os resultados das fontes incluídas e mapeá-los, sem, no entanto, tentar avaliar a certeza desses resultados ou sintetizá-los da mesma forma que seria feito em revisões sistemáticas.
Apresentação dos Resultados	O propósito primordial do mapeamento de dados é discernir, caracterizar e consolidar as evidências de pesquisa relacionadas a um determinado tópico, com a finalidade de identificar lacunas na investigação (81). Os resultados de uma revisão de escopo podem ser representados de maneira visual, sob a forma de um mapa dos dados extraídos dos artigos incluídos, seja por meio de representação diagramática ou tabular, e/ou de maneira descritiva, alinhando-se aos objetivos e ao escopo da revisão. Os elementos presentes nos critérios de inclusão do PCC podem servir como guia para orientar a adequada forma de mapeamento dos dados.

17 VISÃO GERAL DAS REVISÕES SISTEMÁTICAS

O objetivo das revisões sistemáticas (RS) é apresentar uma síntese completa e imparcial de diversos estudos relevantes em um único documento, empregando métodos rigorosos e transparentes. Elas buscam consolidar e resumir o conhecimento existente, esforçando-se para identificar "todas" as evidências pertinentes a uma questão específica (82).

Nos anos 1970 e 1980, RS e meta-análises começaram a se destacar em diversas áreas da saúde. Na década de 1990, houve uma confusão entre os termos "revisão sistemática" e "meta-análise", destacando-se a importância da abordagem sistemática para mitigar preconceitos nas revisões, considerada como uma questão distinta da meta-análise. Chalmers e Altman (1995) propuseram a restrição do termo 'meta-análise' ao processo de síntese estatística, ou seja, a meta-análise poderia ou não fazer parte de uma revisão sistemática. O interesse crescente em RS deu origem a grupos internacionais e interdisciplinares de acadêmicos, como o JBI (Joanna Briggs Institute), Cochrane, The Campbell Collaboration, entre outros, que promovem e expandem as práticas de revisões sistemáticas (83–85).

A quantidade de literatura relevante na área da saúde está aumentando rapidamente, com milhares de estudos sendo publicados todos os anos. O desenvolvimento das RS na saúde é em grande parte uma resposta ao reconhecimento de que a enorme quantidade de evidências de pesquisa torna desafiador para os tomadores de decisão utilizarem as melhores informações disponíveis para embasar suas decisões. As RS empregam uma abordagem científica rigorosa para avaliar um conjunto existente de evidências de pesquisa, visando identificar estudos originais, realizar uma avaliação crítica dos estudos verificados, por fim, resumir e sintetizar os resultados de pesquisas de alta qualidade em um único manuscrito (85).

As *Cochrane Overviews of Reviews*, também conhecidas como Visões Gerais de Revisões desenvolvidas pelas recomendações da Cochrane, conhecidas também por "umbrella reviews" revisões guarda-chuva segundo o JBI empregam métodos explícitos e sistemáticos para pesquisar e identificar diversas revisões sistemáticas relacionadas a questões de pesquisa específicas na mesma área temática. O objetivo

é extrair e analisar os resultados dessas revisões de forma abrangente. Nessas análises, a unidade de busca, inclusão e análise de dados é a revisão sistemática. As *overviews* de RS geralmente são conduzidas para abordar perguntas relacionadas à prevenção ou tratamento de diferentes distúrbios, ou seja, questões envolvendo intervenções de saúde. Elas podem abranger tanto Revisões Cochrane de intervenções quanto revisões sistemáticas publicadas fora da Cochrane, ou seja, revisões não-Cochrane. O público-alvo dessas Visões Gerais são os tomadores de decisão na área da saúde, o que engloba profissionais de saúde, formuladores de políticas, pesquisadores, agências de financiamento (86,87). Na **Tabela 2** são apresentadas as etapas de elaboração de uma *overview* de revisões sistemáticas.

TABELA 2. Etapas De Elaboração De Uma Overview de Revisões Sistemáticas

ETAPAS	DESCRIÇÃO
Objetivos	Condensar as conclusões de revisões sistemáticas que investigam os impactos de intervenções.
Critério De Seleção	Explicar os critérios clínicos e metodológicos para inclusão e exclusão, sendo o foco do estudo o desenho da revisão sistemática.
Pesquisa	Ampla busca por revisões sistemáticas pertinentes.
Inclusões	Adicionar todas as revisões sistemáticas que cumpram os critérios de inclusão.
Avaliação Da Qualidade Metodológica	Examinar a qualidade metodológica e os riscos de viés nas revisões sistemáticas incluídas. Além disso, apresentar as avaliações de risco de viés para os estudos primários contidos nessas revisões sistemáticas.
Coleta De Dados	Deve levar em consideração os dados descritos e expostos nas revisões sistemáticas incorporadas.
Análises	Condensar ou reexaminar os dados dos resultados presentes nas revisões sistemáticas incluídas.
Certeza Da Evidência	Apresentar as avaliações fornecidas nas revisões sistemáticas, se disponíveis. Em caso contrário, considerar avaliar a certeza da evidência com base nos dados reportados nas revisões sistemáticas.

Fonte: Adaptado de Higgins et al.,(2023) (87)



CAPÍTULO 2 – INSTRUMENTOS
PSICOMÉTRICOS APLICADOS A PACIENTES
PORTADORES DE TRANSTORNO AFETIVO
BIPOLAR: UMA *OVERVIEW* DE REVISÕES
SISTEMÁTICAS



18 MÉTODOS

18.1 Delineamento Do Estudo

O presente estudo trata-se de uma overview de revisões sistemáticas acerca de IP aplicados a pacientes portadores de TAB. O delineamento do estudo foi realizado de acordo com as recomendações do *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (2023) para condução de overview de revisões sistemáticas (87).

18.2 Registro Do Protocolo

Este estudo teve seu protocolo registrado junto a plataforma PROSPERO (*International Prospective Register of Systematic*) sob número de registro **CRD42023444872**. Trata-se de um banco de dados internacional destinado a registro de revisões sistemáticas e overviews de revisões sistemáticas, desenvolvido pelo *Center for Reviews and Dissemination* (CRD) da Universidade de York na Inglaterra (88).

18.3 Critérios De Elegibilidade

Este estudo objetivou verificar os IP existentes na literatura, aplicados a pacientes com TAB. Para isso, essa pesquisa incluiu revisões sistemáticas de estudos primários publicadas até dezembro de 2023, sem restrição de idioma, que investigaram e analisaram os IP utilizados na prática clínica para acompanhamento e triagem de TAB em pacientes adultos, sob quaisquer cenários clínicos (pacientes hospitalizados ou não).

Foram excluídos deste estudo as revisões sistemáticas com ou sem meta-análise que não disponibilizavam informações completas e adequadas acerca do tema de interesse, estudos onde os IP foram direcionados a outras condições clínicas que não o TAB, ou que investigassem condições específicas de saúde que fugissem da temática central, além de estudos conduzidos em populações pediátricas, obedecendo os critérios estabelecidos conforme o acrônimo PICOS.

18.4 Estratégia PICO

A estratégia PICOS do mnemônico (População, Intervenção, Comparação e “Outcomes” – desfechos, e Design de estudos “study design”) é recomendada pelas práticas baseadas em evidência (PBE). No contexto da SBE, esses quatro componentes do PICO são fundamentais a elaboração de questões de pesquisa e da criação da pergunta para elaboração da busca bibliográfica adotada na pesquisa. Essa estratégia é recomendada no sentido de construir questões de pesquisa das mais variadas origens, que podem ser provenientes da clínica, da manutenção de recursos humanos bem como de materiais, e na verificação de instrumentos para avaliação de sinais e sintomas, dentre outros contextos (89–91). Na **FIGURA 1** a seguir, podemos visualizar a estratégia PICO aplicada e delineada a essa overview.

FIGURA 1 – Utilização da Estratégia PICOS



Fonte: O autor (2024).

18.5 Métodos De Pesquisa Na Identificação Dos Estudos

Buscou-se construir a estratégia de busca desta overview com a colaboração de pesquisadores expertise na área, aplicando-a nas bases de dados referidas, conforme material suplementar no apêndice, que exhibe a disposição da estratégia de busca nas referidas bases de dados.

18.6 Identificação Dos Estudos

Após a busca em cada uma das 4 bases de dados mencionadas, os resultados foram exportados para a plataforma de gerenciamento de estudos Rayyan® (92) e foi criado um arquivo separado para cada base de dados. Cada arquivo no Rayyan® registrou as seguintes informações sobre cada estudo: nome, autor, título, revista de publicação, número, volume, páginas, seção, resumo e palavras-chave. Foi designado a remoção dos estudos proveniente da base de dados que fornecesse o maior volume de informações suplementares, incluindo palavras-chave, país de publicação, informações de contato do autor, entre outros. Ao concluir esse processo de seleção, obteve-se um conjunto de estudos únicos.

18.7 Seleção Dos Estudos

Dois revisores independentes (LDP e EA) realizaram a triagem dos estudos provenientes na base de dados direto na plataforma Rayyan®. Os revisores realizaram a leitura dos títulos e resumos dos estudos tomando como base etapas de seleção previamente definidas no protocolo de estudo, que foram examinadas de modo simultâneo durante as análises:

➤ **Primeira etapa:** Caracterização dos estudos

Foi verificado durante a leitura dos títulos e resumos o desenho do estudo para confirmação de que se trataria de uma revisão sistemática.

➤ **Segunda etapa:** Caracterização do objeto de estudo

Na etapa de elegibilidade, a verificação realizada pelos revisores durante a leitura na íntegra buscou detectar nos estudos a presença de IP relacionados ao diagnóstico, acompanhamento ou rastreamento de pacientes portadores de TAB, considerando os mais variados instrumentos possíveis dentro deste contexto. As divergências encontradas pelos revisores foram discutidas com um terceiro revisor (WCT) até se chegar a um consenso.

18.8 Síntese De Resultados

Buscou-se extrair as seguintes informações das RS incluídas para esta pesquisa: Ano de estudo, periódico ao qual o estudo foi publicado, idioma da pesquisa, IP identificados, principais resultados do estudo, tipos de estudos primários incluídos nas RS, entre outros dados.

18.9 Análise Da Qualidade Metodológica

De forma independente, dois avaliadores (LDP e EAS) examinaram a qualidade metodológica das RS incluídas nesta overview utilizando a ferramenta *A Measurement Tool to Assess systematic Reviews 2* (AMSTAR-2), tendo quaisquer divergências encontradas nas análises resolvidas pela avaliação de um terceiro revisor (WCTR). A ferramenta AMSTAR-2 dispõe de 16 itens, que podem receber a classificação “sim”, “não”, “sim parcial” ou “não aplicável” para cada item, baseando-se nas informações disponibilizadas pelas revisões analisadas. Alguns itens da ferramenta são categorizados como críticos, podendo interferir de forma importante na classificação final. Os itens da ferramenta podem ser observados na tabela 1 localizada no apêndice, que expõe os domínios que a ferramenta avalia além de categorizar quais destes são considerados como itens decisivos no processo avaliativo. Após a sumarização dos resultados, a avaliação final dos 16 itens, a qualidade metodológica pode ser definida como alta, moderada, baixa ou criticamente baixa (93)

19 RESULTADOS

De acordo com estratégia de busca empregada foram identificados um total 130 registros nas respectivas bases de dados MedLine (53), APA PsycINFO (73), Embase (3) e Cochrane Library (1). Seguiram excluídos, inicialmente, 37 estudos por estarem duplicados. Na etapa de triagem, 93 estudos foram analisados quanto a títulos e resumos, após isso, 19 estudos foram lidos na íntegra na etapa de elegibilidade restando apenas 7 estudos incluídos nesta overview. O fluxograma abaixo descreve as etapas e condução do processo de seleção dos estudos para esta pesquisa.

Aplicou-se o teste de Kappa para avaliar o nível de concordância dos revisores na etapa de avaliação de títulos e resumos, utilizando a fórmula a seguir:

$$K = \frac{N^{\circ} \text{ de estudos em conflito}}{N^{\circ} \text{ total de estudos}} - 1$$

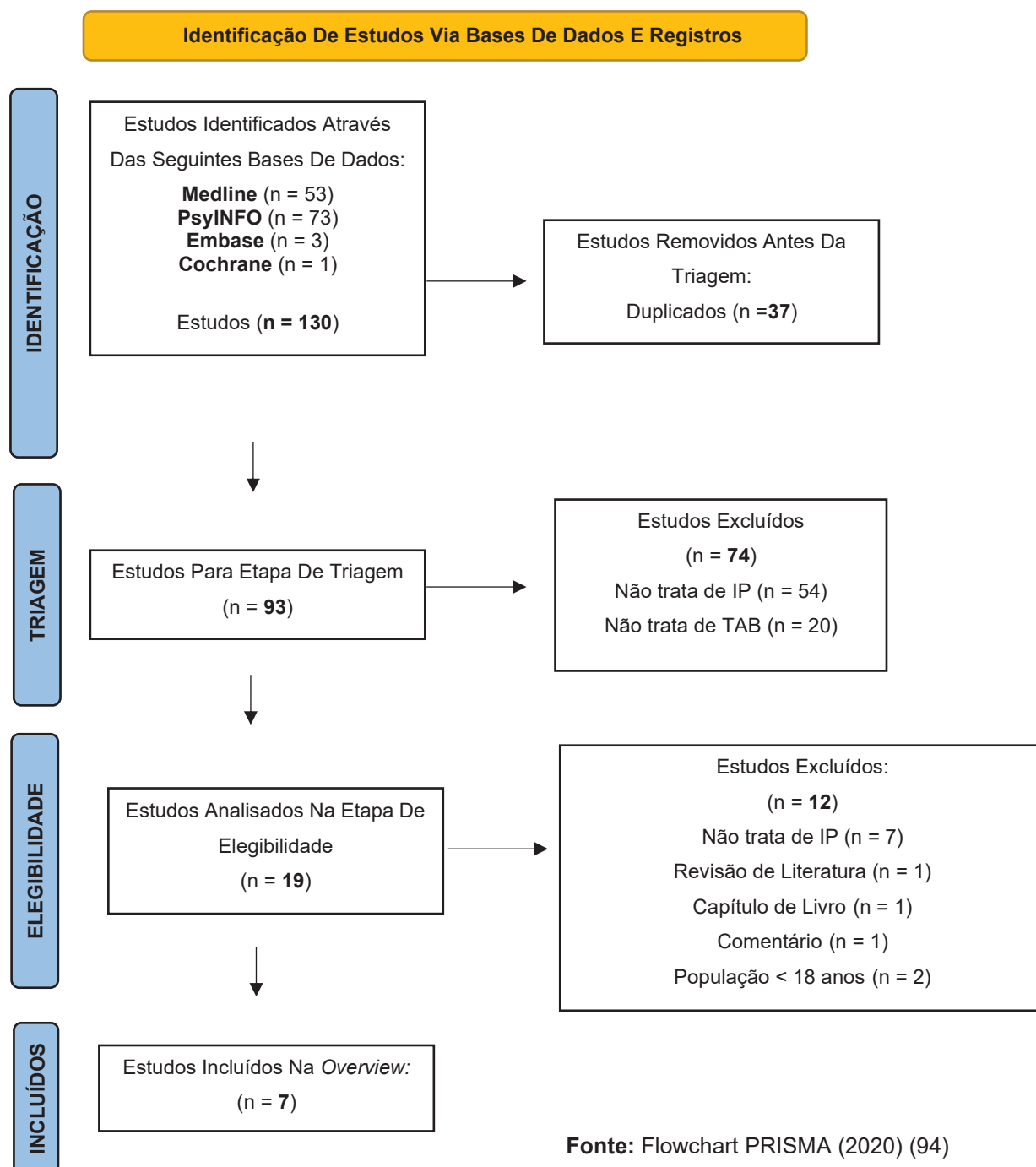
Estudos em conflito: estudos das bases de dados onde houve divergência pelos revisores acerca da inclusão ou exclusão para seguir na etapa de elegibilidade.

$$K = \frac{17}{130} - 1 = 0,87$$

Total de estudos: Todos os estudos extraídos das bases de dados pré-selecionadas.

Diante desses resultados, o valor do Kappa de (K= 0,87) demonstrou 87% no nível de concordância (forte) entre os avaliadores. Após estas análises foi decidido pela inclusão de um total de 7 estudos, incorporados a essa overview.

FIGURA 7. Fluxograma PRISMA para Processo de Desenvolvimento de uma Overview de Revisão Sistemática



Na **TABELA 3** a seguir, são apresentadas as características gerais dos estudos incluídos nesta overview. Um total de 7 estudos foram incorporados a esta revisão pois apresentaram os critérios de elegibilidade pré-definidos. O anos de publicação dos estudos variou entre 2015 a 2022. O idioma inglês predominou em 100% (7/7) dos estudos incluídos, e todas as revisões sistemáticas foram compostas por estudos transversais. Com relação ao número de bases de dados utilizadas na busca bibliográfica das revisões, observa-se uma variação mínima de duas bases nos estudos **Nº 4** e **7** conduzidos por Ratheesh *et al.*, (2015) (95) e Youngstrom *et al.*, (2018) (96) respectivamente. As bases de dados utilizadas por esses autores foram a Medline e a PsylINFO. Em contrapartida, o estudo que realizou uma busca mais abrangente, considerando o maior número de banco de dados utilizados, foi o estudo desenvolvido por Cerimele *et al.*, (2019) (97) no qual foi utilizada um total de 7 bases de dados distintas.

Dos estudos incluídos nesta overview, apenas 57,14% (4/7) destes, empregaram uma meta análise, um técnica estatística que tem como objetivo combinar resultados de diversos estudos de forma a reproduzir uma síntese quantitativa dos dados verificados. Essa técnica possibilita realizar uma visão geral dos resultados, onde o cenário destes, podem se mostrar aparentemente discordantes (98,99). Para além disso, verificamos que as ferramentas de avaliação de qualidade de estudos que mais ocorreram foi o *Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies 2* (QUADAS-2), em aproximadamente 57,14% dos estudos, seguidos pelo *Standards for Reporting of Diagnostic Accuracy* (STARD) e o *Newcastle Ottawa Scale* (NOS).

Com relação a análise da qualidade metodológica dos estudos incluídos nesta overview, a **TABELA 5** expõe os resultados desta avaliação. Verificamos que 14,3% (1/7) dos estudos apresentou “qualidade alta”, 14,3% (1/7) “baixa qualidade”, 14,3% (1/7) “qualidade moderada”. Contudo, verificamos ainda que 57,1% (4/7) apresentaram qualidade criticamente baixa, dentre eles o estudo de Carvalho *et al.*, (2015) não obteve respostas satisfatórias com relação aos itens críticos Nº 7 e 13. Já o estudo de Cerimele *et al.*, (2019) não atendeu aos itens críticos Nº 9, 11,13, e 15, seguido do estudo de Meyer *et al.*, (2020), itens Nº 7,9,11,13 e 15, por fim, o estudo realizado por Sayyah *et al.*, (2022) não atendeu aos critérios críticos Nº 13 e 15.

TABELA 3 - Características Gerais dos Estudos Incluídos

Nº do Estudo	Autores, Ano	Idioma	Número de Estudos Incluídos	Tipos de Estudos Incluídos	Bases de Dados Pesquisadas	Meta-análise	Instrumento Utilizado para Avaliação de Viés dos Estudos
1	Carvalho <i>et al.</i> , (2015) (68)	Inglês	51	Estudos Transversais	MedLine; Embase; Cochrane Central; PsycINFO; Scopus; Google Scholar	Sim	QUADAS-2
2	Cerimele <i>et al.</i> , (2019) (97)	Inglês	39	Estudos Transversais	MedLine; Embase; PsycINFO; Cochrane Register of Controlled Trials; Clinicaltrials.gov; Proquest Dissertations and Theses; World Health Organization's International Clinical Trials Registry Platform	Não	NI
3	Meyer <i>et al.</i> , (2020) (100)	Inglês	57	Estudos Transversais	MedLine; Ovid; Web of Knowledge/ Web of Sciences	Não	NI
4	Ratheesh <i>et al.</i> , (2015) (95)	Inglês	6	Estudos Transversais	MedLine; PsycINFO	Não	STARD
5	Sayyah <i>et al.</i> , (2022) (101)	Inglês	93	Estudos Transversais	MedLine; Embase; Scopus; Web of Sciences; Cochrane Library	Sim	NOS; QUADAS
6	Wang <i>et al.</i> , (2015) (102)	Inglês	21	Estudos Transversais	MedLine; Embase; Cochrane Library; KoreaMed	Sim	QUADAS-2
7	Youngstrom <i>et al.</i> , (2018) (96)	Inglês	103	Estudos Transversais	MedLine; PsycINFO	Sim	QUADAS – 2

Legenda: Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies 2 (QUADAS-2), Standards for Reporting of Diagnostic Accuracy (STARD), Newcastle Ottawa Scale (NOS), Não Informado (NI). **Fonte:** O Autor (2024)

TABELA 4. Sumarização Dos IP Nos Estudos Analisados

Nº do Estudo	Autores, Ano	Título do Estudo	Objetivo	IP Verificados
1	Carvalho <i>et al.</i> , (2015) (68)	Screening for Bipolar Spectrum Disorders: A Comprehensive Meta-Analysis of Accuracy Studies	O estudo vigente tem como intento avaliar e comparar através de uma revisão sistemática e metanálise a precisão das escalas BSDS, HCL-32 E MDQ. Além disso, investigar a o efeito de fontes potenciais pré-definidas de heterogeneidade nas estimativas de desempenho de teste.	1. Bipolar Spectrum Diagnostic Scale – (BSDS); 2. Hypomania Checklist (HCL-32); 3. Mood Disorder Questionnaire (MDQ).
2	Cerimele <i>et al.</i> , (2019) (97)	Systematic Review of Symptom Assessment Measures for Use in Measurement-Based Care of Bipolar Disorders	O estudo apresenta como objetivo sintetizar a literatura sobre medidas de sintomas de transtorno afetivo bipolar relatadas por pacientes e observadas por médicos e o uso potencial dessas medidas por Measurement-Based Care (MBC).	1. Self-Report Manic Inventory (SRMI); 2. Altman Self-Rating Mania Scale (ASRM); 3. Interactive Computer Interview For Mania (ICI-M); 4. Computerized Adaptive Testing–Mania (CAT-MANIA); 5. Modified Manic State Rating Scale (MMRS); 6. Bech-Rafaelsen Mania Rating Scale (MAS); 7. Young Mania Rating Scale (YMRS); 8. Bech-Rafaelsen Mania Rating Scale– Modified (MAS - MODIFIED); 9. Clinician-Administered Rating Scale for Mania (CARS-M); 10. Observer-Rated Scale for Mania (ORSM); 11. Inventory of Depressive Symptomatology– Selfreport (IDS-SR);

				12. Carroll Depression Scale (CDS); 13. Quick Inventory of Depressive Symptomatology–Self-Report (QIDS-SR); 14. Inventory of Depressive Symptomatology (IDS); 15. Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS); 16. Bipolar Depression Rating Scale (BDRS); 17. Hamilton Depression Rating Scale (HAMD); 18. Hamilton Depression Rating Scale – 5 (HAMD-5); 19. Internal State Scale (ISS); 20. Chronorecord in Bipolar Disorder (CBD); 21. Affective Self-Rating Scale (ASRS); 22. Multidimensional Assessment of Thymic States (MATHYS); 23. NIMH Prospective Life Chart Methodology–Self (NIMH-LCM-S/P); 24. NIMH Prospective Life Chart Methodology–Clinician (NIMH-LCM-C); 25. Daily Mood Monitoring (DMM); 26. Clinical Monitoring Form (CMF); 27. Brief Bipolar Disorder Symptom Scale (BDSS); 28. Bipolar Inventory of Symptoms Scale (BISS);
3	Meyer <i>et al.</i> , (2020) (100)	Are Existing Self-Ratings of Acute Manic Symptoms in Adults Reliable And Valid? —A Systematic Review	O objetivo desta revisão é identificar na literatura as autoavaliações existentes dos sintomas maníacos bem como sua confiabilidade e validade.	1. Affective Self Rating Scale (AS-18); 2. Altman Self-Rating Scale for Mania (ASRM); 3. Chronorecord Software for Self-Reporting Mood (CSS-RM); 4. Chinese Polarity Inventory (CPI); 5. Halberstadt Mania Inventory (HMI); 6. Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II); 7. Internal States Scale (ISS); 8. Modified the Hypomania Checklist-32 (mHCL-32); 9. The Multiple Visual Analog Scale/Multiple Visual Analogue Scales for Bipolarity (MVAS/MVAS-BP);

				10. Patient Life Chart (PLC); 11. Self-Rating Mania Inventory (SRMI); 12. Mania Scale (MS); 13. Visual Analog for Mood Scale (VAMS); 14. Patient Mood Chart (PMC); 15. Single Mood Index (SMI); 17. Computerized Adaptive Testing (CAT).
4	Ratheesh <i>et al.</i> , (2015) (95)	Instruments that Prospectively Predict Bipolar Disorder – A Systematic Review	O objetivo da presente revisão foi identificar sistematicamente as propriedades preditivas dos instrumentos psicométricos usados para predição de TAB além de verificar a utilidade desses instrumentos em ambientes de alto risco.	1. Child Behavioral Checklist – Pediatric Bd Phenotype (CBCL-PBD); 2. General Behavioral Inventory – Revised (GBI-R) 3. Hypomanic Personality Scale (HPS) 4. Behavioral Inhibition Scale/Behavioral Activation Scale (BIS/BAS) 5. Family History Screen (FHS) 6. Child Behavior Checklist- Mania Scale (CBCL-MS)
5	Sayyah <i>et al.</i> , (2022) (101)	Assessment of the Diagnostic Performance of Two New Tools Versus Routine Screening Instruments For Bipolar Disorder: A Meta-Analysis	O estudo em questão foi conduzido no intuito de determinar a precisão diagnóstica dos seguintes instrumentos psicométricos para pessoas com transtorno afetivo bipolar: Índice de Bipolaridade (BI) e Rapid Mode Screener (RMS), comparando estes instrumentos com a Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS), a Hypomania Checklist (HCL-32) e o Mood Disorder Questionnaire (MDQ).	1. Bipolarity Index (BI); 2. Rapid Mode Screener (RMS); 3. Mood Disorder Questionnaire (MDQ); 4. Hypomania Checklist (HCL-32); 5. Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS)

6	Wang <i>et al.</i> , (2015) (102)	The Validity of the Mood Disorder Questionnaire for Screening Bipolar Disorder: A Meta-Analysis	Tem como finalidade de revisar a precisão diagnóstica do instrumento Mood Disorder Questionnaire (MDQ) entre pacientes com TAB.	1. Mood Disorder Questionnaire (MDQ)
7	Youngstrom <i>et al.</i> , (2018) (96)	Improving the Global Identification of Bipolar Spectrum Disorders: Meta-Analysis of the Diagnostic Accuracy of Checklists	O presente estudo revisou quantitativamente e meta-analisou a precisão diagnóstica de escalas de classificação projetadas para identificar sintomas maníacos/hipomaníacos. Além disso, explorar possíveis variáveis moderadoras, incluindo região global, tradução para um idioma diferente e composição da amostra.	1. Altman Self Rating Mania Scale (ASRM); 2. Behavioral Activation Scale (BAS); 3. Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS); 4. General Behavior Inventory (GBI); 5. Hypomania Checklist (HCL-32); 6. Hypomanic Attitudes and Positive Predictions Inventory (HAPPI); 7. Hypomanic Personality Scale (HPS); 8. Internal State Scale (ISS); 9. Multidimensional Assessment of Thymic States (MATHYS); 10. Mood Disorder Questionnaire (MDQ); 11. Mood Spectrum Self Reports (MOODS-SR); 12. Self-Report Mania Inventory (SRMI); 13. Symptom Checklist-90 (SCL-90); 14. Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire, Short Version (TEMPS-A).

Fonte: O Autor (2024)

TABELA 5. Avaliação da Qualidade das Revisões Sistemáticas

Autor, Ano	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Qualidade
Carvalho <i>et al.</i> , 2015	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Criticamente baixa
Cerimele <i>et al.</i> , 2019	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sem meta-análise	Sem meta-análise	Não	Sim	Não	Sim	Criticamente baixa
Meyer <i>et al.</i> , 2020	Não	Parcial sim	Não	Parcial sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sem meta-análise	Sem meta-análise	Não	Não	Não	Sim	Criticamente baixa
Ratheesh <i>et al.</i> , 2015	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sem meta-análise	Sem meta-análise	Sim	Sim	Não	Sim	Alta
Sayyah <i>et al.</i> , 2022	Sim	Sim	Sim	Parcial sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Criticamente baixa
Wang <i>et al.</i> , 2015	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Baixa
Youngstrom <i>et al.</i> , 2018	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Moderada

Fonte: Elaborado a partir da ferramenta AMSTAR-2 (2017) (93)

Essa overview verificou a existência de 59 IP distintos nos estudos analisados, conforme exposto na **TABELA 4**. A exemplo do estudo conduzido por Cerimele et al., (2019) (11), os autores identificaram um total de 28 IP, sendo esta RS a que mais conseguiu localizar e identificar estes instrumentos nos 39 estudos primários incluídos em sua revisão. Este estudo se propôs a sintetizar a dados da literatura acerca de medidas e sintomas do TAB relatadas pelos pacientes e observado pelos médicos, tomando como base a prática do cuidado baseado em medição “Measurement-Based Care (MBC)”.

Seguido pelo estudo realizado por Meyer et al., (2020) (15), este, teve como objetivo verificar na literatura autoavaliações existentes aplicadas aos sintomas maníacos, além de investigar características de confiabilidade e validade dessas autoavaliações. O estudo mapeou 16 instrumentos diferentes, direcionados a avaliação de sinais e sintomas hipomaníacos. A pesquisa conduzida por Youngstrom et al., (2018) (10) demonstrou um objetivo semelhante: os investigadores buscaram revisar de forma quantitativa, utilizando técnicas de meta-análise, no intuito de identificar escalas de classificação direcionadas a sintomas maníacos/hipomaníacos. O estudo quantificou 14 escalas distintas, além de explorar variáveis como região global, e a diferença cultural e linguísticas na composição das amostras.

A RS realizada por Wang et al., (2015) (17) apresentou uma característica diferente. Este estudo se deteve a realizar uma meta-análise de acurácia diagnóstica de apenas um IP, o MDQ. A revisão contou com a inclusão de 21 estudos distintos, e pesquisou dados acerca da precisão diagnóstica deste instrumento, em populações de indivíduos portadores de TAB.

As RS conduzidas por Carvalho et al., (2015) (14), Ratheesh et al., (2015) (9) e Sayyah et al., (2022) (16) detectaram através dos estudos incluídos em suas revisões um total de 3, 6 e 5 instrumentos, respectivamente. Todas as revisões exploraram análises quanto a precisão diagnóstica, e propriedades preditivas desses instrumentos, no contexto do TAB.

20 DISCUSSÃO

O presente trabalho teve como principal objetivo realizar uma síntese de forma crítica e ampla por meio de uma overview de revisões sistemáticas acerca dos IP utilizados na prática clínica de indivíduos portadores de TAB, de forma a sintetizar esses instrumentos e explorar suas características nos estudos. Neste contexto, após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, um total de 7 (sete) RS de estudos primários foram incluídas nesta overview, o que permitiu verificar um total de 59 IP distintos, todos utilizados no contexto do TAB.

Na avaliação de pacientes com TAB, é fundamental que os profissionais de saúde responsáveis pelo diagnóstico busquem informações acerca das variações de humor desses indivíduos, no intuito de verificar se o indivíduo já expressou algum episódio de mania ou hipomania. Nesse contexto, é fundamental incluir no processo de avaliação familiares e pessoas que convivem de maneira importante com esses indivíduos, pois eles necessitam de percepção, especialmente em períodos em que há uma elevação do humor, o que caracteriza a fase maníaca ou hipomaníaca. Atrelado a isto, a utilização de instrumentos de triagem podem ser úteis e importantes na caracterização desses indivíduos (103). Os IP desempenham funções variadas na prática clínica, desde a realização de triagem até a medição da gravidade de sinais e sintomas apresentados por um indivíduo, e até mesmo podem ser usados para inferir uma resposta a uma terapia empregada. Todas essas funções complementam a avaliação especializada, permitindo comparações com referências significativas da prática clínica (104,105).

Nesse cenário, essa overview permitiu identificar dois estudos em que o foco principal era a investigação de sinais e sintomas maníacos e hipomaníacos por meio da utilização de instrumentos para triagem. A RS proposta por Youngstrom *et al.*, (2018) (96) objetivou responder uma série de questionamentos dos autores considerando essa temática, como por exemplo : realizar uma revisão quantitativa com meta-análise referente validade discriminativa de 14 instrumentos de verificação e escalas de avaliação de sintomas maníacos e hipomaníacos em indivíduos adultos; compreender a relação da precisão destes instrumentos quando a região geográfica ou o idioma

da população varia, buscando compreender as nuances culturais que implicam na compreensão destes instrumentos por parte dos indivíduos.

Após as análises realizadas nos 103 estudos incluídos, os autores verificaram que o fator que mais influenciou na validade discriminativa foi a escolha do instrumento. A validade discriminativa ou “validade discriminante” se refere à ausência de uma correlação significativa com outras medidas que avaliam construtos que, teoricamente, não estão relacionados com a variável em estudo (106). Ao analisar variáveis como ambiente clínico e desenho amostral os autores verificaram que estes, influenciam menos, entretanto o ano de publicação dos estudos foi altamente influente, pois os estudos publicados antes dos anos 2000 foram baseados em conceitos anteriores ao DSM-IV para caracterização dos indivíduos com TAB. Os autores verificaram ainda que quatro instrumentos apresentaram resultados estatisticamente semelhantes em reconhecer os sinais e sintomas do TAB: o BSDS, HCL, ISS e o MDQ. Com relação ao MDQ, esses autores o caracterizam como uma opção viável para triagem de indivíduos com TAB tipo-I, pois este instrumento apresenta baixa sensibilidade ao TAB tipo-II e NOS. Para além disso, este instrumento possui uma linguagem breve e uma ampla disponibilidade de sua versão em diferentes idiomas. Em contrapartida, o BSDS e o HCL se mostraram instrumentos mais recentes, desenvolvidos especificamente para detectar variações hipomaníacas de humor, em que o MDQ se mostrou deficiente. Esses dois instrumentos apresentaram desempenho semelhante ao MDQ e demonstraram um nível de leitura facilitado. Com relação ao ISS os autores categorizam-no como um instrumento inusitado, que utiliza em suas inferências o período das últimas 24 horas e se dedica a rastrear variações mistas do TAB.

Youngstrom *et al.*, (2018) (96) também buscaram compreender a relação transcultural da aplicação destes instrumentos. Eles verificaram que não houve diferenças significativas na efetividade destes instrumentos em desempenhar uma triagem dessa condição de saúde quando aspectos como tradução e localização geográfica diferentes eram considerados, o que significa dizer que: um instrumento utilizado em qualquer região do mundo, traduzido para o idioma local muito provavelmente irá desempenhar de forma satisfatória a avaliação de sinais e sintomas, sejam eles maníacos ou hipomaníacos. Estes achados corroboram com os resultados evidenciados pelo estudo **Nº 1** desta overview,

realizado por Carvalho *et al.*, (2015) (68) que não identificaram diferenças nos resultados quando compararam populações categorizadas nos estudos e compararam populações “asiáticas” das “não asiáticas”. Resultados semelhantes também foram verificados pelo estudo mundial conduzido por Angst *et al.*, (2010) que demonstrou uma estabilidade transcultural quando o mesmo instrumento para verificar sintomas hipomaníacos o HCL-32, foi aplicado em aproximadamente cinco regiões culturais e geográficas da Europa, América do Sul e leste Asiático (107).

Semelhantemente ao estudo de Youngstrom (2018), o estudo realizado por Meyer *et al.*, (2020) (100) também buscou verificar a validade e confiabilidade de IP para avaliação de sintomas maníacos. O estudo foi conduzido por meio de uma revisão sistemática que reuniu um total de 57 estudos primários e permitiu mapear aproximadamente 16 IP diferentes. Dentre essas ferramentas, os autores decidiram restringir suas avaliações a apenas três instrumentos: A Internal States Scale (ISS), o Self-Rating Mania Inventory (SRMI) e o Altman Self-Rating Scale for Mania (ASRM), estes instrumentos foram escolhidos pelos autores com base no número de ocorrência de estudos independentes, sendo elas destacadas por serem as mais promissoras na investigação de sintomas maníacos.

Os autores detalham que a ISS tem como foco os estados de humor auto perceptivos, e não possui uma avaliação tão criteriosa acerca dos sintomas comportamentais relacionados aos episódios de mania, entretanto, abrange sinais e sintomas que se relacionam tanto com a mania quanto a depressão. Já a ASRM possui em sua composição apenas cinco sentenças responsáveis por diferenciar indivíduos em estado agudo de mania, dos indivíduos não-maníacos, para além disso, esse instrumento se diferencia do ISS pelo seu período de avaliação dos sintomas que considera a última semana, de forma diferente do ISS que considera as últimas 24 horas, como dito anteriormente. As disparidades mencionadas podem ser a razão pela qual suas conexões com episódios de humor conforme definidos pelo DSM-IV, avaliações de profissionais de saúde e outras variáveis clinicamente significativas podem apresentar divergências (108,109).

Com relação ao instrumento SRMI, é formado por 47 sentenças que podem ser categorizadas como “verdadeiras ou falsas” pelos indivíduos que

estão respondendo, e se detém a investigar sintomas maníacos. Esta escala se diferencia das demais por avaliar o estado de humor dos indivíduos considerando o período do últimos mês. Dos estudos que avaliaram essa escala, verificou-se que o instrumento em questão apresentou uma confiabilidade interna satisfatória, com um alfa de Cronbach de 0,94 em ambos os estudos (110,111). O SRMI apresentou resultados de precisão diagnóstica maiores que o ASRM com valores de 46,6% e 33% respectivamente, entretanto se mostrou inferior ao instrumento ISS com percentual de 73% (112).

De forma menos abrangente, dois estudos desta overview (estudo **Nº 1 e 6**) se debruçaram em avaliar as propriedades psicométricas de instrumentos em comum, dentre eles o MDQ. No estudo nº **6** elaborado por Wang et al., (2015) (102), os autores se empenharam em verificar a finalidade diagnóstica através de uma meta-análise apenas com estudos sobre o MDQ, que contou com a inclusão de 21 estudos transversais. Eles verificaram que, admitindo um valor de ponto de corte 7, a sensibilidade do instrumento variou de acordo com os estudos incluídos nas análises: quando consideraram estudos que incluíram indivíduos com TAB e depressão unipolar, a sensibilidade foi de 0,76 e a especificidade foi de 0,81, entretanto, quando consideraram os estudos que incluíram apenas indivíduos com depressão, sem diagnóstico prévio de TAB, os autores verificaram uma diminuição na sensibilidade, apresentando valores de 0,37 e especificidade de 0,88. Esse resultado se dá pelo fato de que populações com depressão sem diagnóstico prévio de TAB, são mais difíceis de serem diagnosticadas pois apresentam sinais e sintomas de mania/hipomania mais brandos, assim, para esse ponto de corte o MDQ não se mostra sensível suficiente para detectar indivíduos com TAB, entretanto, se mostrou altamente específico pois descartou a hipótese da presença de TAB nos indivíduos que não possuíam esse diagnóstico. Com isso, os autores recomendam que quando este instrumento for aplicado, os clínicos devem levar em consideração a população envolvida, e que um outro ponto de corte ideal, seja utilizado para realização da investigação (113–115).

Já o estudo **Nº 1** conduzido por Carvalho et al., (2015) (68) apresentou um desenho distinto, pois se debruçou em reunir estudos de acurácia diagnóstica que abordassem a utilização de três IP: O Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS), o Hypomania Checklist (HCL-32), e o Mood Disorder Questionnaire

(MDQ). Neste estudo os autores analisaram 51 estudos em que puderam verificar que aproximadamente 86,3% (44/51) deles aconteceram em serviços especializados em saúde mental, contando com a participação total de 17.451 indivíduos. Após realizada uma análise e agrupamento dos dados, os autores verificaram que, nos pontos de corte recomendados de 14, 13 e 7 para o HCL-32, BSDS e MDQ respectivamente, foram encontrados valores de sensibilidade resumidas de 81% (IC 95% 77–85%), 69% (IC 95% 63–74 %) e 66% (IC 95% 57–73%); e os valores de especificidades resumidas correspondentes foram de 67% (IC 95% 47–82%), 79% (IC 95% 72–84%) e 86% (IC 95% 74–93%), demonstrando que as propriedades diagnósticas dessas escalas variam de acordo com os pontos de corte adotados, sem levar em consideração o subtipo do TAB apresentado.

No contexto da investigação do subtipo-II do TAB, os estudos evidenciaram que o HCL-32 foi significativamente mais preciso em relação ao MDQ. Esse resultado pode ser explicado pelo fato de que o MDQ possui em sua estrutura questões abordadas pelo DSM-IV que se caracterizam com o episódio maníaco (116), sendo esse instrumento mais direcionado nas avaliações do subtipo-I do TAB. Resultados semelhantes também são verificados nos estudos de Benazzi et al., (2023) (114) e Mago et al., (2001) (117) em que verificaram que o MDQ se mostrou mais preciso e recomendado em identificar indivíduos com o subtipo-I do TAB. Desse modo, desenvolvedores do HCL-32 buscaram propor um instrumento capaz de rastrear episódios depressivos atuais nos indivíduos, verificando em maior proporção a variação de sinais e sintomas hipomaníacos (14), e de forma semelhante, o BSDS também busca descrever manifestações clínicas do TAB incluindo sinais e sintomas depressivos, enfatizando também as alterações de humor. Apesar dos resultados expostos, os autores deste estudo recomendam que pacientes triados como positivos para o TAB, passem por uma entrevista diagnóstica para realizar a confirmação do transtorno, visto que estudos como o de Zimmerman et al., (2014) (118) relatam que pacientes inicialmente triados como TAB não apresentaram de fato, tal diagnóstico.

O estudo incluído nesta overview que permitiu identificar o maior número de IP foi o estudo nº 2 conduzido por Cerimele et al., (2019) (97) , identificando

cerca de 28 IP com propósitos diversos. Dos 28 instrumentos verificados, 10 deles avaliavam sintomas maníacos, 8 deles avaliavam sintomas depressivos e os 10 instrumentos restantes avaliavam sinais e sintomas maníacos/depressivos. Dentre esses 28 instrumentos verificados, 13 deles foram categorizados como IP de autorrelato por parte dos pacientes, e os outros 15 instrumentos eram administrados pelos profissionais de saúde. Os autores propuseram uma forma de dimensionar a utilidade clínica de cada instrumento, baseando-se em um método modificado proposto por Zimmermam et al., (2008) (119) que leva em consideração diferentes parâmetros, como por exemplo: quantidade de itens do instrumento, se avaliou sinais e sintomas de ideação suicida, consistência interna, confiabilidade teste-reteste, entre outros parâmetros pré-definidos pelos autores. Após o final da avaliação, o instrumento recebia um score que dimensionava a sua aplicabilidade clínica, o qual variava entre 0-11, sendo que pontuações mais altas, refletiam em uma maior utilidade.

Com relação aos instrumentos que avaliavam sinais e sintomas maníacos relatados pelos pacientes, os autores destacaram o Altman Self-Rating Mania Scale (ASRM) que apresentou um score de utilidade clínica de 9.6, pontuando positivamente nos parâmetros onde avaliavam a brevidade e facilidade do instrumento, além dos parâmetros de confiabilidade e validade. Como esse instrumento se destina prioritariamente a investigar sintomas maníacos, seu uso em ambientes como ambulatorios necessitariam de uma combinação com outros instrumentos para inferir sinais e sintomas de depressão, a exemplo do Quick Inventory of Depressive Symptomatology– Self-Report, que demonstrou um score de utilidade clínica de 10 (120). A combinação no uso dessas escalas, foram incentivadas e verificadas no estudo realizado por Simão et al., (2017) (121), onde acompanharam e avaliaram os indivíduos participantes do estudo com essa combinação de instrumentos, que além da triagem realizada, verificaram desfechos positivos sobre a adesão ao tratamento pelos indivíduos com TAB.

Com relação aos instrumentos relatados pelos profissionais de saúde, o destaque foi para dois que avaliavam sintomas depressivos, o *Quick Inventory of Depressive Symptomatology* (122,123) e o HAMD-5 (124) que apresentaram scores de utilidade clínica de 10 e 8.3, respectivamente. Todos os instrumentos verificados que abordavam sinais e sintomas maníacos e que eram

administrados pelos profissionais de saúde, demonstraram uma utilidade clínica inferior a ferramenta *Altman Self-Rating Mania Scale* (ASRM). Por fim, os autores recomendam que os serviços de saúde verifiquem opções de instrumentos que mais se adequem ao seu perfil de pacientes, e que o seu sistema de pontuação e classificação acerca da utilidade clínica as ferramentas possam servir como um indicador na seleção dessas ferramentas.

A RS proposta por Sayyah et al., (2022) (101), estudo nº 5 desta overview, se propôs a avaliar duas novas ferramentas para TAB, o *Bipolarity Index* (BI) e o *Rapid Mode Screener* (RMS), em comparação com escalas de avaliação já utilizadas na rotina clínica de indivíduos com TAB, a *Bipolar Spectrum Diagnostic Scale* (BSDS), *Hypomania Checklist* (HCL-32) e o *Mood Disorder Questionnaire* (MDQ). Essa RS incluiu um total de 93 estudos em suas análises, provenientes de cinco bases de dados distintas. Os autores verificaram por meio de uma meta-análise a acurácia diagnóstica do BI e do RMS em detrimento aos outros IP citados, e verificaram que essas duas novas ferramentas se mostraram significativamente superior em relação as ferramentas em comparação, especificamente quando o subtipo-II do TAB era investigado. Na avaliação geral do TAB, sem considerar o subtipo, o BI se mostrou mais preciso em detrimento aos demais instrumentos, entretanto na detecção do TAB subtipo-I, o RMS se mostrou mais preciso, ao passo que na detecção do TAB subtipo-II o MDQ expressou uma precisão diagnóstica superior. A presente meta-análise apresentou percentuais de sensibilidade e especificidade de 82% e 73% respectivamente para o BI, considerando o ponto de corte recomendado para serviços psiquiátricos. Esses resultados se mostraram superiores aos do estudo Nº 1 desta overview, conduzidos por Carvalho et al., (2015), que, neste mesmo cenário de prática clínica, demonstrou percentuais de sensibilidade e especificidade para o BSDS, HCL-32 E MDQ de 81%, 66% e 69% e 67%, 79% e 86% respectivamente. Sendo assim, o instrumento BI poderia ser mais preciso do que outras ferramentas disponíveis para a detecção do TAB na atenção primária e na população em geral.

21 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa overview de revisões sistemáticas possibilitou uma busca ampla e abrangente da literatura acerca dos IP utilizados na prática clínica no contexto do TAB, sendo identificados cerca de 59 IP distintos, evidenciando a gama de ferramentas utilizadas na prática clínica com atenção voltada a indivíduos com TAB.

As análises permitiram evidenciar as características psicométricas dos instrumentos, considerando os mais variados cenários de prática clínica. Verificou-se que os ambientes de prática clínica nos estudos variaram desde serviços primários de atenção à saúde, a ambientes especializados em serviços de psiquiatria. A ferramenta BI, por exemplo demonstrou resultados de sensibilidade e especificidade promissores quando o cenário de prática foram serviços psiquiátricos.

O MDQ é o instrumento psicométrico mais utilizado e estudado no contexto do TAB. As análises dos estudos o caracterizam como um instrumento notável na triagem de pacientes com TAB que apresentam o subtipo-I, tendo suas propriedades psicométricas validadas em diversos estudos e regiões do mundo inteiro. Entretanto, verificamos por meio desta overview que a utilização de instrumentos em associação é incentivada pelos estudos, pois permite auxiliar na definição da terapia e diagnóstico dos pacientes, contribuindo nas análises dos sinais e sintomas destes, identificando as oscilações que ocorrem no diferentes subtipos do indivíduo bipolar.

Os estudos incluídos nesta revisão permitiram identificar por meio de suas análises que a utilização em regiões diferentes do mundo de uma mesma ferramenta, considerando o seu processo de adaptação e tradução transcultural não altera de forma significativa a aplicabilidade do instrumento em triar indivíduos com TAB.

O objetivo desse trabalho não foi apontar o melhor instrumento para triagem e acompanhamento de indivíduos no contexto do TAB, mas sim, expor para a comunidade científica as peculiaridades no processo de uso dessas ferramentas, evidenciar e compilar as propriedades psicométricas que esses instrumentos apresentam, de forma a auxiliar os profissionais de saúde no processo de cuidado direcionado a estes pacientes, visto que o transtorno afetivo

bipolar se apresenta com altas taxas de morbimortalidade, e tem impactos negativos sobre a qualidade de vida destes indivíduos. Estima-se que esse trabalho seja útil para a busca de estratégias e promova melhorias no diagnóstico e acompanhamento de portadores do transtorno afetivo bipolar.



**CAPÍTULO 3 - INSTRUMENTOS
PSICOMÉTRICOS APLICADOS A PACIENTES
PORTADORES DE TRANSTORNO AFETIVO
BIPOLAR: UMA SCOPING REVIEW DA
LITERATURA**



22 MÉTODOS

22.1 Delineamento Do Estudo

Este estudo trata-se de uma revisão de escopo conduzida conforme as recomendações do Manual JBI para síntese de evidências do Instituto Joanna Briggs (82) para revisões de escopo. Foram seguidas as orientações de relato, seleção e estruturação do PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) extensão do PRISMA empregado em estudos de revisão de escopo (125). As diretrizes de relatórios delineiam um conjunto essencial de elementos a serem incorporados nos relatórios de pesquisa, comprovando sua capacidade de elevar a transparência metodológica e a aceitação dos resultados da pesquisa. (126).

Diante da necessidade da criação de diretrizes que norteiam a elaboração e execução de revisões de escopo, foi proposta uma extensão do PRISMA direcionado a reportar estudos desta natureza. O PRISMA-ScR (uma extensão do PRISMA para Revisões de Escopo) foi criado em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Rede EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research) para o desenvolvimento de diretrizes de relatórios (9).

22.2 Registro Do Protocolo

Um protocolo do presente estudo foi desenvolvido e publicado na plataforma online Open Science Framework – OSF onde encontra-se disponibilizado através do endereço eletrônico DOI <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/WJ9GP>.

22.3 Identificação Dos Estudos

Para a elaboração da pergunta norteadora deste estudo, utilizou-se a metodologia População Conceito e Contexto (PCC), para auxiliar no processo de coleta e síntese de dados. O mnemônico PCC utilizado neste estudo,

identifica as evidências que se relacionam com a presente temática, tendo como a População: Pessoas com TAB em todos os seus subtipos e variações e maiores de 18 anos. Conceito: Instrumentos psicométricos aplicados a pacientes portadores de TAB, e Contexto: pacientes de TAB em todos os possíveis cenários de ocorrência (sejam eles ambulatoriais ou hospitalizados) em todo o mundo.

FIGURA 8. Mnemônico PCC



Fonte: Elaborado pelo autor.

A busca de artigos foi realizada nas seguintes bases de dados: Medline (via pubmed), Psycinfo, Cochrane e Embase em todo o período existente das bases de dados referidas, até dezembro de 2023. A estratégia de pesquisa foi ajustada para cada fonte de informação, incorporando todas as palavras-chave e descritores relevantes. Na busca por informações, foram utilizados descritores no idioma inglês, combinados com os operadores booleanos OR e AND.

22.4 Estratégia De Busca

A estratégia de busca utilizada nesta revisão, foi elaborada por colaboradores com expertise na área, e aplicada as bases de dados mencionadas elencadas conforme pode ser consultada nos apêndices desta pesquisa.

22.5 Critérios De Inclusão

Foram incluídos estudos publicados nas bases, considerando o período disponível nestas bases até dezembro de 2023. Os critérios de inclusão utilizados foram:

- Estudos primários;
- Estudos que tratassem da doença do TAB;
- Estudos que tratassem da aplicação de IP direcionados para essa doença.

22.6 Critérios De Exclusão

A respeito dos critérios de exclusão, podemos mencionar:

- Estudos que utilizassem IP para outras condições de saúde;
- IP voltados para populações pediátricas.

22.7 Seleção De Estudos

Após a busca em cada uma das 4 bases de dados mencionadas, até dezembro de 2023. Os resultados foram exportados para a plataforma de gerenciamento de estudos Rayyan® (92) e foi criado um arquivo separado para cada base de dados. Cada arquivo no Rayyan® registrou as seguintes informações sobre cada estudo: nome, autor, título, revista de publicação, número, volume, páginas, seção, resumo e palavras-chave.

22.8 Triagem E Elegibilidade

Dois revisores independentes (LDP e EAS) realizaram a triagem dos estudos provenientes nas bases de dados direto na plataforma Rayyan®. Os revisores realizaram a leitura dos títulos e resumos dos estudos tomando como base etapas de seleção previamente definidas no protocolo de estudo, que foram examinadas de modo simultâneo durante as análises. Foi adotado o critério de selecionar o estudo proveniente da base de dados que fornecesse o maior volume de informações suplementares, incluindo palavras-chave, país de publicação, informações de contato do autor, entre outros. Ao concluir esse processo de seleção, obteve-se um conjunto de estudos únicos.

➤ **Primeira etapa:** Caracterização dos sujeitos

Foi verificado durante a leitura dos títulos e resumos a presença de pacientes diagnosticados com algum subtipo do TAB. Quando os estudos traziam doenças divergentes como contexto principal, eram imediatamente excluídos, e a análise prosseguia. Para além disso, era verificado a idade da população do estudo, atendendo aos critérios de inclusão desta revisão de escopo. As divergências encontradas pelos revisores foram discutidas com um terceiro revisor (WCT) até se chegar a um consenso.

➤ **Terceira etapa:** Elegibilidade dos Estudos

Para além da população previamente definida na etapa anterior, a análise na íntegra dos estudos pelos revisores se baseava na presença de IP tratados no estudo. Esses IP deveriam estar relacionados ao diagnóstico, acompanhamento ou rastreamento de pacientes portadores de TAB, considerando os mais variados instrumentos possíveis dentro deste contexto, e considerando características como idioma, cenários de aplicação do IP, validação, entre outros.

/

23 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

A avaliação dos vieses (por vezes, substituída pela análise da qualidade metodológica) nos estudos incorporados em uma revisão é uma componente essencial na metodologia de desenvolvimento de estudos, tais como revisões sistemáticas (RS), overviews de RS, RS de estudos de acurácia diagnóstica, entre outros. Tipicamente, a apreciação da qualidade dos estudos ocorre após a

extração de dados e precede a fase de síntese quantitativa e análise da certeza da evidência produzida (127).

Os estudos incluídos nesta RE foram analisados quanto ao risco de viés utilizando a ferramenta ROBINS-I (“Risk Of Bias In Non-randomised Studies - of Interventions”) direcionada à avaliação de estudos que não utilizaram randomização para alocar intervenções (estudos não-randomizados) (87). O ROBINS-I, é uma ferramenta desenvolvida por consenso entre especialistas em metodologia, autores e editores de revisões sistemáticas, passou por extensivas revisões com base em testes piloto e no feedback dos usuários. Essa ferramenta apresenta uma abordagem estruturada para avaliar o risco de viés devido à confusão, iniciando na fase do protocolo de revisão (128).

A qualidade dos estudos de acurácia foi realizada utilizando a ferramenta de avaliação QUADAS-2 (Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies). Esta ferramenta engloba quatro domínios: seleção de participantes, teste índice, padrão de referência, e fluxo e tempo. Cada domínio é avaliado quanto ao risco de viés, e os três primeiros domínios também são avaliados em relação a preocupações sobre a aplicabilidade (129).

24 RESULTADOS

24.1 Coeficiente De Concordância De Kappa

A validade de um estudo pode sofrer significativamente caso sejam empregadas medidas não confiáveis. Uma fonte crucial de imprecisões nas medições decorre da variabilidade entre observadores, cujo impacto pode ser avaliado por meio de estudos de concordância. Estes têm como objetivo determinar em que medida dois observadores estão alinhados em suas medições (130). O teste de concordância de kappa foi proposto por Jacob Cohen onde publicou o teste como uma nova técnica na *revista Educational and Psychological Measurement* por volta dos anos de 1960, onde o teste passou a ser conhecido como o kappa de Cohen (K) (131).

O coeficiente kappa é uma medida que expressa a concordância entre observadores e pode ser calculado em tabelas de qualquer dimensão, contanto que envolva a comparação entre dois observadores. Sua escala varia de 0 a 1,

onde valores próximos de 1 indicam muita concordância entre observadores, enquanto valores próximos de 0 indicam muita discordância (130).

Para essa revisão de escopo, utilizou-se o coeficiente de concordância de Kappa para verificar a concordância entre os dois revisores quanto a seleção dos artigos na etapa de triagem, onde os revisores estavam “cegos” quanto a seleção. Utilizou-se a seguinte fórmula para o cálculo do kappa:

$$K = \frac{N^{\circ} \text{ de estudos em conflito}}{N^{\circ} \text{ total de estudos}} - 1$$

Estudos em conflito: estudos das bases de dados onde houve divergência pelos revisores acerca da inclusão ou exclusão para seguir na etapa de elegibilidade.

Total de estudos: Todos os estudos extraídos das bases de dados pré-selecionadas.

$$K = \frac{65}{376} - 1 = \mathbf{0,83}$$

QUADRO 6. Interpretação do kappa de Cohen

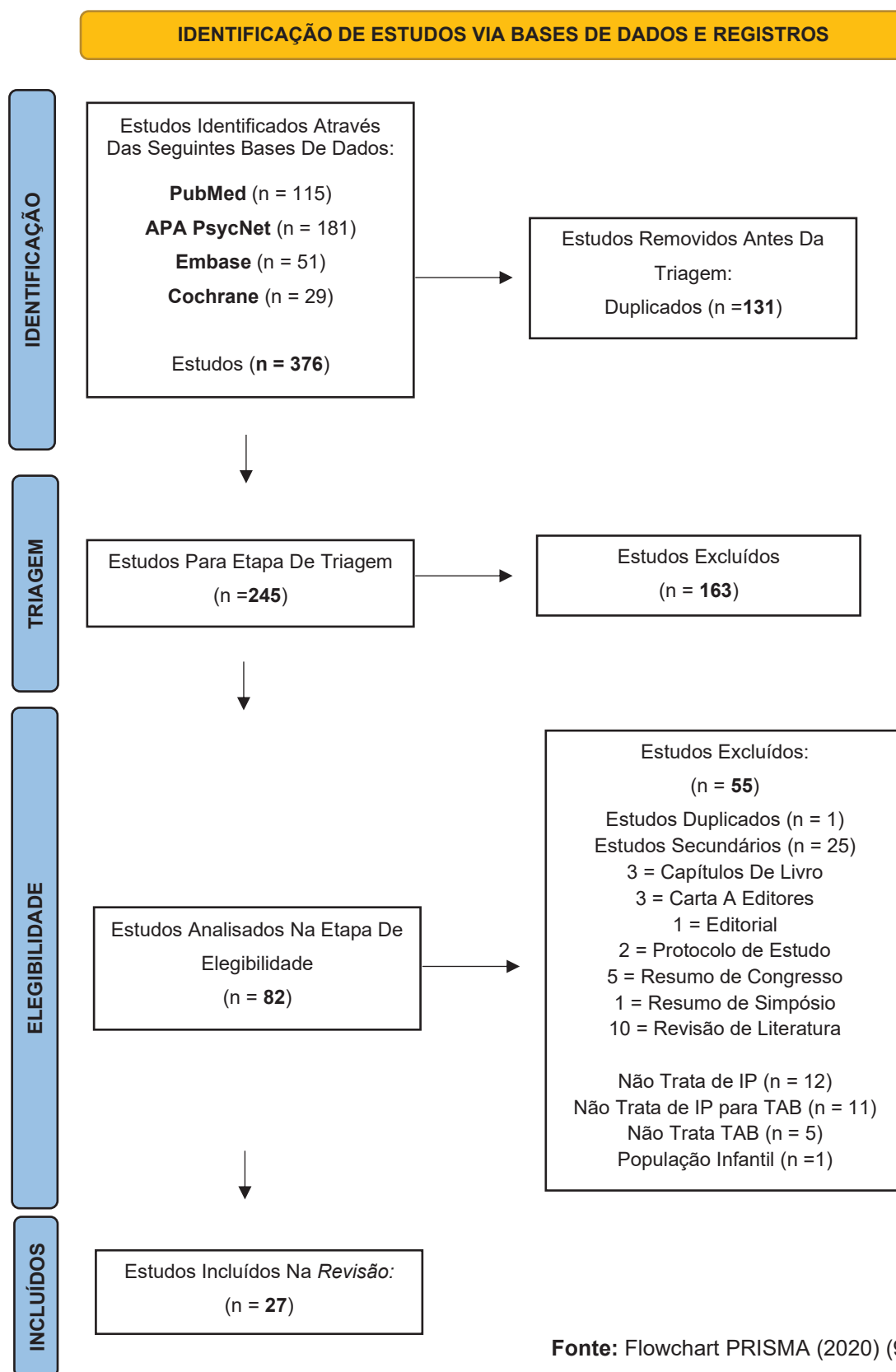
Valor do Kappa	Nível de acordo	% de dados confiáveis
0-0,20	Nenhum	0-4%
0,21-0,39	Mínimo	4-15%
0,40-0,59	Fraco	15-35%
0,60-0,79	Moderado	35-63%
0,80-0,90	Forte	64-81%
Acima de 0,90	Quase perfeito	82-100%

Fonte: MacHugh (2012) (132)

De acordo com os valores estimados do quadro de MacHugh (2012), o kappa de Cohen para a etapa de triagem dessa revisão de escopo foi de 0,83, o que representa um percentual de concordância de 83% categorizado como um nível de concordância **Forte**.

A **FIGURA 10** demonstra o fluxograma de seleção dos estudos desta revisão de escopo. Inicialmente a estratégia de busca retornou n=376 estudos das bases de dados mencionadas, onde após a remoção dos estudos duplicados (n= 131), restou n=245 estudos para a etapa de triagem. Após a condução desta etapa onde os estudos foram avaliados quanto a título e resumo, onde verificou-se um total de n=163 estudos que não atenderam aos critérios de inclusão desta pesquisa, restando um total de n=82 estudos que seguiram para etapa de elegibilidade e leitura na íntegra. Desses 82 estudos, apenas n=27 foram selecionados e incluídos nesta revisão, os motivos pelos quais os demais estudos não foram incluídos está especificado na figura 10, e elencados nos apêndices.

FIGURA 9. Fluxograma de seleção de estudos no formato PRISMA 2020.



Na **TABELA 7** são apresentadas as características gerais dos estudos incluídos nesta revisão de escopo. Dos 27 estudos apenas 11,11% (3/27) apresentaram um desenho longitudinal, restando 88,89% (24/27) estudos transversais. O período de publicação dos estudos variou do ano de 2003 a 2020.

Os países de condução dos estudos foram os mais variados, conforme a **FIGURA 11** a seguir que os relacionam com os estudos incluídos. Com relação aos cenários onde ocorreram os estudos, foram divididos em cenário ambulatorial, pacientes hospitalizados e um misto dos dois cenários.

Cerca de 85% (23/27) dos estudos ocorreram no cenário ambulatorial, seguido de 7,5% (2/27) com pacientes hospitalizados e 7,5% em cenário misto (ambulatorial/hospitalizados). Os IP verificados nos estudos tiveram diversas aplicações, utilizados tanto para realização de diagnóstico, rastreamento, acompanhamento e alguns dos estudos propuseram realizar a validação e tradução transcultural destes.

FIGURA 10. Relação dos países com a ocorrência dos estudos



Fonte: O autor (2024).

TABELA 6. Características gerais dos estudos incluídos

Nº DO ESTUDO	AUTORES (ANO)	REVISTA	PAÍS DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	CENÁRIOS DAS AMOSTRAS	OBJETIVO DO IP NOS ESTUDOS
1	Ince B et al., (2019) (133)	Turkish Journal Of Psychiatry	Turquia	Estudo Transversal	Ambulatorial	Diagnóstico, Rastreamento
2	Zimmerman et al., (2010) (134)	Bipolar Disorders	EUA	Estudo Transversal	Ambulatorial	Diagnóstico, Rastreamento.
3	Nassir Ghaemi et al., (2005) (72)	Journal Of Affective Disorders	EUA	Estudo Transversal	Ambulatorial	Diagnostico
4	Shabani et al., (2019) (135)	Medical Journal Of The Islamic Republic Of Iran (MJIRI)	Irã	Estudo Transversal	Hospitalizados	Diagnostico
5	Smith DJ et al., (2011) (136)	The British Journal Of Psychiatry	Reino Unido	Estudo Transversal	Ambulatorial	Diagnostico
6	Shabani A et al., (2009) (137)	Archives Of Iranian Medicine	Irã	Estudo Longitudinal	Ambulatorial	Diagnostico
7	Chu H et al., (2010) (138)	Journal Of Clinical Nursing	China	Estudo Transversal	Ambulatorial	Diagnostico
8	Vázquez et al., (2010) (139)	Comprehensive Psychiatry	Espanha	Estudo Transversal	Ambulatorial	Diagnostico

9	Onyeama et al., (2010) (140)	Pschiatría Danubina	Nigéria	Estudo Transversal	Ambulatorial / Hospitalizados	Diagnóstico
10	Bae SO et al., (2014) (141)	Asia-Pacific Psychiatry	Coreia Do Sul	Estudo Transversal	Ambulatorial	Diagnóstico
11	Abdul Wadood et al., (2020) (142)	Plos One	Bangladesh	Estudo Transversal	Ambulatorial	Rastreamento
12	Jolfaei et al., (2018) (143)	Iranian Journal Of Psychiatry	Irã	Estudo Transversal	Hospitalizados	Rastreamento
13	Nagata et al., (2013) (144)	Biomed Central Psychiatry	Japão	Estudo Transversal	Ambulatorial	Diagnostico
14	Castelo et al., (2010) (70)	Jornal Brasileiro De Psiquiatria	Brasil	Estudo Transversal	Ambulatorial	Diagnostico
15	Kanba et al., (2019) (145)	Biomedical Central Psychiatry	Japão	Estudo Longitudinal	Ambulatorial	Diagnóstico Acompanhamento
16	Bahk et al., (2013) (146)	Neuropsychiatric Disease And Treatment	Coreia Do Sul	Estudo Transversal	Ambulatorial	Rastreamento
17	Gamma et al., (2013) (147)	Bipolar Disorders	Península Ibérica (Portugal; Espanha); Europa Central (Alemanha; Georgia); Leste Europeu (Armênia, Bulgária; Macedônia,	Estudo Transversal	Ambulatorial	Diagnóstico/ Rastreamento

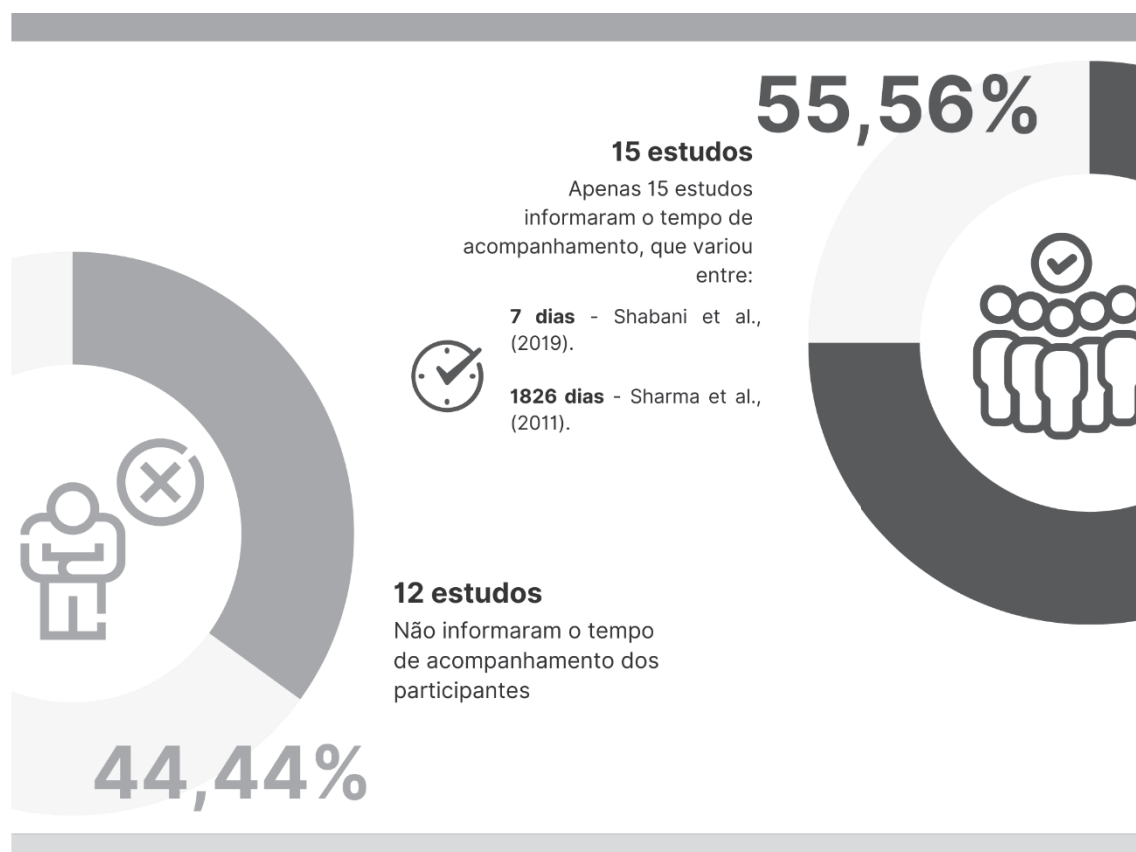
				Eslováquia; Ucrânia); Norte Dea África (Bósnia; Egito; Irã, Marrocos; Paquistão) Extremo Oriente (China; Coréia; Taiwan E Vietnã)			
18	Miller et al., (2011) (148)	Journal Of Affective Disorders	EUA	Estudo Transversal	Ambulatorial	Diagnóstico	
19	Kameyama et al., (2013) (149)	Journal Of Affective Disorders	Japão	Estudo Transversal	Pacientes Ambulatoriais	Diagnóstico/ Rastreamento	
20	Lee et al., (2013) (150)	Comprehensive Psychiatry	Coreia Do Sul	Estudo Transversal	Ambulatorial / hospitalizados	Diagnóstico/ Rastreamento	
21	Sharma et al., (2011) (151)	Journal Of Affective Disorders	Canadá	Estudo Longitudinal	Ambulatorial	Diagnóstico/ Rastreamento	
22	Imamura et al., (2015) (152)	Journal Os Affective Disorders	Japão	Estudo Transversal	Ambulatorial	Diagnóstico, Rastreamento E Validação	
23	Sánchez de la Cruz et al., (2018) (153)	Revista Espanhola De Psicologia	México	Estudo Transversal	Ambulatorial	Diagnóstico	

24	Zaratiegui et al., (2011) (154)	Journal Of Affective Disorders	Argentina	Estudo Transversal	Ambulatorial	Diagnóstico
25	Aiken et al., (2015) (155)	Journal Of Affective Disorders	EUA	Estudo Transversal	Ambulatorial	Diagnóstico
26	Gupta et al., (2020) (156)	Asian Journal Of Psychiatry	Índia	Estudo Transversal	Ambulatorial	Diagnóstico
27	Mehta et al., (2012) (157)	Eastern Journal Of Psychiatry	Índia	Estudo Transversal	Ambulatorial	Diagnóstico

Foram identificados 8 instrumentos psicométricos distintos nos 27 estudos incluídos nesta revisão conforme é exposto na **TABELA 8**. Muitos deles ocorreram simultaneamente em diversos estudos, a exemplo do BSDS (Bipolar Spectrum Diagnostic Scale) que ocorreu em 63% (17/27) dos estudos, seguido do MDQ (Mood Disorder Questionnaire) que ocorreu em aproximadamente 33,33% (9/27). Apesar de se repetirem nos diversos estudos, estes, trazem versões de validação em diferentes idiomas, como mostra a **TABELA 8**.

Com relação ao número de participantes dos estudos, verificou-se que variou de n=53 participantes no estudo de Mehta et al., (2012) (157) e o maior número de participantes foi do estudo de Gamma et al., (2013) n=5635. A média de idade, mínima e máxima das populações dos estudos variou entre 28 ($\pm 5,17$) anos no estudo de Sharma et al., (2011) (151) e 46.8 ($\pm 12,9$) anos no estudo de Zaratiegui et al., (2011) (154). Acerca dos gêneros dos participantes desses estudos, se formos analisar o maior percentual de ocorrência de pessoas do sexo masculino considerando a população individual de cada estudo, podemos verificar que no estudo N° 9 de Onyeama et al., (2010), 58,8% dos participantes eram do sexo masculino, o que representou aproximadamente 55 indivíduos de um total de 94 participantes deste estudo (140).

Houve três estudos em que a população foi composta apenas por mulheres, (estudos n° 11, 13 e 21). Estes estudos possuíam uma metodologia e objetivos específicos, a exemplo do estudo n° 11, que procurou determinar a prevalência de TAB em mulheres casadas da cidade de Rajshahi em Bangladesh (142), do estudo n°13 que verificou a precisão diagnóstica do MDQ e BSDS em uma população de mulheres encaminhadas para avaliação e investigação de transtornos alimentares (144). Já o estudo n° 21 teve como principal objetivo estudar o desempenho do MDQ durante o período pós-parto entre mulheres com TAB (151). Os períodos de acompanhamento dos participantes dos estudos estão ilustrados na **FIGURA 12** de forma esquemática, mostrando a variação mínima e máxima no tempo de acompanhamento.

FIGURA 11. Período de acompanhamento dos participantes nos estudos

FONTE: O autor (2024).

Os IP abordados nesta revisão apresentaram uma variação no número de itens/questões em sua composição. O estudo **Nº 25** de Aiken et al., (2015) (155) apresentou 5 questões de domínios distintos em sua estrutura, enquanto que o estudo **Nº 18** de Miller et al., (2011) (148) apresentou 48 questões diferentes direcionadas para realização de pesquisa clínica e triagem. Aproximadamente 26% dos estudos (7/27) não abordaram essa informação.

Os estudos também abordaram outras doenças secundárias na análise dos IP, muitas vezes utilizavam-nas para realização de comparação ou uso de controle negativo em sua análise, em relação ao TAB. O TDM (Transtorno Depressivo Maior) ocorreu em 40,7% dos estudos (11/27), além de doenças como Depressão unipolar, que ocorreu nos estudos **Nº 17** e **24**, Transtorno por uso de substâncias no estudo **Nº 26**, e Transtorno De Personalidade Limítrofe (TPL) nos estudos **Nº 8** e **13**, conforme exposto na **TABELA 8**.

Acerca dos critérios para diagnóstico de transtornos mentais utilizados pelos autores dos estudos na avaliação dos participantes das pesquisas, 63% dos estudos (17/27) utilizaram os critérios do DSM-IV (Diagnostic and Statistical

Manual of Mental) (158) , e cerca de 11,11% (3/27) dos estudos não informaram esse dado em sua metodologia. Outros critérios de diagnóstico também foram utilizados, a exemplo do estudo **Nº 7** de Chu H et al., (2010) (138) que utilizou o DSM-V, o estudo **Nº 25** de Aiken et al., (2015) (155) utilizou o MINI 6.0 (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) além do estudo **Nº 10** de Bae SO et al., (2014) (141) que utilizou o SCID-IV (*Structured Clinical Interview for DSM Disorders*), entre outros critérios conforme consta na **TABELA 8**.

TABELA 7. Características das Amostras Incluídas nos Estudos

Nº DO ESTUDO	INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS ABORDADOS	N	IDADE (Média ± DP)	PERCENTUAL DE OCORRÊNCIA DE TAB	GÊNERO (%MASCULINO)	TEMPO DE ACOMPANHAMENTO (DIAS)	Nº DE QUESTÕES DOS IP
1	BSDS Versão Turca	145	39,6 (±9.66)	TAB I - 130 (89,7%) TAB II - 15 (10,3%)	69 (47,6%)	90	19
2	BSDS	961	39,8 (±13.4)	TAB I - 31 (34,5%) TAB II - 43 (47,8%) TAB NOS/Ciclotimia - 16 (17,7%)	438 (39,8%)	NI	18
3	BSDS	68	NI	TAB I - 44 (65%) TAB II - 3 (4,41%) TAB NOS - 21 (30,59%)	NI	NI	1º Parte: 19 Sentenças 2º Parte: 1 Sentença

4	BSDS, MDQ	207	36,9 ($\pm 15,51$)	TAB - 56 (27,1%) TAB I - 18 (8,7%) TAB II - 20 (9,7%) TAB NOS - 10 (4,08%) Ciclotimia - 8 (3,9%)	106 (51,2%)	7	NI
5	HCL-32 BSDS	576	Entrevistados = 154 44,0 ($\pm 12,5\%$) Não Entrevistados = 216 40,9 ($\pm 13,7\%$)	Grupo "High Scorers" TAB- - 26 TAB I - 2 TAB II - 14 TAB NOS - 10 Grupo "Low Scorers" TAB - 3 TAB I - 0 TAB II - 1 TAB NOS - 2	Entrevistados = 154 53 (34,4%) Não Entrevistados = 216 58 (26,9%)	56	NI
6	BSDS Versão Persa MDQ Versão Persa	181	33,9 (± 10)	TAB I - 103 (56,91%) TAB NOS - 10 (5,52%)	105 (58%)	150	BSDS = 19 Sentenças + 1 Questão De Múltipla Escolha
7	BSDS Versão Chinesa	200	38,79 ($\pm 13,45$)	TAB I - 68 (34%) TAB II - 29 (14,5%) TAB NOS - 3 (1,5%) TDM - 100 (50%)	89 (44,5%)	14	19 Sentenças + 1 Questão De Múltipla Escolha

8	BSDS Versão Espanhola	65	45,09 (±15,07)	TAB I - 23 (35,4%) TAB II - 27 (41,5%) TAB NOS - 15 (23,1%)	18 (27,7%)	NI	19
9	MINI	94	33,17 (±11,87)	TAB I - 64 (68,1%) TAB II - 11 (11,3%) MIXED - 2 (2,1%)	55 (58,8%)	NI	NI
10	MDQ Versão Coreana	1020	17-20 473 (±46.7%) 21-24 438 (43.3%) > 25 101 (10.0%)	NI	510 (50%)	60	20
11	BSDS	279	<18, 117 (41.9%) >18, 162 (58.1%)	TAB NOS - 7 (2,5%)	0 (0%) 279 amostra composta apenas por mulheres	NI	20
12	BSDS MDQ Versão Persa	697	39.3 (±10)	BSDS - 84,3 (12,1%) MDQ - 145 (20,8%)	342 (49,1%)	NI	NI
13	MDQ BSDS	78	29,5 (±7,4)	TAB II - 15 (19%)	0 (0%) 78 amostra	NI	BSDS = 19 Sentenças + 1 Questão De Múltipla Escolha

					composta apenas por mulheres		MDQ: 15
14	BSDS Versão Brasileira	114	42,7 (±12,9).	TAB I - 55 (48,2%) TAB II - 6 (5,3%) TAB NOS - 9 (7,9%)	34 (30%)	NI	19 Sentenças + 1 Questão De Múltipla Escolha
15	CGI-BP	179	38.1 (±11.2)	TAB I - 51 (28.5%) TAB II - 128 (71.5%)	86 (48.0%)	364	NI
16	MDQ - Versão Coreana	1026	NI	TAB - 18,6%	511 (49,8%)	90	15
17	HCL-32-R2	5635	44,1	TAB - 47%	NI	NI	34
18	HPS-48 HPS-6	167	Amostra 1 - 19,41 Amostra 2 - 39,55 (± 11,87)	NI	AMOSTRA 1 20 (50%) AMOSTRA 2 78 (62%)	56	48
19	MES - Versão Japonesa	295	NI	TAB I - 5% TAB II - 24%	NI	759	8
20	MDQ - Versão Coreana BSDS - Versão Coreana	113	35,5 (±11,9)	TAB - 71,7%	27 (23,90%)	730	MDQ - 13 BSDS - 19
21	MDQ - Versão Canadense	125	28 (±5,17)	TAB I - 21,6% TAB II - 24%	0 (0%) 125 amostra	1826	15

22	WBI	55	39,5 (±6,3)	NI	NI	composta apenas por mulheres	NI	39
23	BSDS	200	42,90 (±15,31)	TAB NOS - 100 (50%)	32 (18%)		NI	20
24	MDQ E BSDS - Versão Espanhola	411	MDQ = 46.8 (±12,9) BSDS = 46.7 (±12,9)	TAB II - 60%	MDQ = 100 (±28,2) BSDS = 99 (±27,3)		90	NI
25	THE BIPOLARITY INDEX	1851	NI	TAB I - 324 (17,5%) TAB II - 409,1 (22,10%) TAB NOS - 50 (2,70%)	724 (39,11%)		1520	5
26	BSDS	250	35,9 (±9,9)	TAB NOS - 50 (20%)	250 (100%)		390	NI
27	BSDS	53	37,49 (±1,30)	NI	36 (67,9%)		NI	20

LEGENDA: HPS-48 (The Hypomanic Personality Scale), BSDS (Bipolar Spectrum Diagnostic Scale), HCL-32 (The Hypomania Checklist), CGI-BP (Clinical Global Impressions-Bipolar scale), MES (Manic Episode Screening Questionnaire), WBI (Workplace Bipolar Inventory), MDQ (Mood Disorder Questionnaire), MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional), TAB (Transtorno Afetivo Bipolar), TAB NOS (BD NOS Bipolar Disorder not Otherwise), TDM (Transtorno Depressivo Maior). NI (Não Informado).

CONTINUAÇÃO TABELA 8

Nº DO ESTUDO	MÉDIA DE SCORE DO INSTRUMENTO AVALIADO	OUTRAS DOENÇAS ABORDADAS NOS ESTUDOS	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO
1	BSDS - 15.77 ($\pm$ 4,62)	TDM	DSM-IV
2	8,7 ($\pm$ 6,7)	TDM	DSM-IV
3	NI	TDM	DSM-IV
4	NI	NI	SCID-I
5	HCL-32 12.83 ($\pm$ 7.14) - Entrevistados 14.09 ($\pm$ 7.46) - Não Entrevistados BSDS 11.77 ($\pm$ 6.14) - Entrevistados 12.66 ($\pm$ 6.45) - Não Entrevistados	TDM	DSM-IV
6	NI	NI	DSM-IV
7	NI	NI	DSM-V
8	NI	TPL	DSM-IV
9	NI	NI	DSM-IV
10	7.0 ($\pm$ 3.0)	NI	SCID-IV
11	NI	NI	NI
12	NI	NI	NI
13	NI	TPL	SCID-I

14	NI	NI	NI	DSM-IV
15	(CGI-BP Doença Bipolar Geral) = 112,2 (62,7%) (CGI-BP Depressão) = 14 (62,7%)	NI	NI	DSM-IV
16	NI	NI	NI	NI
17	13,7 ± 8,63	Depressão Unipolar	DSM-IV-TR	DSM-IV-TR
18	NI	NI	DSM-IV	DSM-IV
19	NI	TDM	DSM IV-TR	DSM IV-TR
20	NI	TDM	DSM-IV	DSM-IV
21	NI	TDM	DSM-IV	DSM-IV
22	15,7 (± 10,7)	TDM e Transtorno De Ansiedade	DSM-IV	DSM-IV
23	16,12 (± 5,14)	TDM	DSM-IV	DSM-IV
24	NI	Depressão Unipolar	DSM-IV E MINI	DSM-IV E MINI
25	NI	TDM Distímia Transtorno De Personalidade	MINI - 6.0	MINI - 6.0
26	Grupo Controle Saudável: 6,2 (±3,9) Grupo Com Transtorno Por Uso De Substância - SUD (11,0 ± 5,3) Grupo Transtorno Bipolar - BPAD (18,4 ± 4,2)	Transtorno Por Uso De Substâncias (SUD)	MINI - 5.0	MINI - 5.0

	Grupo Misto (BPAD + SUD) (20,6 ±3,6)		
27	9 (± 0,7)	TDM - Transtorno Depressivo Maior	ICD-10

LEGENDA: (TDM) Transtorno Depressivo Maior, (TPL) Transtorno de personalidade limitrofe, (SUD) Substance Use Disorder, (TPL) Transtorno De Personalidade Limitrofe, (MINI - 6.0) Mini International Neuropsychiatric Interview, (ICD-10) Classification of Mental and Behavioural Disorders, (SCID-IV) Structured Clinical Interview for DSM Disorders, (SCID-I)The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, (DSM-IV) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Manual de Diagnóstico e Estatística das transtornos Mentais, NI (Não Informado).

A **TABELA 9** expõe os dados sobre acurácia diagnóstica dos IP abordados nos estudos. Quando se emprega um teste quantitativo para diagnóstico ou triagem, é essencial definir um limiar, acima ou abaixo do qual o resultado é geralmente interpretado como positivo ou negativo, respectivamente. Estabelecer o ponto de corte requer um equilíbrio entre sensibilidade (probabilidade de classificar corretamente aqueles que possuem a doença/condição) e especificidade (probabilidade de classificar corretamente aqueles que não possuem a doença/condição) (159). Os estudos analisados apresentaram uma diversidade de pontos de cortes definidos pelos autores; se formos analisar a variação mínima e máxima desses pontos de cortes encontrados nos estudos incluídos, podemos verificar que no estudo de Shabani et al., (2019) (135) o MDQ apresentou como ponto de corte scores entre 5-6. Já no estudo de Aiken et al., (2015) (155), o ponto de corte do The Bipolarity Index foi de scores ≥ 50 . 26% dos estudos (7/27) não relataram o ponto de corte de suas análises.

Com relação a variação mínima e máxima da sensibilidade e especificidade dos IP verificados nos estudos, o estudo **Nº 4** de Shabani et al., (2019) encontrou uma sensibilidade de 0,44 (44%) enquanto o estudo **Nº 2** de Zimmerman et al., (2010) apresentou uma sensibilidade de 0,90 (90%) para a população estudada. A especificidade mínima encontrada foi a do estudo **Nº 2** de Zimmerman et al., (2010), apresentando um valor de 0,51 (51%), enquanto no estudo **Nº 7** de Chu H et al., (2010) a especificidade verificada foi de 0,97 (97%). É importante salientar que a relação entre sensibilidade/especificidade varia de acordo com o ponto de corte adotado. Os valores aqui descritos estão relacionados aos pontos de cortes relatados pelos autores, conforme elencado na **TABELA 9**. Aproximadamente 30% dos estudos (8/27) não apresentaram dados de sensibilidade/especificidade dos IP avaliados.

Os Valores Preditivos Positivos e Negativos (VPP e VPN respectivamente) estão exibidos na **TABELA 9**. A variação do VPP dos estudos foi de 0,16 do estudo **Nº 2** e 0,98 do estudo **Nº 24**. O VPN mínimo verificado foi de 0,17 no estudo **Nº 23** e máximo de 0,98 no estudo **Nº 2**.

As análises desta revisão de escopo permitiram identificar estudos de validação, adaptação transcultural, em 8 idiomas distintos, conforme representado na **FIGURA 13** a seguir, e na **TABELA 9**.

FIGURA 12. Ocorrência de estudos em idiomas distintos

FONTE: O autor (2024).

TABELA 8. Características Psicométricas dos Instrumentos Avaliados nos Estudos Incluídos

Nº DO ESTUDO	PONTO DE CORTE	SENSIBILIDADE (%)	ESPECIFICIDADE (%)	VALOR PREDITIVO POSITIVO (VPP %)	VALOR PREDITIVO NEGATIVO (VPN %)	VARIAÇÃO DE SCORE DO IP	VALIDAÇÃO EM OUTROS IDIOMAS
1	11/12	BSDS Versão Turca Ponto De Corte 11/12 11 – 0,82 12 – 0,79	BSDS Versão Turca Ponto De Corte 11/12 11 - 78,9 12 - 86,8	NI	NI	0 - 25	Turco
		0,90	0,51	0,16	0,98	0 - 24	NI
		0,76	0,85	NI	NI	0-25	NI
4	MDQ 5-6 BSDS 10 - 12	MDQ – Ponto de Corte 5 (0,60)	MDQ - Ponto de Corte 5 (0,73)	MDQ - Pontuação 5 (0,45)	MDQ - Pontuação 5 (0,83)	MDQ 3 - 9 BSDS 8 - 15	NI
		MDQ - Ponto de Corte 6 (0,56)	MDQ - Ponto de Corte 6 (0,77)	MDQ - Pontuação 6 (0,48)	MDQ - Pontuação 6 (0,82)		
		BSDS - Ponto de Corte 10 (0,44)	BSDS - Ponto de Corte 10 (0,91)	BSDS - Pontuação 10 (0,44)	BSDS - Pontuação 10 (0,91)		
		BSDS - Ponto de Corte 12 (0,49)	BSDS - Ponto de Corte 12 (0,86)	BSDS - Pontuação 12 (0,49)	BSDS - Pontuação 12 (0,86)		

5	HCL-32 - ≥ 18 BSDS ≥ 12	HCL-32 – 0,58 BSDS – 0,73	HCL-32 – 0,86 BSDS – 0,60	0,50	0,32	NI	NI
6	BSDS Versão Persa = 14 MDQ Versão Persa = 5	BSDS Versão Persa = 0,52 MDQ Versão Persa = 0,63	BSDS Versão Persa = 0,79 MDQ Versão Persa = 0,71	BSDS Versão Persa = 0,81 MDQ Versão Persa = 0,78	BSDS Versão Persa = 0,49 MDQ Versão Persa = 0,53	BSDS Versão Persa = 0-25	Persa
7	12	0,74	0,97	NI	NI	0-25	Chinesa
8	13	0,70	0,89	NI	NI	0-25	Espanhol
9	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
10	< 10	NI	NI	NI	NI	0-25	Coreano
11	NI	NI	NI	NI	NI	0-25	NI
12	NI	NI	NI	NI	NI	BSDS = 0-25	NI
13	BSDS = 11	BSDS = 0,80 MDQ = 0,67	BSDS = 0,70 MDQ = 0,68	NI	NI	BSDS = 0-25 MDQ = 0-12	NI
14	16	0,78	0,70	0,78	0,70	0-25	Português (Brasil)
15	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
16	NI	NI	NI	NI	NI	NI	Coreano

17		≥15	0,828	0,57	0,27	0,94	NI	NI
18		HPS-48 (25) HPS-6 (6)	HPS-48 (0,70) HPS-6 (0,89)	HPS-48 (0,88) HPS-6 (0,0,81)	HPS-48 (0,77) HPS-6 (0,56)	HPS-48 (0,83) HPS-6 (0,96)	NI	NI
19		NI	0,68 – 0,75	0,93–0,94	0,81–0,83	0,88–0,90	NI	Japonês
20		MDQ - Versão Coreana (6)	MDQ - Versão Coreana (0,74)	MDQ - Versão Coreana (0,84)	MDQ - Versão Coreana (0,92)	MDQ - Versão Coreana (0,56)	NI	Coreano
		BSDS - Versão Coreana (10)	BSDS - Versão Coreana (0,73)	BSDS - Versão Coreana (0,74)	BSDS - Versão Coreana (0,87)	BSDS - Versão Coreana (0,52)		
21		8	0,75	0,87	NI	NI	NI	Inglês
22		17	0,56	0,96	NI	NI	NI	NI
23		12	0,83	0,86	0,14	0,17	0-25	Espanhol
24		BSDS: 13 MDQ: 5	BSDS: 0,67 MDQ :0,62	BSDS: 0,81 MDQ: 0,87	BSDS = 0,92 MDQ: 0,98	BSDS: 0,44 MDQ: 0,41	0-25	Espanhol
25		50	0,91	0,90	0,88	0,93	0-100	NI
26		13	NI	NI	NI	NI	0-25	NI
27		NI	NI	NI	NI	NI	0-26	

LEGENDA: HPS-48 (The Hypomanic Personality Scale), BSDS (Bipolar Spectrum Diagnostic Scale), HCL-32 (The Hypomania Checklist), CGI-BP (Clinical Global Impressions-Bipolar scale), MES (Manic Episode Screening Questionnaire), WBI (Workplace Bipolar Inventory), MDQ (Mood Disorder Questionnaire), NI (Não Informado).

24.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS ESTUDOS - ROBINS-I

Foi verificado uma heterogeneidade moderada na condução e reporte dos estudos não randomizados (n=19). Aproximadamente 31,6% dos estudos (6/19) apresentaram risco geral moderado na análise de qualidade empregada. Ausência de dados entre os grupos analisados e poucas informações sobre as intervenções realizadas resultaram em uma avaliação moderada de acordo com os critérios do domínio 5. Um estudo apresentou risco crítico neste mesmo domínio.

Aproximadamente 68,4% (13 estudos) não apresentaram informações conclusivas a respeito do domínio de relato dos resultados reportados pelos autores nestes estudos, não sendo possível avaliar com clareza este domínio. 3 (17,6%) estudos apresentaram um risco geral sério, nos domínios de viés devido a fatores de confusão, domínio 1, e por falta de dados, domínio 5.

FIGURA 13. Avaliação geral dos estudos segundo o ROBINS-I

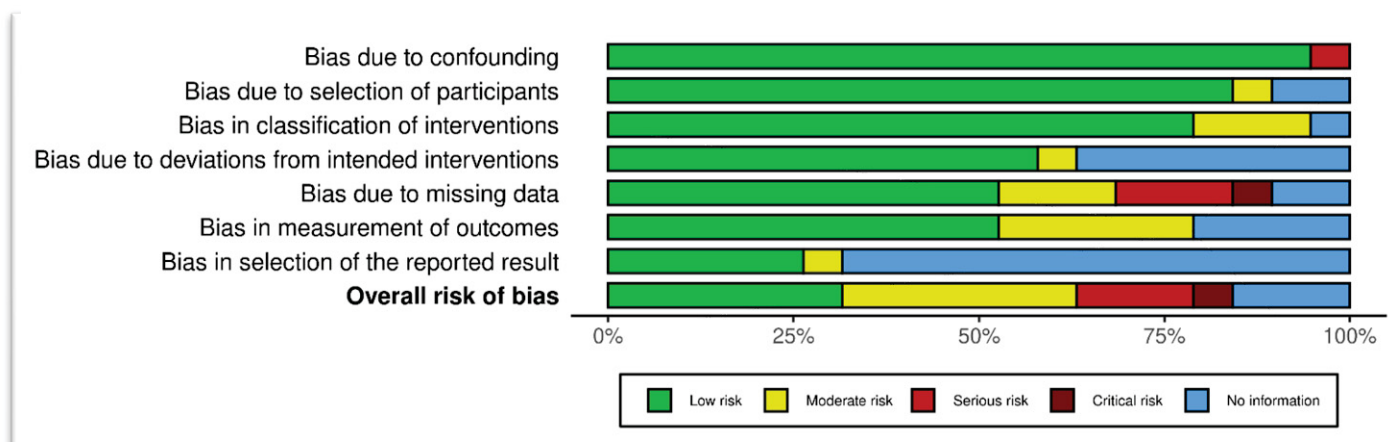


FIGURA 14. Avaliação geral dos estudos segundo o ROBINS-I

		Risk of bias domains							
		D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	Overall
Study	1	+	+	-	+	?	?	?	-
	2	+	+	+	+	+	?	?	+
	3	X	-	+	+	X	-	+	X
	4	+	+	+	?	+	+	?	?
	5	+	+	-	-	X	-	-	X
	6	+	+	+	+	+	+	+	+
	7	+	+	+	+	+	+	+	+
	8	+	+	+	+	+	+	+	+
	9	+	?	-	?	+	-	?	-
	10	+	+	+	+	X	?	?	X
	11	+	+	+	+	!	?	?	!
	12	+	+	+	?	+	+	?	?
	13	+	+	+	?	-	+	?	-
	14	+	+	+	?	+	+	?	+
	15	+	+	+	?	-	+	?	-
	18	+	+	+	?	-	-	?	-
	16	+	+	+	+	+	+	?	+
	26	+	?	+	+	?	-	+	-
	27	+	+	?	+	+	+	?	?

Domains:

D1: Bias due to confounding.

D2: Bias due to selection of participants.

D3: Bias in classification of interventions.

D4: Bias due to deviations from intended interventions.

D5: Bias due to missing data.

D6: Bias in measurement of outcomes.

D7: Bias in selection of the reported result.

Judgement

! Critical

X Serious

- Moderate

+

?

No information

FIGURA 15. QUADAS 2 - Representação gráfica da avaliação da qualidade

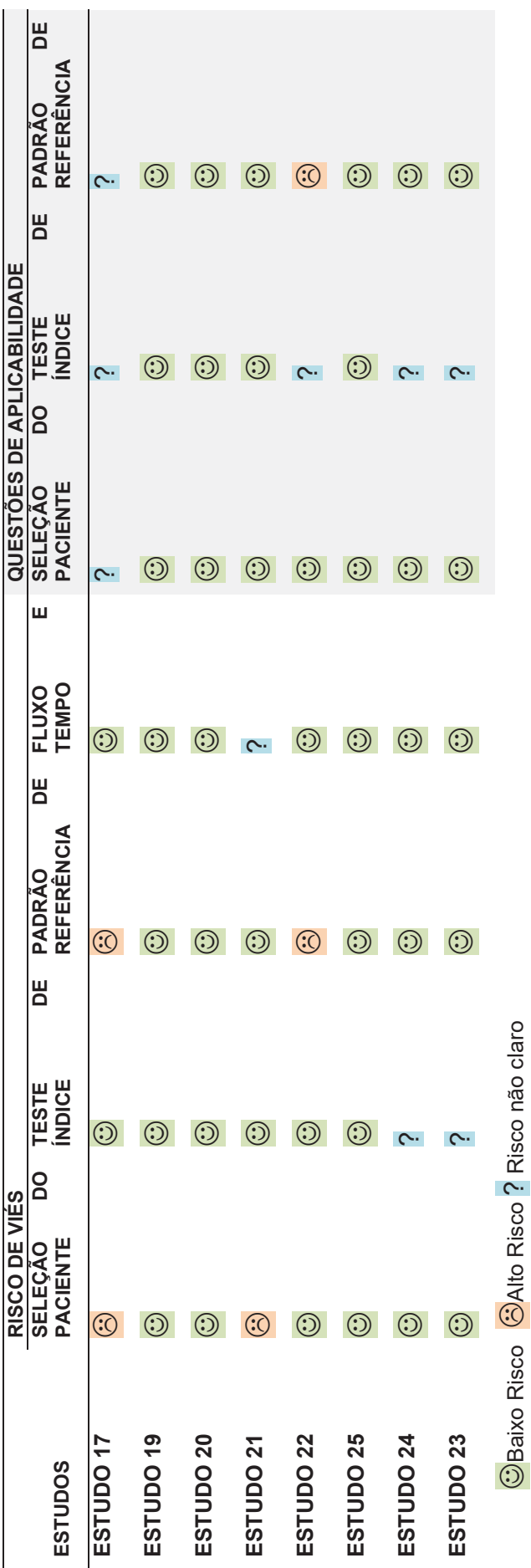
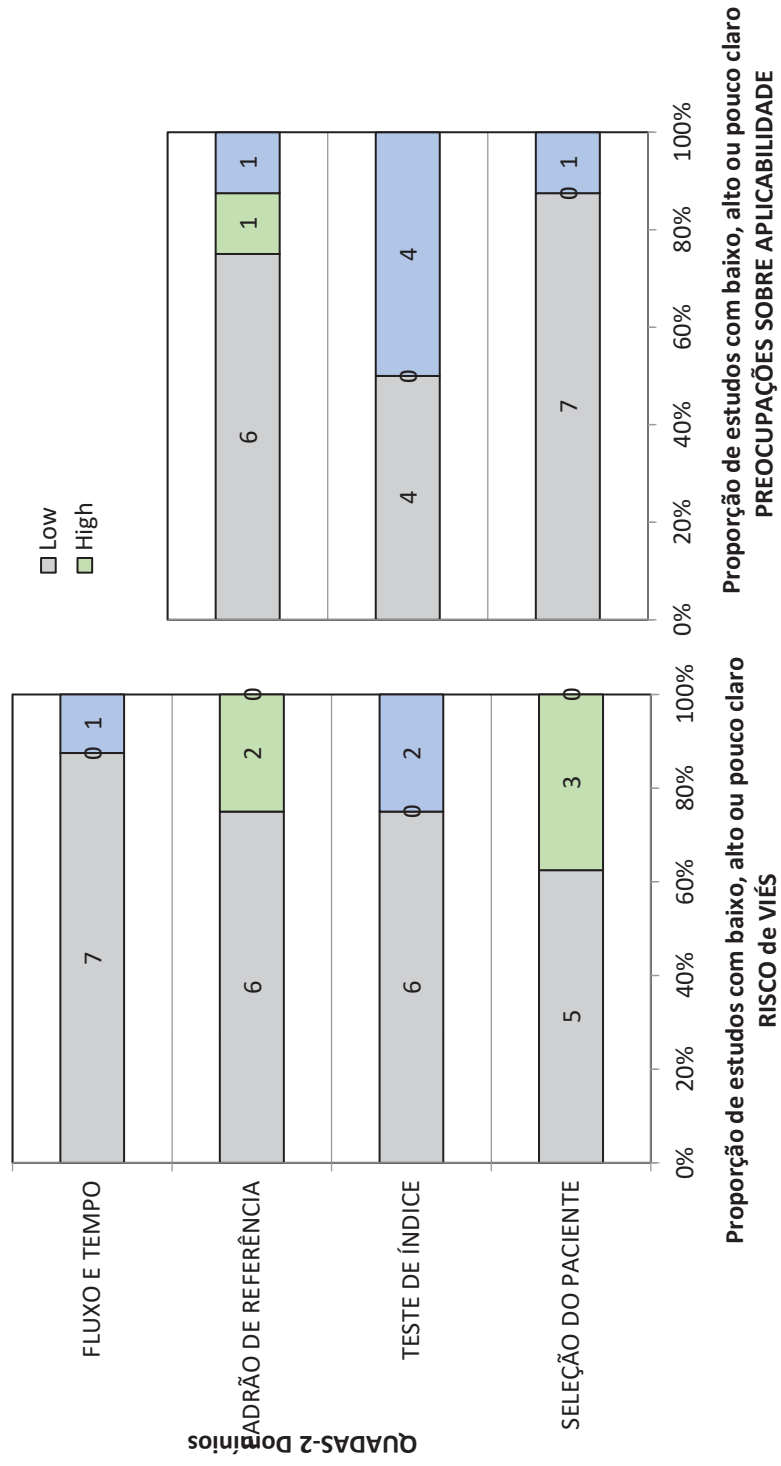


FIGURA 16. QUADAS-2 Representação gráfica da avaliação da qualidade dos estudos incluídos - 2



Os resultados da avaliação acerca da qualidade metodológica segundo a ferramenta QUADAS-2 estão resumidos nas Figuras 16 e 17.

87,5% dos estudos (7/8) apresentaram um risco baixo de viés com relação ao domínio de fluxo e tempo. Com relação aos riscos de viés dos padrões de referência adotados nos estudos, 75% deles (6/2) apresentaram um baixo risco. Já em relação aos riscos de viés dos domínios teste de índice e seleção de paciente, 75% (6/2) e 62,5% (5/8) apresentaram baixo riscos, respectivamente.

A análise quanto as questões de aplicabilidade do QUADAS-2, revelou que 75% dos estudos (6/2) apresentaram baixo risco de viés no domínio padrão de referência, 50 % dos estudos não foram claros no domínio teste de índice, seguido de apenas um estudo que apresentou risco de viés não claro no domínio seleção de paciente.

25 DISCUSSÃO

O avanço contínuo de estudos e investigações sobre o TAB, especialmente no âmbito do diagnóstico rastreamento e acompanhamento, desempenha um papel fundamental na ampliação da compreensão clínica e no aperfeiçoamento de estratégias mais eficazes para lidar com essa condição complexa. A diversidade de manifestações clínicas do TAB acrescenta um desafio à obtenção de diagnósticos precisos. Portanto, a aplicação de recursos para pesquisas que investiguem biomarcadores, influências genéticas e ambientais, bem como o aprimoramento de instrumentos de avaliação, e rastreamento é crucial para o desenvolvimento de métodos mais específicos e objetivos na identificação precoce e diferencial desse transtorno.

Este estudo possibilitou mapear e investigar a literatura por meio de uma revisão de escopo, acerca dos principais IP utilizados na prática clínica de pessoas com TAB. De acordo com a metodologia empregada, 27 estudos foram identificados e selecionados de acordo com os critérios de inclusão empregados nesta pesquisa. 88,90% (24/27) destes estudos apresentaram um delineamento transversal, onde as investigações e coleta de dados se dão em um único momento, priorizando a observação sobre a exposição e o desfecho de maneira simultânea, tornando difícil a compreensão da relação temporal existente entre eles (160). Ademais, apenas 11,11% (3/27) dos estudos incluídos revelaram um corte longitudinal, onde a população estudada nesses estudos foi acompanhada ao longo de um período determinado, e são selecionados a partir de uma característica em interesse, quer seja por sua exposição, ou fatores de riscos apresentados (161).

A exemplo de um estudo transversal que foi incluído nesta revisão de escopo, podemos mencionar o estudo **Nº 1** de Ince B et al., (2019) que propôs avaliar a confiabilidade e a validade da versão turca do IP BSDS, além de avaliar a sensibilidade e especificidade do mesmo (133). Acerca de estudos longitudinais incluídos, Sharma et al., (2011) estudo **Nº 21** conduziram uma análise do IP MDQ aplicado a mulheres durante o período pós-parto; este estudo apresentou um período de execução de 1826 dias, aproximadamente (151).

Dos estudos incluídos, quatro deles ocorreram nos EUA (estudos **nº: 2,3,18 e 25**). Neste país a prevalência estimada de TAB tipo 1 ao longo da vida foi de 1%, segundo as análises de Merikangas et al., (2011) (31). Para além disso, a idade média de início dos primeiros sintomas de TAB nesta população se dá entre as idades de 18 e 20 anos, representando a 18ª causa de incapacidade neste país. Cerca de 70% dos indivíduos que vivenciam episódios maníacos ou hipomaníacos enfrentam uma significativa deterioração no funcionamento psicossocial. Já durante episódios de depressão maior, essa taxa de comprometimento no funcionamento atinge aproximadamente 90% dos indivíduos americanos afetados (162,163).

Esta revisão identificou que 85% (23/27) dos estudos ocorreram em um contexto clínico ambulatorial de atenção primária a saúde. Esse resultado pode ser evidenciado em outros estudos, a exemplo do estudo de Cerimele et al., (2014) que conduziram uma revisão sistemática para avaliar a prevalência do TAB em ambientes de cuidados primários, e identificaram um percentual de prevalência que variou de 0,5% a 4%, neste contexto clínico (164). No estudo conduzido por

Vermani et al., constatou-se que 11,4% dos pacientes apresentavam transtorno bipolar, conforme avaliação pelo MINI. Além disso, os resultados revelaram que 51,7% dos pacientes em ambientes de cuidados primários foram diagnosticados com algum distúrbio psiquiátrico. Esses achados sugerem que estes locais clínicos utilizados nas pesquisas possam ter uma prevalência excepcionalmente alta de pacientes com doenças psiquiátricas ou que a detecção de doenças psiquiátricas pode ter sido frequente. Vale notar que a maioria dos estudos centrados em cuidados primários indica que aproximadamente 20% a 25% dos pacientes nesses ambientes apresentam doenças psiquiátricas (165,166).

Sabendo que o diagnóstico e rastreio de pacientes com TAB se dá em grande parte nos ambientes de atenção primária a saúde, essa equipe de atenção desempenha um papel crucial na detecção de casos que podem indicar a presença de transtornos afetivos bipolares, integrando-os de forma eficaz em uma abordagem abrangente de cuidados em saúde mental. Estabelecer contato e oferecer suporte ao usuário podem ter um impacto significativo na melhoria da qualidade de vida. Um desafio significativo no tratamento de pessoas com TAB,

é a tendência ao abandono do tratamento quando os sintomas diminuem. A equipe de atenção primária, por meio de visitas domiciliares, pode desempenhar um papel fundamental no resgate daqueles que decidem interromper o tratamento, contribuindo para uma abordagem mais proativa e preventiva (167).

Os resultados deste estudo permitiram identificar 8 IP distintos nos 27 estudos incluídos, sendo os de maior ocorrência o BSDS seguido pelo MDQ, com um percentual de ocorrência de 63% e 33,33% respectivamente. O BSDS foi desenvolvido por Ghaemi et al., (2005) (72) inicialmente para detectar as variações mais leves de humor do espectro bipolar, a exemplo do TAB tipo-II em pacientes ambulatoriais, estando este estudo incluído nesta revisão de escopo, estudo **Nº 3**. O BSDS é composto por duas partes. A primeira parte é um parágrafo contendo 19 frases positivamente valorizadas descrevendo muitos dos sintomas do transtorno bipolar. Por exemplo, uma frase diz: "Alguns indivíduos, durante esses períodos 'elevados', assumem muitas atividades ao mesmo tempo." Cada frase é seguida por um espaço sublinhado para os sujeitos marcarem com um *check* se acharem que se aplica a eles, observando que cada check vale um ponto.

A segunda parte do BSDS é uma pergunta de múltipla escolha simples, pedindo aos sujeitos que avaliem o quanto a história descrita anteriormente os descreve como um todo. Existem quatro respostas possíveis: "Esta história se encaixa muito bem em mim, ou quase perfeitamente" (vale 6 pontos), "esta história se encaixa bastante bem em mim" (4 pontos), "Esta história se encaixa em algum grau em mim" (2 pontos) e "Esta história realmente não me descreve" (0 pontos). Assim, a pontuação total no BSDS pode variar de 0 a 25. Inicialmente, os autores haviam quantificado as pontuações em uma das quatro categorias, com base nos totais de pontos: uma pontuação total de 0 a 6 indica que o transtorno bipolar é "altamente improvável"; 7 a 11 indica "baixa probabilidade"; 12 a 19 indica "probabilidade moderada"; e 20 a 25 indica que o transtorno bipolar é "altamente provável". Por fim, os autores consideraram "probabilidade moderada" e "altamente provável" como telas positivas para transtorno bipolar no BSDS (72).

Este mesmo estudo (**Nº 3**) verificou que a sensibilidade do BSDS foi semelhante entre os subtipos de TAB (I, II E NOS) apresentando valores de sensibilidade em torno de 0,76 para estas populações, indo contra a hipótese

postulada inicialmente, de que esse IP seria mais sensível em detectar TAB tipo-II (72). Achados semelhantes foram verificados no estudo **Nº 2** desenvolvido por Zimmerman et al., (2010) (134) que verificou que o BSDS também apresentou uma sensibilidade semelhante para a população de TAB tipo-I e tipo-II, e para população de pacientes com TAB NOS (não especificado) evidenciando que este instrumento não é o mais indicado para a investigação do subtipo do TAB. Resultados deste mesmo estudo indicam que este IP pode ser utilizado para descartar um diagnóstico de TAB, visto que o seu VPN para o ponto de corte 8 foi de 98,0%, além disso, o BSDS não é a melhor opção no auxílio diagnóstico do TAB, pois apresentou um baixo VPP neste mesmo ponto de corte.

Diversos instrumentos são utilizados para triagem de TAB, entretanto o MDQ se mostrou o mais amplamente estudado, aproximadamente duas dúzias de estudos foram publicados na literatura em um período de dez anos. Esse instrumento se mostrou efetivo no uso em ambientes psiquiátricos além de cenários de cuidados primários (168,169), bem como tem sido utilizado como uma ferramenta para estimar a prevalência do TAB (170).

O MDQ é um instrumento de triagem elaborado e validado por Hirschfeld et al., (2000) (116) desenvolvido para detectar sinais de TAB. Composto por perguntas que exploram mudanças de humor, energia elevada e histórico familiar, o MDQ fornece uma avaliação inicial que ajuda a identificar possíveis casos da condição. No entanto, é crucial destacar que o MDQ não substitui uma avaliação clínica detalhada realizada por profissionais qualificados. A versão original desse instrumento está disposta na lista de apêndices (**APÊNDICE A**) desta dissertação.

Uma revisão sistemática de literatura conduzida por Zimmerman et al., (2011) revelou que dos 20 estudos incluídos na análise, o MDQ apresentou uma sensibilidade em torno de 63% e uma especificidade de 87,5%, além de VPP de 58,0% e VPN de 88,9% em diferentes cenários de prática clínica. Os autores consideram que o desempenho do MDQ varia de acordo com o cenário de prática clínica, sendo ele mais sensível para detectar variações de TAB tipo-I em relação ao TAB tipo-II.

Verificamos também o número de participantes dos estudos incluídos nesta revisão. O estudo de Mehta et al., (2012) ocorreu na Índia e contou com um n de 53 participantes. Este estudo foi pioneiro realizar o acompanhamento

de jovens adultos com TAB e a validação do IP BSDS para este recorte da população Indiana, estimando uma prevalência do TAB de 22,6%. Além disso, os próprios autores reconhecem que o tamanho da amostra do estudo foi relativamente pequeno, caracterizando esse motivo como uma limitação do seu estudo (157).

Em contrapartida, identificamos no estudo realizado por Gamma et al., (2013) a maior população verificada, entre todos os estudos incluídos nesta revisão. O estudo revelou um n de 5635 participantes de diversos países da Europa e Ásia. O objetivo principal do estudo foi realizar a validação transcultural de uma versão revisada do instrumento original HCL-32, ao qual os autores nomearam de HCL-32-R2 (*The Hypomania Checklist–32 revised version 2*). Os autores aplicaram o instrumento nessa amostra compostas por pessoas que apresentaram episódios de depressão maior, no intuito de analisar a presença de sintomas de hipomania nesta população, pois evidências sugerem que pacientes deprimidos acabam sendo subdiagnosticados com transtornos bipolares, demonstrando um impacto negativo no tratamento inadequado destas populações, favorecendo uma piora no curso da doença. O HCL-32 foi criado no intuito de dirimir estes diagnósticos incorretos, auxiliando os clínicos na identificação e rastreio de sinais de sintomas do espectro bipolar tipo-II (147)

O instrumento original foi proposto por Dr Jules Angst e o estudo pioneiro da utilização deste IP foi em uma população alemã, conduzido pelo grupo de pesquisa do idealizador. O instrumento é composto por 32 perguntas que abordam sintomas específicos relacionados a estados de humor elevado, impulsividade e outros comportamentos associados a hipomania no transtorno bipolar. As perguntas são avaliadas quanto à intensidade e duração dos sintomas (171).

De acordo com as recomendações da Associação Psiquiátrica Americana acerca do manejo e acompanhamento do TAB, frequentemente observa-se que o TAB tipo-II é diagnosticado de maneira equivocada como transtorno depressivo maior (TDM), ou depressão unipolar. Situações como essas podem levar a tratamentos inadequados para estas populações (172). A identificação precisa de um episódio de hipomania é extremamente necessária para o correto diagnóstico do TAB tipo-II. Os sinais e sintomas de hipomania, muitas das vezes não são reconhecidos pelos pacientes como uma manifestação de sua doença

e, portanto, não é espontaneamente relatado aos profissionais de saúde (173) Pacientes com TAB tipo II tendem a procurar ajuda médica quando estão apresentando episódios depressivos, e nestes momentos, os clínicos nem sempre questionam diretamente sobre a presença de hipomania. Isso resulta em pelo menos 40% dos pacientes com transtorno bipolar recebendo inicialmente um diagnóstico incorreto, sendo a depressão unipolar o diagnóstico equivocado mais comum (116,147,172).

A falta de diagnóstico promove uma série de consequências, incluindo a intensificação do curso da doença devido ao emprego de uma terapia iatrogênica à base de antidepressivos, aumento no risco de suicídio, propensão ao alcoolismo e à dependência de drogas (174,175). O risco de suicídio é frequente em pessoas com TAB, com alguns estudos indicando uma taxa de 15%, sendo essa probabilidade ainda maior durante a fase depressiva ou em estados mistos (176). Neste cenário, podemos entender a ocorrência e investigação de pessoas com TDM nos estudos direcionados ao TAB. Essa revisão verificou que das doenças secundárias que mais estiveram presentes nas populações dos estudos incluídos, o TDM ocorreu em 40,7% (11/27) dos estudos, conforme exposto na **TABELA 8**.

Informações acerca do tempo de acompanhamento dos pacientes nos estudos foram verificados nesta revisão. A **FIGURA 12** expõe que apenas 55,56% (15/27) dos estudos revelaram essa informação. O estudo de Shabani et al., (2019) apresentou um tempo de acompanhamento de 7 dias. Este estudo foi conduzido no Irã e contou com uma amostra de 181 pacientes ambulatoriais de um hospital psiquiátrico na cidade de Teerã, tendo sido proposto a verificação da sensibilidade e especificidade da versão Persa do BSDS. Como resultado de suas análises, os autores verificaram que a versão persa do instrumento não foi tão sensível e específica quanto a versão original em inglês desenvolvida por Hirschfeld et al., (2000), além disso, os autores relataram ter encontrado melhores VPP, provavelmente devido a maior prevalência de TAB no cenário clínico verificado, um centro psiquiátrico de atenção terciária. Os autores ainda afirmam que o uso combinado do BSDS e do MDQ se mostram mais eficazes na triagem do TAB, do que a utilização isolada destes. Esse último resultado, corrobora com os achados dos estudos de Ghaemi et al., (2005), estudo **Nº 3** desta revisão (72,116,137)

De modo contrário, o estudo desenvolvido por Sharma et al., (2011) apresentou o maior tempo de acompanhamento dentre todos os estudos incluídos nesta revisão. Por um período de 1826 dias, os pesquisadores acompanharam uma amostra de pacientes ambulatoriais composta apenas por mulheres. O objetivo principal deste estudo foi estudar o desempenho do MDQ no período pós-parto em uma amostra de mulheres com TAB bem como avaliar sua sensibilidade e especificidade usando pontos de cortes distintos. Esse estudo foi pioneiro em realizar a validação desse IP para essa população específica. Como resultados das observações realizadas, as características operacionais do MDQ foram comparáveis às de pacientes com TAB que não estão no puerpério, entretanto, os autores afirmaram que mais pesquisas são necessárias para avaliar o desempenho deste IP neste contexto clínico, além de realizar uma comparação com outros IP, a exemplo do BSDS e do HCL-32 (151).

O estabelecimento de critérios para realização de diagnósticos demonstra uma importância notória na prestação de cuidados médicos, pois torna possível aos profissionais distinguir entre processos mentais considerados saudáveis dos patológicos, além de comportamentos. Isto é fundamental, pois os diagnósticos realizados precedem uma análise minuciosa do comportamento e dos relatos subjetivos das experiências anormais apresentadas pelos indivíduos. A obtenção de critérios diagnósticos precisos é essencial para atingir um diagnóstico ideal e facilitar o tratamento subsequente (177).

Cerca de 63% (17/27) dos estudos desta revisão adotaram o DSM-IV como critério na avaliação e diagnóstico dos participantes acompanhados nos estudos. O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) em sua versão IV, foi publicada em 1994. Cinco revisões foram realizadas para o DSM desde sua primeira publicação em 1952, sendo a quinta versão revisada a mais atual (21).

Por muitos anos, os pesquisadores utilizaram em suas investigações os critérios para diagnóstico de TAB conforme as recomendações do DSM-IV. Entretanto, já há uma discussão acerca das mudanças ocorridas na transição da quarta para a quinta versão do DSM. Pesquisadores sugerem que os critérios adotados pelo DSM-V podem impactar na prevalência de episódios do TAB, sejam eles episódios de mania e/ou hipomania. Os estudos conduzidos por Machado et al., (2017), nomeados de STEP-BD (The Systematic Treatment

Enhancement Program for Bipolar Disorder), verificaram que a adoção dos critérios de diagnóstico do DSM-V promoveu uma redução no número de episódios maníacos e hipomaníacos em 48% em detrimento aos critérios definidos pelo DSM-IV. Resultados semelhantes foram verificados nos estudos conduzidos por Fredskild et al. (2019), que verificaram uma redução de aproximadamente 34% no número de indivíduos com TAB que apresentaram algum episódio de mania ou hipomania quando os critérios do DSM-V foram adotados (178,179).

Alguns autores verificaram que pacientes com TAB diagnosticados a partir do DSM-V em comparação com outros indivíduos diagnosticados a partir do DSM-IV, obtiveram uma maior ocorrência de episódios maníacos graves, levando em consideração os scores obtidos através do IP YMRT (*Young Mania Rating Scale* - Escala de Mania de Young) desenvolvida por Vincent E Ziegler e popularizada por Robert Young (180). Para além disso, foi verificado uma associação maior a episódios de TOC (transtorno obsessivo compulsivo). Não foi verificada diferenças entre os gêneros dos participantes desses estudos, além de variações dos subtipos existentes no TAB, tentativas de suicídio e terapia medicamentosa empregada (178,179). Apesar destas discussões e apontamentos levantados, o DSM-V além do CID-11 continuam sendo as referências mundialmente utilizadas quanto aos critérios para diagnóstico dos transtornos de humor, tendo cada revisão com suas particularidades.

Essa revisão de escopo permitiu mapear dados de acurácia diagnóstica dos IP relatados nos estudos. Um total de 19 estudos (70,4%) trouxeram informações quanto à sensibilidade e especificidade dos IP verificados. Analisando os dados da **TABELA 9**, podemos verificar que o estudo **Nº 4** de Shabani et al., (2019), foi encontrada uma sensibilidade na aplicação do BSDS de 0,44 considerando o ponto de corte 10 deste instrumento. De todos os estudos desta revisão, esse valor de sensibilidade foi o menor. Apesar desse valor baixo, os autores relatam que de maneira geral, o desempenho do instrumento foi satisfatório frente a população estudada. Além do BSDS os autores analisaram concomitantemente o MDQ, e concluíram que as medidas de triagem analisada foram aceitáveis. As características dos indivíduos deste estudo foram de pacientes, um n=207 indivíduos que apresentaram idade média de 36.9 ± 15.5 anos (135).

O maior valor de sensibilidade identificado no estudo **Nº 2** de Zimmerman et al., (2010) apresentou uma sensibilidade de 0,90 (90%) do IP BSDS para o ponto de corte de 8 no score do instrumento, e um valor mínimo de especificidade de 0,51 (51%). Os autores indicam que, ao considerar os pontos de corte 11 e 12, a relação encontrada de sensibilidade e especificidade foram consistentes com os valores verificados no estudo de Ghaemi et al., (2005), considerando o ponto de corte 11 o estudo de Zimmerman obteve um valor de sensibilidade de 83,3%, maior que o verificado no estudo de Ghaemi, que foi de 76%, entretanto, a especificidade foi menor, 68,1% versus 85% (72,134).

Se tratando do maior valor de especificidade registrado nos estudos desta revisão, damos destaque aos resultados do estudo **Nº 7** de Chu H et al., (2010), em que a especificidade verificada foi de 0,97 (97%). Este estudo foi conduzido na China e tinha como objetivo primário testar as propriedades psicométricas da versão chinesa do Bipolar Spectrum Escala de Diagnóstico (C-BSDS) para servir como auxílio no diagnóstico clínico de transtornos bipolares. A amostra contou com um n=200 indivíduos, sendo que o percentual de ocorrência de indivíduos diagnosticados com TAB tipo-I foi de 34% (68 indivíduos) e de TAB tipo-II foi de 14,5%, aproximadamente 29 indivíduos. O ponto de corte ideal recomendado pelos autores foi 12, o que rendeu uma sensibilidade de 74% e uma especificidade 97%, como dito anteriormente. Os autores consideram que a validação do C-BSDS foi consistente com a sua versão original, tornando este IP uma opção recomendada para triagem de pacientes com TAB, especialmente do subtipo-II (138)

Um questionário ou instrumento utilizado na área da saúde, precisa gerar respostas fidedignas e válidas para que possam representar de maneira satisfatória a condição de saúde que está sendo investigada, ou, que cumpra o seu objetivo para o qual foi proposto. Diante do aumento no número de estudos clínicos, a necessidade de desenvolver medidas próprias para utilização em países cuja língua materna é diferente do inglês é notória. Diante deste cenário, e da presença de diferenças culturais importantes, essas medidas podem ser elaboradas de duas formas distintas: desenvolvendo uma nova medida, ou traduzir e adaptar culturalmente uma medida já existente e validada em outra língua (181).

O processo de adaptação transcultural é composto por duas etapas básicas: a tradução do instrumento bem como a sua adaptação, ou seja, a fusão de termos e sentenças entre as línguas diferentes, além da adaptação ao cenário cultural e estilo de vida verificados na cultura em interesse (182,183). Esta revisão permitiu mapear estudos de validação transcultural dos IP abordados em diversas línguas distintas.

No idioma chinês, Chu et al., (2010) (138), propuseram a tradução e validação transcultural do BSDS, Lee et al., (2013) (150) realizaram a validação para o idioma coreano de dois IP, o MDQ e o BSDS, em uma população de pacientes hospitalizados e ambulatoriais, um n=113 indivíduos, encontrando uma prevalência de TAB de 71,7% para essa amostra.

A versão espanhola do BSDS e MDQ também foram utilizadas nos estudos de Zaratiegui et al., (2011) Vázquez et al., (2010). O primeiro estudo ocorreu na Argentina, com uma amostra de 411 indivíduos durante um tempo de acompanhamento de 90 dias. Este estudo revelou que a versão espanhola do MDQ em comparação com o BSDS revelou uma sensibilidade ligeiramente menor e uma especificidade aceitável para essa amostra da população argentina, além disso, essa versão do MDQ obteve valores de sensibilidade baixos com relação a achados de outros estudos. Por fim, os autores recomendam a co-administração destes dois IP para obtenção de melhores resultados na triagem de TAB nestes ambientes clínicos (154).

O segundo estudo, de Vázquez et al., (2010) ocorreu na Espanha e contou com um n=65 indivíduos, tendo os autores procurado determinar se o BSDS poderia detectar o TAB em uma amostra latino latino-americana de pacientes diagnosticados com transtorno bipolar. Como resultado de suas avaliações, os autores confirmaram a sensibilidade e especificidade desse instrumento na triagem de TAB para essa população com língua nativa e espanhol, e sugerem também que o BSDS pode ser mais especialmente útil em detectar variações mais amplas do TAB, a exemplo do sub tipo=II. Em relação a aplicação do MDQ, os resultados foram consistentes com as observações de Zimmermam et all., (2010) e Nassir Ghaemi et al., (2005). Os autores reconhecem que o número indivíduos que participaram da pesquisa foi pequeno, e caracterizam esse motivo como uma limitação de seu estudo (72,134,139).

No Brasil, Castelo et al., (2010) propuseram a validação transcultural da versão em português do BSDS. Este IP revelou-se equivalente com a sua versão original em inglês, os autores recomendaram um ponto de corte ideal para a versão portuguesa do instrumento de 16, expressando percentuais de sensibilidade e especificidade de 78% e 70% respectivamente. Como limitação do estudo, os autores remetem a super-representação de pacientes com TAB tipo-I em sua amostra, com um percentual de ocorrência de 48,2%.

Esta revisão também verificou a validação transcultural em idiomas como o Japonês, estudo este proposto por Kameyama et al., (2013), que realizaram a validação do *Manic Episode Screening Questionnaire* (MES) para a versão em japonês. O estudo se debruçou em determinar métodos de triagem ideais para identificar transtornos bipolares entre pacientes com transtorno de humor de uma clínica especializada em psiquiatria por meio da utilização do IP mencionado (149). O estudo conduzido por İnce B et al., (2019) investigou a versão Turca do BSDS, os autores verificaram com base nos dados calculados de sensibilidade e especificidade que o instrumento na versão turca foi adequado para uso tanto na prática clínica como em ensaios clínicos (133). A literatura também mostra estudos de validação transcultural para outros idiomas, a exemplo do estudo conduzido por Rouget et al., (2005) (184), que validaram a versão Francesa do MDQ; a versão Italiana do HCL-32 foi verificada no estudo de Carta et al., (2006) (185), além da versão Tailandesa do MDQ que ocorreu nos estudos de Waleeprakhon et al., (2014) (186).

26 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa revisão de escopo permitiu a análise destes IP de ocorrência em vários países distintos, permitindo explorar as características psicométricas destes, nessas diversas populações. Os resultados indicam que a utilização dos IP para triagem a acompanhamento do TAB é encorajada, entretanto os profissionais de saúde precisam reconhecer, padronizar e testar os instrumentos existentes de forma a melhor se adaptar ao seu contexto, levando em consideração o nível intelectual de sua população, diferenças culturais e regionais.

Entendemos que de acordo com a estratégia de busca definida, estudos puderam não ter sido alcançados, comprometendo parcialmente a sensibilidade do nosso método, entretanto, de todos os estudos detectados, nenhum ficou de fora das análises, pois o acesso aos mesmos se deu de forma completa, o que complementa a valorização das análises realizadas nesta revisão de escopo.

Compreendemos as limitações na utilização de IP em triagem de condições de saúde. Em sua grande maioria, estes instrumentos são de autorrelato, o que leva em consideração a interpretação subjetiva acerca dos sinais e sintomas e comportamentos apresentados pelos próprios indivíduos, e isso é diretamente afetado pelo nível cultural e intelectual dessa população acerca de sua condição de saúde.

Outra problemática em torno da utilização destes instrumentos se dá ao fato de que os indivíduos podem expressar de maneira exagerada seus sintomas com o propósito de que a sua situação se pareça pior do que de fato é, o contrário também é verdade, indivíduos podem não reconhecer ou exprimir completamente e corretamente esses sinais e sintomas, minimizando sua verdadeira situação. Diante dessa situação, reforçamos que a utilização de IP não deve ser utilizada para inferir ou diagnosticar de forma definitiva o TAB, mas sim que sejam instrumentos norteadores para uma avaliação mais profunda, contribuindo para o discernimento clínico na avaliação e interpretação de ferramentas como estas. Estes instrumentos podem ajudar os profissionais de saúde a identificar, analisar e acompanhar os pacientes atendidos, contribuindo para a realização de um diagnóstico precoce do transtorno bipolar, colaborando para nortear e implementar um programa de cuidado e tratamento adequado para pessoas com este transtorno de humor.

Reforçamos a necessidade de desenvolvimento de estudos e estratégias mais efetivas na triagem e acompanhamento de pessoas com TAB, tornando possível que o cuidado aplicado a esta população ocorra com mais participação social, fortalecendo a construção de redes de apoio, e disseminando conhecimento acerca dessa condição de saúde.

27 APÊNDICES

APÊNDICE A – MDQ Versão original

1.	Has there ever been a period of time when you were not your usual self and...	YES	NO
	...you felt so good or so hyper that other people thought you were not your normal self or you were so hyper that you got into trouble?	☐	☐
	...you were so irritable that you shouted at people or started fights or arguments?	☐	☐
	...you felt much more self-confident than usual?	☐	☐
	...you got much less sleep than usual and found you didn't really miss it?	☐	☐
	...you were much more talkative or spoke faster than usual?	☐	☐
	...thoughts raced through your head or you couldn't slow your mind down?	☐	☐
	...you were so easily distracted by things around you that you had trouble concentrating or staying on track?	☐	☐
	...you had much more energy than usual?	☐	☐
	...you were much more active or did many more things than usual?	☐	☐
	...you were much more social or outgoing than usual, for example, you telephoned friends in the middle of the night?	☐	☐
	...you were much more interested in sex than usual?	☐	☐
	...you did things that were unusual for you or that other people might have thought were excessive, foolish, or risky?	☐	☐
	...spending money got you or your family into trouble?	☐	☐
2.	If you checked YES to more than one of the above, have several of these ever happened during the same period of time? <i>Please circle one response only.</i>		
	YES	NO	
3.	How much of a problem did any of these cause you — like being unable to work; having family, money, or legal troubles; getting into arguments or fights? <i>Please circle one response only.</i>		
	No problem	Minor problem	Moderate problem
			Serious problem

Fonte: Hirschfeld et al., (2000).

APÊNDICE B – Estudos Excluídos da Scoping Review e os Motivos

AUTOR/ANO	TÍTULO DO ESTUDO	MOTIVO DE EXCLUSÃO
Phelps, 2006	Improving the diagnosis of bipolar disorder: predictive value of screening tests.	Estudos Secundários/Revisão De Literatura
Keshavan, 2011	A dimensional approach to the psychosis spectrum between bipolar disorder and schizophrenia: the Schizo-Bipolar Scale.	Não Trata De TAB
Neria, 2008	Trauma exposure and posttraumatic stress disorder among primary care patients with bipolar spectrum disorder.	Não Trata De TAB
Hays, 1998	Age of first onset of bipolar disorder: demographic, family history, and psychosocial correlates.	Não Trata De IP
Youngstrom, 2003	Toward an integration of parent and clinician report on the Young Mania Rating Scale.	População < 18 Anos
Kluge, 2013	Methylphenidate in mania project (MEMAP): study protocol of an international randomised double-blind placebo-controlled study on the initial treatment of acute mania with methylphenidate.	Não Trata De IP
Adida, 2008	Lack of insight may predict impaired decision making in manic patients.	Não Trata De IP
Simon, 1998	Beyond bipolar thinking: patterns of conflict as a focus for diagnosis and intervention.	Estudos Secundários/Revisão De Literatura

Tsevat,2000	Health values of patients with bipolar disorder.	Não Trata De IP Para TAB
Peabody,1962	Two components in bipolar scales: direction and extremeness.	Estudos Secundários/Capítulo De Livro
Woggon,1979	[Construction of second order AMP scales: "manic depressives" and "schizophrenic syndrome"].	Não Trata De IP Para TAB
Ratheesh,2019	Manic or labile mood symptoms predict antidepressant associated suicidality among depressed youth	Estudos Secundários/Resumo De Congresso
Choudhary,2019	Social cognition in siblings of patients with bipolar disorder: A comparison with patients and healthy control	Não Trata De IP Para TAB
Calabrese,2018	Symptoms and functioning with aripiprazole once-monthly injection as maintenance treatment for bipolar I disorder	Não Trata De IP Para TAB
Boroujeni,2012	Correlation of social network attributes with individuals' score on bipolar spectrum diagnostic scale	Não Trata De TAB
Ray,2011	Bipolar spectrum disorder in real life situation: A multicentric prospective study	Estudos Secundários/Resumo De Congresso
Young,2010	Screening for bipolar disorder: How useful are currently available instruments and what do they tell us about the nosology and epidemiology of mood disorders?	Estudos Secundários/Resumo De Simpósio
Smith,2010	What do bipolar screening questionnaires tell us about the nosology of depression?	Estudos Secundários/Resumo De Congresso

Smith,2009	Screening for bipolar disorder: Comparing the performance of the hypomania checklist (HCL-32) and the bipolar spectrum diagnostic scale (BSDS) in a UK sample	Estudos Secundários/Resumo De Congresso
Allen,2008	Screening for bipolar disorder: Strengths and limitations of currently available instruments	Estudos Secundários/Revisão De Literatura
Lee,2008	Prevalence and risk factors associated with suicide ideation and attempts in Korean college students	Não Trata De IP Para TAB
Jeong,2013	Efficacy of quetiapine in patients with bipolar I and II depression: a multicenter, prospective, open-label, observational study	Não Trata De IP Para TAB
Protocolo de Ensaio Clínico,2016	Development of objective measures for depression, bipolar disorder and dementia by quantifying facial expression, body movement, and voice data during clinical interview and daily activity utilizing wearable device	Estudos Secundários/Protocolo De Estudo
Protocolo de Ensaio Clínico,2019	A randomized, open label trial of olanzapine versus lithium in the treatment of acute depression in patients with bipolar II or bipolar not otherwise specified	Não Trata De IP
Protocolo de Ensaio Clínico,2018	A Study of Zonisamide to Prevent Olanzapine-Associated Weight Gain	Não Trata De IP
Protocolo de Ensaio Clínico,2013	Study of Risperidone Monotherapy in Ambulatory Bipolar Disorder With Concurrent Moderately Severe Anxiety and Lifetime Panic or Generalized Anxiety Disorder	Estudos Secundários/Protocolo De Estudo

Cutler, 1994	The Bipolar Scale: A first stage reliability and validity assessment.	Estudos Secundários/Resumo De Congresso
Cassano, 1999	The bipolar spectrum: A clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methodology.	Estudos Secundários/Revisão De Literatura
Baldassano, 2005	Assessment tools for screening and monitoring bipolar disorder.	Estudos Secundários/Revisão De Literatura
Harvey, 2008	The factor structure of clinical symptoms in mixed and manic episodes prior to and after antipsychotic treatment.	Não Trata De IP
Bowden, 2010	Efficacy of valproate versus lithium in mania or mixed mania: A randomized, open 12-week trial.	Não Trata De IP
Goldberg, 2010	Ruling in and ruling out 'caseness' in the bipolar spectrum: Implications for initial screening.	Estudos Secundários/Comentário
Emilien, 2007	Bipolar disorder: How far are we from a rigorous definition and effective management?	Não Trata De IP
Koukopoulos, 2010	Antimanic and mood-stabilizing effect of memantine as an augmenting agent in treatment-resistant bipolar disorder.	Estudos Secundários/Carta Para O Editor
Menzin, 2009	A model of the economic impact of a bipolar disorder screening program in primary care.	Não Trata De IP
Altman, 2004	Differential Diagnosis and Assessment of Adult Bipolar Disorder.	Capítulo De Livro

Basu,2016	Bipolar spectrum disorders in substance use disorders.	Estudos Secundários/Carta Para O Editor
Zeng,2010	The validity and reliability of the Chinese version Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS).	Duplicado
Zimmerman,2014	Screening for bipolar disorder: Confusion between case-finding and screening.	Estudos Secundários/Revisão De Literatura
Hoyle,2015	Available screening tools for adults suffering from bipolar affective disorder in primary care: An integrative literature review.	Estudos Secundários/Revisão De Literatura
Lau,2012	Do mood insTABility symptoms in epilepsy represent formal bipolar disorder?	Não Trata De TAB
Jolfaei, 2014	Prevalence of bipolar disorders among a sample of medical students of Tehran University of Medical Sciences.	Estudos Secundários/Carta Para O Editor
Apfelbaum,2013	La comorbilidad del trastorno bipolar con trastornos de la personalidad tipo B como indicador de severidad clínica y disregulación afectiva. [Comorbidity between bipolar disorder and cluster B personality disorders as indicator of affective dysregulation and clinical severity.]	Não Trata De IP Para TAB
Waugh,2014	A review of self-rating instruments to identify young people at risk of bipolar spectrum disorders.	Estudos Secundários/Artigo De Revisão

Rucci,2013	A review of self-report and interview-based instruments to assess mania and hypomania symptoms.	Artigo De Revisão
Murasaki,2018	Multi-center, randomized, double-blind, placebo-controlled study of quetiapine extended-release formulation in Japanese patients with bipolar depression.	Não Trata De Ip
Graham,2015	The status of screening measures for bipolar disorder.	Estudos Secundários/Artigo De Revisão
Jeong,2015	The relationship between chronotype and mood fluctuation in the general population.	Não Trata De TAB
Xu,2015	Olanzapine–valproate combination versus olanzapine or valproate monotherapy in the treatment of bipolar I mania: A randomized controlled study in a Chinese population group.	Não Trata De IP
Post,2018	Prevalence of Axis II comorbidities in bipolar disorder: Relationship to mood state.	Não Trata De IP Para TAB
Cassano,2012	The role of psychomotor activation in discriminating unipolar from bipolar disorders: A classification-tree analysis.	Não Trata De IP Para TAB
Sajatovic,2003	Rating scales in bipolar disorder.	ESTUDOS SECUNDÁRIOS/Capítulo De Livro
Krishna,2013	Association between bipolar affective disorder and thyroid dysfunction.	Não Trata De IP Para TAB
Fakhry, 2013	Cognitive functions and cognitive styles in young euthymic patients with bipolar I disorder.	Não Trata De IP Para TAB

Ince,202	Window to his world: Using a patient's YouTube channel to help diagnose chronic mania.	Não Trata De IP
Perugi,2017	The Role of Electroconvulsive Therapy (ECT) in Bipolar Disorder: Effectiveness in 522 Patients with Bipolar Depression Mixed-state Mania and Catatonic Features.	Não Trata de IP
Rodrigue,2018	Multivariate Relationships Between Cognition and Brain Anatomy Across the Psychosis Spectrum.	Não Trata de IP para TAB
Keskin,2018	Assessment of sleep quality in bipolar euthymic patients.	Não Trata de IP
Castro,2015	Circadian rest-activity rhythm in individuals at risk for psychosis and bipolar disorder.	Não Trata de IP para TAB
Donohoe,2012	Social cognition in bipolar disorder versus schizophrenia: comparability in mental state decoding deficits.	Não Trata de IP
Hoekstra,2006	Nitric oxide and neopterin in bipolar affective disorder.	Não Trata de IP

Iosifescu, 2009	Galantamine-ER for cognitive dysfunction in bipolar disorder and correlation with hippocampal neuronal viability: a proof-of-concept study.	Não Trata de IP
Raouna, 2018	Clinical staging model in offspring of parents with bipolar disorder: a systematic review.	Estudos Secundários > Revisão Sistemática
Targum, 2012	Development of a clinical global impression scale for fatigue.	Não Trata de TAB
Brown, 2011	Voxel-based morphometry of patients with schizophrenia or bipolar I disorder: a matched control study.	Não Trata de IP
Bridler, 2015	Psychopharmacological treatment of 2195 in-patients with borderline personality disorder: A comparison with other psychiatric disorders.	Não Trata de TAB
Menecier, 2007	[Bipolar disorders and dementia: fortuitous association or filiation? A case-report and review of the literature].	Não Trata de IP
Perugi, 2013	Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in Italian bipolar adult patients: a preliminary report.	Não Trata de IP para TAB
Papazacharias, 2017	Bipolar Disorder and Frontotemporal Dementia: An Intriguing Association.	Não Trata de IP
Lebert, 2008	[Dementia following bipolar disorder].	Não Trata de IP

Hirano,2017	Frontal and temporal cortical functional recovery after electroconvulsive therapy for depression: A longitudinal functional near-infrared spectroscopy study.	Não Trata de IP
Skudlarski,2013	Diffusion tensor imaging white matter endophenotypes in patients with schizophrenia or psychotic bipolar disorder and their relatives.	Não Trata de IP
Liperoti,2003	The use of atypical antipsychotics in nursing homes.	Não Trata de IP
Contarino,2007	Cognitive outcome 5 years after bilateral chronic stimulation of subthalamic nucleus in patients with Parkinson's disease.	Não Trata de TAB
Kasai,2003	Differences and similarities in insular and temporal pole MRI gray matter volume abnormalities in first-episode schizophrenia and affective psychosis.	Não Trata de TAB
Frey,2007	Abnormal cellular energy and phospholipid metabolism in the left dorsolateral prefrontal cortex of medication-free individuals with bipolar disorder: an in vivo ¹ H MRS study.	Não Trata de IP
Ikeji,1999	Naturalistic comparative study of outcome and cognitive effects of unmodified electro-convulsive therapy in schizophrenia mania and severe depression in Nigeria.	Não Trata de TAB

Tsai,2007	Cognitive impairment in later life in patients with early-onset bipolar disorder.	Não Trata de IP para TAB
Lapid,2004	Decisional capacity of depressed elderly to consent to electroconvulsive therapy.	Não Trata de TAB
Gabriel,1997	Disorientation in chronic psychiatric patients.	Não Trata de TAB
Gigi,2006	[Behavior disturbances in emergency psychiatry or fronto-temporal dementia diagnosis? A challenge for psychiatrists].	Não Trata de IP
Karp,1992	Neurologic outcome of patients with dorsolateral prefrontal leukotomy.	Não Trata de TAB
Alison,2016	Possible Affective Switch Associated With Intravenous Ketamine Treatment in a Patient With Bipolar I Disorder.	Não Trata de IP
Reich,1981	Proverbs and the modern mental status exam.	Não Trata de IP
Tollefson,1990	Recognition and treatment of major depression.	Não Trata de TAB
Copeland,1975	Influence of psychiatric training medical qualification and paramedical training on the rating of abnormal behaviour.	Não Trata de TAB
Saran,1976	The effects of administering lithium carbonate on the balance of Na K and water in manic-depressive patients.	Não Trata de IP
Baar,1994	Organic mood disorder manic type associated with hyponatremia: a case report.	Não Trata de IP
Patten,1989	Organic mania induced by phenytoin: a case report.	Não Trata de IP

Prado,2009	Rapid response: a quality improvement conundrum.	Não Trata de TAB
Hawkins,1996	Limitations of cognitive status exams: a case-based discussion.	Não Trata de TAB
Vollrath,1994	Coping and MCMI-II symptom scales.	Não Trata de TAB
Cohler,1976	Child care attitudes and adaptation to the maternal role among mentally ill and well mothers.	Não Trata de TAB
Nuechterlein,1996	The role of neurocognitive deficits in understanding adaptive functioning in severe psychiatric illness: commentary on Hawkins and Cooper.	Não Trata de TAB
Isles,1991	Secondary mania after open-heart surgery.	Não Trata de IP
Prasad,1984	The role of sodium valproate as an anti-manic agent.	Não Trata de IP
Schubö,1975	[Psychiatric classification by means of a discriminatory application of Q factor analysis (author's transl)].	Não Trata de TAB
Liappas,2001	Functional psychosis in middle-aged people presenting as a long-lasting confusion state: a report of two cases.	Não Trata de TAB
Watanabe,1994	Mania or panic associated with dexamethasone chemotherapy in adolescents.	Não Trata de IP
Thienhaus,1990	[Plasma anticholinergic activity and cognitive function in geriatric patients].	Não Trata de TAB

Balster, 1990	Cognitive impairment among geropsychiatric outpatients.	Não Trata de TAB
Protocolo de Ensaio Clínico, 1975	Schizophrenia: a multinational study. Design.	Não Trata de TAB
Kotrla, 1994	A case of organic mania associated with open heart surgery.	Não Trata de TAB
Protocolo de Ensaio Clínico, 1975	Schizophrenia: a multinational study. Clinical classification by computer.	Não Trata de TAB
Sayyah, 2022	Assessment of the diagnostic performance of two new tools versus routine screening instruments for bipolar disorder: a meta-analysis	Estudos Secundários > Revisão Sistemática
Delbello, 2019	4.38 A SYSTEMATIC REVIEW AND NETWORK META-ANALYSIS OF THE EFFICACY AND SAFETY OF ANTIPSYCHOTICS FOR DEPRESSION ASSOCIATED WITH BIPOLAR DISORDER IN YOUTH	Estudos Secundários > Revisão Sistemática
Clementz, 2017	Intrinsic activity and intra-individual variability differences among b-snip psychosis cases assessed by single trial eeg time-frequency analyses	Não Trata de IP
Hudgens-Haney, 2017	Neural adaptation differences among psychosis biotypes	Não Trata de IP
Carvalho, 2015	Screening for bipolar spectrum disorders: A comprehensive meta-analysis of accuracy studies	Estudos Secundários > Revisão Sistemática

Bengesser,2015	Peripheral markers of oxidative stress and antioxidant defense in euthymia of bipolar disorder - Gender and obesity effects	Não Trata de TAB
Lee,2014	Effects of bipolarity on drinking behavior according to age and gender	Não Trata de IP
Sahin,2014	First episode mania in an elderly patient	Não Trata de IP
Clementz,2012	Neural responses to auditory paired stimuli among bipolar psychosis and schizophrenia families	Não Trata de IP
Mombour,1974	Frequency of symptoms in psychiatric illnesses. A comparative investigation with two rating scales (IMPS and AMP scale) for psychological pathological findings	Não Trata de TAB
Potkin,2005	Ziprasidone in acute bipolar mania: a 21-day randomized double-blind placebo-controlled replication trial	Não Trata de IP
DeIBello,2019	Efficacy of long-term treatment with lurasidone in children and adolescents with bipolar depression: interim analysis of a 2-year open-label extension study	População errada
Blumberg,2001	An evaluation of a six-week intervention designed to facilitate coping with psychological stress	Não Trata de TAB
Cho,2008	Limbic leukotomy for intractable major affective disorders: a 7-year follow-up study using nine comprehensive psychiatric test evaluations	Não Trata de TAB

Mormont, 1974	Rating of psychological effects induced by 'ordinary' Noveril and time released Noveril	Não Trata de TAB
Protocolo de Ensaio Clínico, 2016	Development of objective measures for depression bipolar disorder and dementia by quantifying facial expression body movement and voice data: A pilot study	Não Trata de IP para TAB
Lindenmayer, 2017	Psychiatric stability in subjects with tardive dyskinesia treated with valbenazine (NBI-98854)	Não Trata de TAB
Hampel, 2009	Lithium trial in Alzheimer's disease: a randomized single-blind placebo-controlled multicenter 10-week study	Não Trata de TAB
Rackensperger, 1976	The effect of the beta-adrenergic blocking agent propranolol in mania	Não Trata de IP para TAB
van, 1976	TRH by slow continuous infusion: an antidepressant?	Não Trata de IP
Protocolo de Ensaio Clínico, 2007	An Investigation of the Sleep Architecture and Consequent Cognitive Changes in Olanzapine-Treated Depressed Patients	Não Trata de IP
Protocolo de Ensaio Clínico, 2010	Ziprasidone in Bipolar Disorder With Comorbid Lifetime Panic or Generalized Anxiety Disorder (GAD)	Não Trata de TAB
Protocolo de Ensaio Clínico, 2005	A Study of Risperidone Monotherapy in Bipolar Anxiety	Não Trata de IP
Protocolo de Ensaio Clínico, 2007	Quetiapine SR and Divalproex Sodium ER in the Treatment of Anxiety in Bipolar Disorder With Panic Disorder and/or GAD	Não Trata de IP

Protocolo de Ensaio Clínico, 2016	Antidepressant Effects of Ayahuasca: a Randomized Placebo Controlled Trial in Treatment Resistant Depression	Não Trata de TAB
Kerry, 1972	Psychiatric diagnosis and the In-patient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS).	Não Trata de TAB
Bradwejn, 1990	Double-blind comparison of the effects of clonazepam and lorazepam in acute mania.	Não Trata de IP para TAB
Gálvez-Andres, 2007	Secondary bipolar disorder and Diogenes syndrome in frontotemporal dementia: Behavioral improvement with quetiapine and sodium valproate.	Não Trata de IP
Charron, 1991	De novo mania among elderly people.	Não Trata de IP
Misra, 2008	Appreciation of research information in patients with bipolar disorder.	Não Trata de IP
Muzina, 2009	Treatment and prevention of mania in bipolar I disorder: Focus on aripiprazole.	Não Trata de TAB
Masand, 1995	Hypomania precipitated by psychostimulant use in depressed medically ill patients.	Não Trata de IP
Frederick, 2004	In vivo proton magnetic resonance spectroscopy of the temporal lobe in Alzheimer's disease.	Não Trata de IP para TAB
Ketter, 2010	Rapid antipsychotic response with ziprasidone predicts subsequent acute manic/mixed episode remission.	Não Trata de IP

Menecier, 2007	Troubles bipolaires et démence: Association fortuite ou filiation? À propos d'un cas et revue de la littérature. [Bipolar disorders and dementia: Fortuitous association or filiation? A case-report and review of the literature.]	Estudos Secundários > Revisão Sistemática
Adewuya, 2006	Predictability of speech and language in Nigerian patients with psychosis: A controlled study.	Não Trata de TAB
Owen, 1970	The application of the Semantic Differential test: In a case of manic-depressive psychosis.	Não Trata de IP
Burgess, 1992	A standardized mental status examination discriminating four major mental disorders.	Não Trata de IP para TAB
Haas, 2009	Risperidone for the treatment of acute mania in children and adolescents with bipolar disorder: A randomized double-blind placebo-controlled study.	População errada
Ng, 2009	Lamotrigine for agitation in older patients with dementia.	Não Trata de TAB
Copeland, 1986	A computerized psychiatric diagnostic system and case nomenclature for elderly subjects: GMS and AGE CAT.	Não Trata de TAB
McKay, 1995	Neuropsychological function in manic-depressive psychosis: Evidence for persistent deficits in patients with chronic severe illness.	Não Trata de IP

Dolan, 1992	Regional cerebral blood flow abnormalities in depressed patients with cognitive impairment.	Não Trata de TAB
Benedict, 1999	A preliminary study of the association between changes in mood and cognition in a mixed geriatric psychiatry sample.	Não Trata de TAB
Gleason, 2003	Donepezil for Postoperative Delirium.	Não Trata de IP para TAB
Hentschel, 1976	Attempts at a nosological classification with two standardized psychiatric rating scales.	Não Trata de TAB
Sharpe, 1974	Comparisons of American Canadian and British psychiatrists in their diagnostic concepts.	Não Trata de IP
Vito, 2006	Advanced pediatric psychopharmacology.	Não Trata de TAB
Fenn, 2005	Medical comorbidity and health-related quality of life in bipolar disorder across the adult age span.	Não Trata de IP
Chouinard, 1993	A double-blind randomized clinical trial of rapid tranquilization with i.m. clonazepam and i.m. haloperidol in agitated psychotic patients with manic symptoms.	Não Trata de TAB
Pokorny, 1974	Lithium in treatment and prevention of effective disorder: A VA-NIMH collaborative study.	Não Trata de IP para TAB

Luria,1979	Reliability and descriptive validity of PSE syndromes.	Não Trata de TAB
Gosling,1972	Creatine phosphokinase activity in newly admitted psychiatric patients.	Não Trata de IP
Liperoti,2003	The Use of Atypical Antipsychotics in Nursing Homes.	Não Trata de IP
Hemingway,2005	Shy-Drager syndrome: Multisystem atrophy with comorbid depression.	Não Trata de TAB
Sherrell, 1999	Use of the Cognitive Abilities Screening Instrument to assess elderly persons with schizophrenia in long-term care settings.	Não Trata de TAB
Thienhaus, 1990	Anticholinergische Plasmaaktivität und kognitive Funktion bei geriatrischen Patienten. [Anticholinergic plasma activity and cognitive function in geriatric patients.]	Não Trata de TAB
Sobczak,2004	Lower high-density lipoprotein cholesterol and increased omega-6 polyunsaturated fatty acids in first-degree relatives of bipolar patients.	Não Trata de IP
MacMillian,2006	A Comparison of Divalproex and Oxcarbazepine in Aggressive Youth with Bipolar Disorder.	Não Trata de IP

Verma,1974	A study of diagnostic differences of some functional psychoses by means of self-report technique and behaviour rating with an examination of punitiveness as a variable in the psychotic disorders.	Não Trata de TAB
Parker,1992	Comparison of clinician rated and family corroborative witness data for depressed patients.	Não Trata de TAB
Folstein, 1975	Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.	Não Trata de TAB
Laher,2010	Personality styles of patients with bipolar disorder: An exploratory study.	Não Trata de IP
Balázs,2003	Prevalence and comorbidity of affective disorders in persons making suicide attempts in Hungary: importance of the first depressive episodes and of bipolar II diagnoses.	Não Trata de TAB
Young,2011	Detection of bipolar disorder.	Não Trata de IP
Narayanan,2014	Resting state electroencephalogram oscillatory abnormalities in schizophrenia and psychotic bipolar patients and their relatives from the bipolar and schizophrenia network on intermediate phenotypes study.	Não Trata de IP
Mittal,2013	Bipolar disorder.	Não Trata de IP

Smith,2012	Where has all the stigma gone?	Não Trata de IP
Houenou,2015	Epidemiological and clinical aspects will guide the neuroimaging research in bipolar disorder.	Não Trata de IP
Lin,2015	Neuropsychological performance of patients with soft bipolar spectrum disorders.	Não Trata de IP
Vázquez,2010	Hyperthymic temperament may protect against suicidal ideation.	Não Trata de IP
Vieta,2013	Managing bipolar disorder in clinical practice 3rd ed.	Não Trata de IP
Martin,2013	Is there a clinical prodrome of bipolar disorder? A review of the evidence.	Não Trata de IP
Rakofsky,2015	The over-under on the misdiagnosis of bipolar disorder: A systematic review.	Não Trata de IP
Gao,2018	A pilot study of the effectiveness of lithium versus quetiapine immediate release monotherapy in patients with bipolar spectrum disorders.	Não Trata de IP
Echezarraga,2019	Resilience process in bipolar disorder from the views of patients and health professionals.	Não Trata de IP

Mot'ovský,2013	Indikátory bipolarity u pacientov s bipolárnou afektívnou poruchou I bipolárnou afektívnou poruchou II a veľkou depresívnou poruchou. [Indicators of bipolarity in patients with bipolar I bipolar II affective disorder and major depressive disorder.]	Não Trata de TAB
Samala,2011	A 91-year-old woman who suddenly talked more and slept less.	Não Trata de IP
O'Bryan,2014	Disturbances of visual motion perception in bipolar disorder.	Não Trata de IP
No,2013	Abstracts of the Tenth International Conference on Bipolar Disorder 13–16 June 2013 Miami Beach Florida USA.	Não Trata de IP
Tamminga,2013	Clinical phenotypes of psychosis in the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP).	Não Trata de IP
Bodner,2011	Bipolar spectrum disorder: A clinician's perspective.	Não Trata de IP
Ng,2011	Religion health beliefs and the use of mental health services by the elderly.	Não Trata de IP
de,2013	Distinguishing between unipolar depression and bipolar depression: Current and future clinical and neuroimaging perspectives.	Não Trata de IP

Taylor,2014	Could glutamate spectroscopy differentiate bipolar depression from unipolar?	Não Trata de IP
Hanlon,2021	The clinical relevance of gray matter atrophy and microstructural brain changes across the psychosis continuum.	Não Trata de TAB
Ryu,2015	Effects of emotional stimuli on time perception in manic and euthymic patients with bipolar disorder.	Não Trata de IP
Meda,2014	Multivariate analysis reveals genetic associations of the resting default mode network in psychotic bipolar disorder and schizophrenia.	Não Trata de IP
Subramanian,2016	Current adherence attitudes can reflect the course and outcome of bipolar disorder-type I.	Não Trata de IP
Plosker,2012	Quetiapine: A pharmacoeconomic review of its use in bipolar disorder.	Não Trata de IP

Nanda,2016	Impulsivity across the psychosis spectrum: Correlates of cortical volume suicidal history and social and global function.	Não Trata de TAB
Smucny,2019	Cross-diagnostic analysis of cognitive control in mental illness: Insights from the CNTRACS consortium .	Não Trata de IP
Koukopoulos,2021	The Koukopoulos Mixed Depression Rating Scale (KMDRS) and the assessment of mixed symptoms during the perinatal period.	População errada
Thaler,2013	Bipolar disorders.	Não Trata de IP
Stiles,2018	The compelling and persistent problem of bipolar disorder disguised as major depression disorder: An integrative review.	Estudos Secundários > Revisão Integrativa
Robertson,2012	Bipolar II disorder in rural New South Wales.	Não Trata de IP

Ruocco,2014	Emotion recognition deficits in schizophrenia-spectrum disorders and psychotic bipolar disorder: Findings from the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) study.	Não Trata de IP
Soh,2015	Joint coupling of awake EEG frequency activity and MRI gray matter volumes in the psychosis dimension: A BSNIP study.	Não Trata de IP para TAB
Tamayo,2013	Bipolar spectrum disorder: Origins and state of the art.	Não Trata de IP
Mazza,2013	To be or not to be a bipolar disorder patient: Problems with diagnosis.	Não Trata de IP
Motovsky,2013	Psychopathological characteristics of bipolar and unipolar depression—Potential indicators of bipolarity.	Não Trata de IP
Youngstrom,2020	Bipolar spectrum disorders.	Não Trata de IP
Mitchell,2012	Bipolar disorder: The shift to overdiagnosis.	Não Trata de IP

Eum,2017	Cognitive burden of anticholinergic medications in psychotic disorders.	Não Trata de TAB
Hill,2013	Neuropsychological impairments in schizophrenia and psychotic bipolar disorder: Findings from the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) study.	Não Trata de IP para TAB
Smucny,2020	Latent profiles of cognitive control episodic memory and visual perception across psychiatric disorders reveal a dimensional structure.	Não Trata de TAB

Behrendt-Møller, 2019	Patterns of changes in bipolar depressive symptoms revealed by trajectory analysis among 482 patients with bipolar disorder.	Não Trata de IP
Tamminga, 2014	Bipolar and schizophrenia network for intermediate phenotypes: Outcomes across the psychosis continuum.	Não Trata de IP
Mokhtari, 2016	Multivariate genetic correlates of the auditory paired stimuli-based p2 event-related potential in the psychosis dimension from the BSNIP study.	Não Trata de IP
Correll, 2017	Biological treatment of acute agitation or aggression with schizophrenia or bipolar disorder in the inpatient setting.	Não Trata de IP

Clementz,2016	Identification of distinct psychosis biotypes using brain-based biomarkers.	Não Trata de IP
Post,2022	Are personality disorders in bipolar patients more frequent in the US than Europe?	Não Trata de IP para TAB
Sayyah,2022	Assessment of the diagnostic performance of two new tools versus routine screening instruments for bipolar disorder: a meta-analysis.	Estudos Secundários > Revisão Sistemática

APÊNDICE C – Estudos Excluídos da Overview de RS e os Motivos

Perlis,2006	Atypical Antipsychotics in the Treatment of Mania: A Meta-Analysis of Randomized, Placebo-Controlled Trials.	Não Trata De IP
Perlis RH,2006	Clinical features of bipolar depression versus major depressive disorder in large multicenter trials.	Não Trata De IP
Faurholt-Jepsen,2016	Electronic self-monitoring of mood using IT platforms in adult patients with bipolar disorder: A systematic review of the validity and evidence.	Não Trata De IP
Welten,2015	Placebo response in antipsychotic trials of patients with acute mania: Results of an individual patient data meta-analysis.	Não Trata De IP
Silveira,2015	Rumination in bipolar disorder: a systematic review.	Não Trata De IP
Tarr,2011	Study design and patient characteristics and outcome in acute mania clinical trials.	Não Trata De IP
Rakofsky,2015	The over-under on the misdiagnosis of bipolar disorder: A systematic review.	Não Trata De IP
Mick,2003	A preliminary meta-analysis of the child behavior checklist in pediatric bipolar disorder.	População < 18 Anos
Van Meter, 2016	Ten-year updated meta-analysis of the clinical characteristics of pediatric mania and hypomania.	População < 18 Anos

Morton,2019	Advancing the study of functioning in bipolar disorders—from scales to constructs.	Comentário
Picardi, Angelo,2009	Rating scales in bipolar disorder.	Capítulo De Livro
Koenders MA, 2015	The use of the prospective NIMH Life Chart Method as a bipolar mood assessment method in research: a systematic review of different methods, outcome measures and interpretations.	Estudo Secundário/ Revisão De Literatura
Vieta,2004	Comparison of rapid-cycling and non-rapid-cycling bipolar I manic patients during treatment with olanzapine: analysis of pooled data	Não Trata de IP para TAB
Delbello,2019	A Systematic Review And Network Meta-Analysis Of The Efficacy And Safety Of Antipsychotics For Depression Associated With Bipolar Disorder In Youth	Estudo em População Pediátrica
Tondo,1998	Rapid cycling in women and men with bipolar manic-depressive disorders.	Não Trata de IP para TAB

Biederman, 1998	The naturalistic course of pharmacologic treatment of children with maniclike symptoms: A systematic chart review.	Estudo em População Pediátrica
Nho, 2015	Comprehensive gene- and pathway-based analysis of depressive symptoms in older adults.	NÃO TRATA DE IP PARA TAB
Altshuler, 1995	Thyperintensities in bipolar disorder: Magnetic resonance imaging comparison and literature meta-analysis.	Não Trata de IP para TAB
D'Ercole, 1991	Diagnosis of physical illness in psychiatric patients using axis III and a standardized medical history.	Não Trata de TAB
Angst, 1993	Efficacy of moclobemide in different patient groups: Results of new subscales of the Hamilton Depression Rating Scale.	NÃO TRATA DE IP PARA TAB
Soltmann, 2012	"Quality of reporting" in studien zur bipolaren störung: Folgen für die leitlinienentwicklung. [Quality of reporting in studies on bipolar disorders. Implications for the development of guidelines.]	Não Trata de IP para TAB

Campo-Arias,2006	Smoking is associated with schizophrenia, but not with mood disorders, within a population with low smoking rates: A matched case-control study in Bucaramanga, Colombia.	Não Trata de IP para TAB
Ceron-Litvoc,2009	Comparison of carbamazepine and lithium in treatment of bipolar disorder: A systematic review of randomized controlled trials.	Não Trata de IP para TAB
Stephens, 1982	Reactive psychoses.	Não Trata de TAB
Thorell,2013	Electrodermal hyporeactivity as a trait marker for suicidal propensity in uni- and bipolar depression.	Não Trata de IP para TAB
DeLeon,2004	Aripiprazole: A Comprehensive Review of Its Pharmacology, Clinical Efficacy, and Tolerability.	Não Trata de TAB
Kowatch,2005	Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents.	Estudo em População Pediátrica
Trotta,2015	Do premorbid and post-onset cognitive functioning differ between schizophrenia and bipolar disorder? A systematic review and meta-analysis.	Não Trata de IP para TAB
Seitz,2010	Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: A systematic review.	Não Trata de TAB

Taylor,2014	Could glutamate spectroscopy differentiate bipolar depression from unipolar?	Não Trata de IP para TAB
Valentí,2008	Electroconvulsive therapy in the treatment of mixed states in bipolar disorder.	Não Trata de IP para TAB
McElroy,2005	Comorbidity of bipolar and eating disorders: Distinct or related disorders with shared dysregulations?	Não Trata de IP para TAB
Berk,2008	Going up in smoke: Tobacco smoking is associated with worse treatment outcomes in mania.	Não Trata de IP para TAB
Depp,2012	Meta-analysis of the association between cognitive abilities and everyday functioning in bipolar disorder.	Não Trata de IP para TAB
Barbosa,2012	Neurosyphilis presenting as mania.	Não Trata de IP para TAB
Geddes,2009	Lamotrigine for treatment of bipolar depression: Independent meta-analysis and meta-regression of individual patient data from five randomised trials.	Não Trata de IP para TAB
Tremain,2020	Number of episodes in bipolar disorder: The case for more thoughtful conceptualization and measurement.	Não Trata de IP para TAB

Garriga,2016	Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus.	Não Trata de TAB
Goldberg,2009	The serotonin transporter gene and disease modification in psychosis: Evidence for systematic differences in allelic directionality at the 5-HTTLPR locus.	Não Trata de TAB
Guille,2002	Clinical outcome of adjunctive topiramate treatment in a sample of refractory bipolar patients with comorbid conditions.	Não Trata de IP para TAB
Xia,2008	Treatment-emergent mania in unipolar and bipolar depression: Focus on repetitive transcranial magnetic stimulation.	Não Trata de IP para TAB
Bartoli,2020	Ketamine and esketamine for suicidal ideation: Recent progress and practical issues.	Não Trata de TAB

Bouhuys,1991	Towards a model of mood responses to sleep deprivation in depressed patients.	Não Trata de TAB
Baune,2013	Short- and long-term relationships between neurocognitive performance and general function in bipolar disorder.	Não Trata de IP para TAB
Wiste,2014	Bipolar polygenic loading and bipolar spectrum features in major depressive disorder.	Não Trata de IP para TAB
Mathews,2001	Assortative mating in the affective disorders: A systematic review and meta-analysis.	Não Trata de IP para TAB
Austin,1991	Lithium augmentation in antidepressant-resistant patients: A quantitative analysis.	Não Trata de TAB
Schaffer,2015	International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: Meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder.	Não Trata de IP para TAB

Wozniak,2012	Further evidence for robust familiarity of pediatric bipolar I disorder: Results from a very large controlled family study of pediatric bipolar I disorder and a meta-analysis.	Estudo em População Pediátrica
Ince,2020	Window to his world: Using a patient's YouTube channel to help diagnose chronic mania.	Não Trata de IP para TAB
Chang,2009	Five-year stability of ICD-10 diagnoses among Chinese patients presented with first-episode psychosis in Hong Kong.	Não Trata de TAB
Chiesa,2011	Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis.	Não Trata de IP para TAB
Brooks2011	Safety and tolerability associated with second-generation antipsychotic polytherapy in bipolar disorder: Findings from the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder.	Não Trata de IP para TAB
Slotema,2010	Should we expand the toolbox of psychiatric treatment methods to include repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS)? A meta-analysis of the efficacy of rTMS in psychiatric disorder.	Não Trata de IP para TAB
Raouna,2018	Clinical staging model in offspring of parents with bipolar disorder: A systematic review.	Não Trata de IP para TAB

Lyssenko,2018	Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale.	Não Trata de TAB
Raouna,2018	Clinical staging model in offspring of parents with bipolar disorder: a systematic review.	Não Trata de IP para TAB
Avila,2010	Functioning and disability in bipolar disorders: a systematic review of literature using the ICF as a reference.	Não Trata de IP para TAB
Samamé,2017	Are major depression and bipolar disorder neuropsychologically distinct? A meta-analysis of comparative studies.	Não Trata de IP para TAB
Fazel,2010	Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review.	Não Trata de IP para TAB
Fusar-Poli,2012	Mapping vulnerability to bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of neuroimaging studies.	Não Trata de IP para TAB
Novick,2010	Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence.	Não Trata de IP para TAB
Joseph,2008	A quantitative and qualitative review of neurocognitive performance in pediatric bipolar disorder.	Não Trata de IP para TAB
Maniglio,2013	The impact of child sexual abuse on the course of bipolar disorder: a systematic review.	Não Trata de IP para TAB

Patel,2021	Second-Generation Antipsychotics in Management of Acute Pediatric Bipolar Depression: A Systematic Review and Meta-analysis.	Não Trata de IP para TAB
Janiri,2020	The Ring of Fire: Childhood Trauma, Emotional Reactivity, and Mixed States in Mood Disorders.	Não Trata de IP para TAB
Kupferschmidt,2011	Toward a functional neuroanatomical signature of bipolar disorder: quantitative evidence from the neuroimaging literature.	Não Trata de IP para TAB
Goldstein,2009	Inflammation and the phenomenology, pathophysiology, comorbidity, and treatment of bipolar disorder: a systematic review of the literature.	Não Trata de IP para TAB
Baune,2013	Short- and long-term relationships between neurocognitive performance and general function in bipolar disorder.	Não Trata de IP para TAB
Joslyn,2016	Is age of onset associated with severity, prognosis, and clinical features in bipolar disorder? A meta-analytic review.	Não Trata de IP para TAB
Timmerby,2017	A Systematic Review of the Clinimetric Properties of the 6-Item Version of the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D6).	Não Trata de TAB
Schmid,2007	[The situation of caregivers of inpatients with bipolar affective disorders].	Não Trata de IP para TAB

Pagano,2016	Safety of hormonal contraception and intrauterine devices among women with depressive and bipolar disorders: a systematic review.	Não Trata de IP para TAB
Kane,2010	Evaluation of akathisia in patients with schizophrenia, schizoaffective disorder, or bipolar I disorder: a post hoc analysis of pooled data from short- and long-term aripiprazole trials.	Não Trata de IP para TAB
Turnbull,2008	Efficacy of omega-3 fatty acid supplementation on improvement of bipolar symptoms: a systematic review.	Não Trata de IP para TAB
Karege,2012	Genetic overlap between schizophrenia and bipolar disorder: a study with AKT1 gene variants and clinical phenotypes.	Não Trata de IP para TAB
Tohen,2001	A meta-analysis of the use of typical antipsychotic agents in bipolar disorder.	Não Trata de IP para TAB

Bourne,2013	Neuropsychological testing of cognitive impairment in euthymic bipolar disorder: an individual patient data meta-analysis.	Não Trata de IP para TAB
Jablensky,1993	Kraepelin revisited: a reassessment and statistical analysis of dementia praecox and manic-depressive insanity in 1908.	Não Trata de TAB
Verduijn,2017	Using Clinical Characteristics to Identify Which Patients With Major Depressive Disorder Have a Higher Genetic Load for Three Psychiatric Disorders.	Não Trata de TAB
Editorial	Asenapine for bipolar I disorder?	Não Trata de IP para TAB
Wang,2013	Bipolar disorder and schizophrenia share a similar deficit in semantic inhibition: a meta-analysis based on Hayling Sentence Completion Test performance.	Não Trata de IP para TAB

Preisig,2000	Association between bipolar disorder and monoamine oxidase A gene polymorphisms: results of a multicenter study.	Não Trata de IP para TAB
Altshuler,1995	Thyperintensities in bipolar disorder: magnetic resonance imaging comparison and literature meta-analysis.	Não Trata de IP para TAB
Lindenmayer,2004	An excitement subscale of the Positive and Negative Syndrome Scale.	Não Trata de TAB
Edwards,1984	A meta-analytic comparison of the Beck Depression Inventory and the Hamilton Rating Scale for Depression as measures of treatment outcome.	Não Trata de TAB
González-Rodríguez,2022	Psychometric instruments for the assessment of depressive symptoms in patients with delusional disorder: A systematic review.	Não Trata de TAB

Estratégia de busca empregada na elaboração da overview de RS.

ESTRATÉGIA DE BUSCA	
BASE DE DADOS	
MEDLINE	("psychiatric status rating scales"[MeSH Terms] OR "mental status schedule"[MeSH Terms] OR "bipolar spectrum diagnostic scale"[Title/Abstract] OR "Mental Status Test"[Title/Abstract] OR "psychiatric scale"[Title/Abstract] OR "psychiatric test"[Title/Abstract] OR "mental test"[Title/Abstract] OR "mental scale"[Title/Abstract] OR "bipolar test"[Title/Abstract] OR "bipolar scale"[Title/Abstract])
	AND
	("Bipolar Disorder"[Mesh] OR "Bipolar Disorders"[tiab] OR "Disorder, Bipolar"[tiab] OR "Affective Psychosis, Bipolar"[tiab] OR "Manic-Depressive Psychosis"[tiab] OR "Manic Depressive Psychosis"[tiab] OR "Psychosis, Manic-Depressive"[tiab] OR "Psychosis, Manic Depressive"[tiab] OR "Bipolar Mood Disorder"[tiab] OR "Bipolar Mood Disorders"[tiab] OR "Disorder, Bipolar Mood"[tiab] OR "Mood Disorder, Bipolar"[tiab] OR "Psychoses, Manic-Depressive"[tiab] OR "Psychoses, Manic Depressive"[tiab] OR "Depression, Bipolar"[tiab] OR "Bipolar Depression"[tiab] OR "Manic Depression"[tiab] OR "Depression, Manic"[tiab] OR "Depressions, Manic"[tiab] OR "Manic Disorder" OR "Disorder, Manic"[tiab] OR "Manic Disorders"[tiab])
	AND

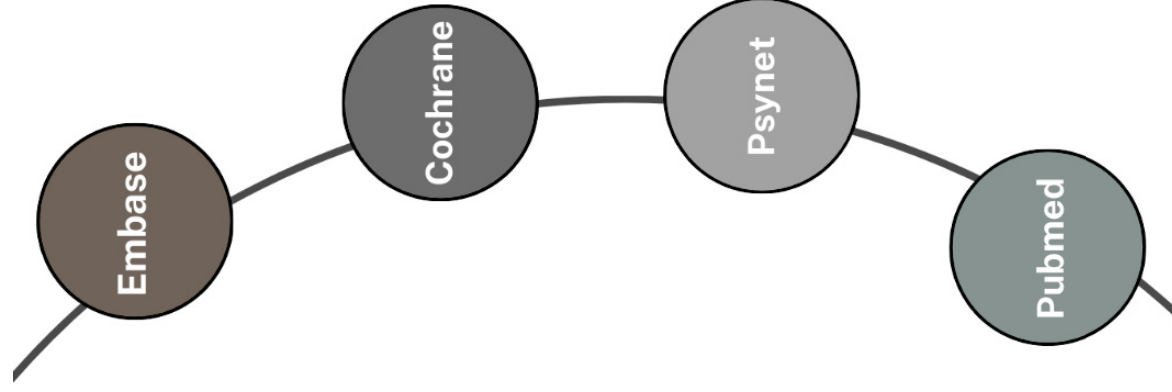
	((systematic review[pt] OR meta-analysis[pt] OR systematic review[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR systematic review [MeSH Terms] OR meta-analysis [MeSH Terms]) NOT (controlled [Title/Abstract] OR trial[Title/Abstract] OR randomized controlled trial[Publication Type] OR controlled clinical trial[Publication Type] OR random allocation[MeSH Terms]) AND hasabstract))
PsyINFO	("psychiatric status rating scales" OR "mental status schedule" OR "bipolar spectrum diagnostic scale" OR "Mental Status Test" OR "psychiatric scale" OR "psychiatric test" OR "mental test" OR "mental scale" OR "bipolar test" OR "bipolar scale") AND ("Bipolar Disorder" OR "Bipolar Disorders" OR "Disorder, Bipolar" OR "Affective Psychosis, Bipolar" OR "Manic-Depressive Psychosis" OR "Manic Depressive Psychosis" OR "Psychosis, Manic-Depressive" OR "Psychosis, Manic Depressive" OR "Bipolar Mood Disorder" OR "Bipolar Mood Disorders" OR "Disorder, Bipolar Mood" OR "Mood Disorder, Bipolar" OR "Psychoses, Manic-Depressive" OR "Psychoses, Manic Depressive" OR "Depression, Bipolar" OR "Bipolar Depression" OR "Manic Depression" OR "Depression, Manic" OR "Depressions, Manic" OR "Manic Disorder" OR "Disorder, Manic" OR "Manic Disorders") AND

	(systematic review OR meta-analysis)
EMBASE	("psychiatric status rating scales" OR "mental status schedule" OR "bipolar spectrum diagnostic scale" OR "Mental Status Test" OR "psychiatric scale" OR "psychiatric test" OR "mental test" OR "mental scale" OR "bipolar test" OR "bipolar scale") AND ("Bipolar Disorder" OR "Bipolar Disorders" OR "Disorder, Bipolar" OR "Affective Psychosis, Bipolar" OR "Manic-Depressive Psychosis" OR "Manic Depressive Psychosis" OR "Psychosis, Manic-Depressive" OR "Psychosis, Manic Depressive Disorder, Bipolar" OR "Bipolar Mood Disorder" OR "Bipolar Mood Disorders" OR "Disorder, Bipolar Mood" OR "Mood Disorder, Bipolar" OR "Psychoses, Manic-Depressive" OR "Psychoses, Manic Depressive" OR "Depression, Bipolar" OR "Bipolar Depression" OR "Manic Depression" OR "Depression, Manic" OR "Depressions, Manic" OR "Manic Disorder" OR "Disorder, Manic" OR "Manic Disorders") AND (systematic review OR meta-analysis)

Cochrane Library	("psychiatric status rating scales" OR "mental status schedule" OR "bipolar spectrum diagnostic scale" OR "Mental Status Test" OR "psychiatric scale" OR "psychiatric test" OR "mental test" OR "mental scale" OR "bipolar test" OR "bipolar scale") AND ("Bipolar Disorder" OR "Bipolar Disorders" OR "Disorder, Bipolar" OR "Affective Psychosis, Bipolar" OR "Manic-Depressive Psychosis" OR "Manic Depressive Psychosis" OR "Psychosis, Manic-Depressive" OR "Psychosis, Manic Depressive" OR "Bipolar Mood Disorder" OR "Bipolar Mood Disorders" OR "Disorder, Bipolar Mood" OR "Mood Disorder, Bipolar" OR "Psychoses, Manic-Depressive" OR "Psychoses, Manic Depressive" OR "Depression, Bipolar" OR "Bipolar Depression" OR "Manic Depression" OR "Depression, Manic" OR "Depressions, Manic" OR "Manic Disorder" OR "Disorder, Manic" OR "Manic Disorders") AND ("systematic review" OR meta-analysis)
--------------------------------	--

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2024.

Estratégia de busca empregada na elaboração da revisão de escopo da literatura.



("mental status schedule" OR "bipolar spectrum diagnostic scale" OR "Mental Status Test" OR "psychiatric scale" OR "psychiatric test" OR "mental test" OR "mental scale" OR "bipolar test" OR "bipolar scale")

AND

("Bipolar Disorder" OR "Bipolar Disorders" OR "Disorder, Bipolar" OR "Affective Psychosis, Bipolar" OR "Manic-Depressive Psychosis" OR "Manic Depressive Psychosis" OR "Psychosis, Manic-Depressive" OR "Psychosis, Manic Depressive" OR "Bipolar Mood Disorder" OR "Bipolar Mood Disorders" OR "Disorder, Bipolar Mood" OR "Mood Disorder, Bipolar" OR "Psychoses, Manic-Depressive" OR "Psychoses, Manic Depressive" OR "Depression, Bipolar" OR "Bipolar Depression" OR "Manic Depression" OR "Depression, Manic" OR "Depressions, Manic" OR "Manic Disorder" OR "Disorder, Manic" OR "Manic Disorders")

("mental status schedule" OR "bipolar spectrum diagnostic scale" OR "Mental Status Test" OR "psychiatric scale" OR "psychiatric test" OR "mental test" OR "mental scale" OR "bipolar test" OR "bipolar scale")

AND

("Bipolar Disorder" OR "Bipolar Disorders" OR "Disorder, Bipolar" OR "Affective Psychosis, Bipolar" OR "Manic-Depressive Psychosis" OR "Manic Depressive Psychosis" OR "Psychosis, Manic-Depressive" OR "Psychosis, Manic Depressive" OR "Bipolar Mood Disorder" OR "Bipolar Mood Disorders" OR "Disorder, Bipolar Mood" OR "Mood Disorder, Bipolar" OR "Psychoses, Manic-Depressive" OR "Psychoses, Manic Depressive" OR "Depression, Bipolar" OR "Bipolar Depression" OR "Manic Depression" OR "Depression, Manic" OR "Depressions, Manic" OR "Manic Disorder" OR "Disorder, Manic" OR "Manic Disorders")

("mental status schedule" OR "bipolar spectrum diagnostic scale" OR "Mental Status Test" OR "psychiatric scale" OR "psychiatric test" OR "mental test" OR "mental scale" OR "bipolar test" OR "bipolar scale")

AND

("Bipolar Disorder" OR "Bipolar Disorders" OR "Disorder, Bipolar" OR "Affective Psychosis, Bipolar" OR "Manic-Depressive Psychosis" OR "Manic Depressive Psychosis" OR "Psychosis, Manic-Depressive" OR "Psychosis, Manic Depressive" OR "Bipolar Mood Disorder" OR "Bipolar Mood Disorders" OR "Disorder, Bipolar Mood" OR "Mood Disorder, Bipolar" OR "Psychoses, Manic-Depressive" OR "Psychoses, Manic Depressive" OR "Depression, Bipolar" OR "Bipolar Depression" OR "Manic Depression" OR "Depression, Manic" OR "Depressions, Manic" OR "Manic Disorder" OR "Disorder, Manic" OR "Manic Disorders")

("mental status schedule"[MeSH Terms] OR "bipolar spectrum diagnostic scale"[Title/Abstract] OR "Mental Status Test"[Title/Abstract] OR "psychiatric scale"[Title/Abstract] OR "psychiatric test"[Title/Abstract] OR "mental test"[Title/Abstract] OR "mental scale"[Title/Abstract] OR "bipolar test"[Title/Abstract] OR "bipolar scale"[Title/Abstract])

AND

("Bipolar Disorder"[Mesh] OR "Bipolar Disorders"[tiab] OR "Disorder, Bipolar"[tiab] OR "Affective Psychosis, Bipolar"[tiab] OR "Manic-Depressive Psychosis"[tiab] OR "Manic Depressive Psychosis"[tiab] OR "Psychosis, Manic-Depressive"[tiab] OR "Psychosis, Manic Depressive"[tiab] OR "Bipolar Mood Disorder"[tiab] OR "Bipolar Mood Disorders"[tiab] OR "Disorder, Bipolar Mood"[tiab] OR "Mood Disorder, Bipolar"[tiab] OR "Psychoses, Manic-Depressive"[tiab] OR "Psychoses, Manic Depressive"[tiab] OR "Depression, Bipolar"[tiab] OR "Bipolar Depression"[tiab] OR "Manic Depression"[tiab] OR "Depression, Manic"[tiab] OR "Depressions, Manic"[tiab] OR "Manic Disorder" OR "Disorder, Manic"[tiab] OR "Manic Disorders"[tiab])

28 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. dos Santos Amadeu MSU, de Farias Mengatto AP, Stroparo EM, de Assis TTS. Manual de normalização de documentos científicos de acordo com as normas da ABNT. Bol Téc PPEC. 2018;3(1):329-p.
2. Vieta E, Berk M, Schulze TG, Carvalho AF, Suppes T, Calabrese JR, et al. Bipolar disorders. Nat Rev Dis Primer. 8 de março de 2018;4(1):18008.
3. McIntyre RS, Berk M, Brietzke E, Goldstein BI, López-Jaramillo C, Kessing LV, et al. Bipolar disorders. The Lancet. dezembro de 2020;396(10265):1841–56.
4. Zimmerman M, Ruggero CJ, Chelminski I, Young D. Is Bipolar Disorder Overdiagnosed? J Clin Psychiatry. 15 de junho de 2008;69(6):935–40.
5. Jakobsson E, Argüello-Miranda O, Chiu SW, Fazal Z, Kruczek J, Nunez-Corrales S, et al. Towards a Unified Understanding of Lithium Action in Basic Biology and its Significance for Applied Biology. J Membr Biol. dezembro de 2017;250(6):587–604.
6. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC, Associação Psiquiátrica Americana, 2022.
7. McIntyre RS, Calabrese JR. Bipolar depression: the clinical characteristics and unmet needs of a complex disorder. Curr Med Res Opin. 2 de novembro de 2019;35(11):1993–2005.
8. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS, Maser J, Coryell W, Solomon D, et al. Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. Int J Neuropsychopharmacol. junho de 2003;6(2):127–37.
9. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, et al. The Long-term Natural History of the Weekly Symptomatic Status of Bipolar I Disorder. Arch Gen Psychiatry. 1º de junho de 2002;59(6):530.
10. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser JD, et al. A Prospective Investigation of the Natural History of the Long-term Weekly Symptomatic Status of Bipolar II Disorder. Arch Gen Psychiatry. 1º de março de 2003;60(3):261.
11. Phillips ML, Kupfer DJ. Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. The Lancet. maio de 2013;381(9878):1663–71.
12. Bowden CL, Singh V, Thompson P, Gonzalez JM, Katz MM, Dahl M, et al. Development of the Bipolar Inventory of Symptoms Scale. Acta Psychiatr Scand. setembro de 2007;116(3):189–94.
13. Solomon DA, Leon AC, Maser JD, Truman CJ, Endicott J, Teres JJ, et al. Distinguishing Bipolar Major Depression From Unipolar Major Depression

- With the Screening Assessment of Depression-Polarity (SAD-P). *J Clin Psychiatry*. 15 de março de 2006;67(03):434–42.
14. Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, Gamma A, Hantouche E, Meyer T, et al. The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord*. outubro de 2005;88(2):217–33.
 15. Del-Porto JA, Del-Porto KO. História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. *Arch Clin Psychiatry São Paulo*. 2005;32:7–14.
 16. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: *J Affect Disord*. dezembro de 2001;67(1–3):3–19.
 17. Perico, K. M. (2017). Papel de SOCS2 nos comportamentos tipo maníaco e depressivo experimental: percepções das ações do tratamento com Zileuton como terapia experimental emergente para o transtorno bipolar.
 18. STEPHENS, S. History of Bipolar | bpHope.com | Hope & Harmony for People with Bipolar. Disponível em: <<https://www.bphope.com/history-of-bipolar/>>. Acesso em: 08 jan. 2024.
 19. Caponi, S. (2011). As classificações psiquiátricas e a herança mórbida. *Scientiae Studia*, 9, 29-50.
 20. Galvão MCB, Ricarte ILM. A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11): características, inovações e desafios para implementação. *Asklepion Informação Em Saúde*. 9 de julho de 2021;1(1):104–18.
 21. First MB, Yousif LH, Clarke DE, Wang PS, Gogtay N, Appelbaum PS. DSM-5-TR: overview of what's new and what's changed. *World Psychiatry*. junho de 2022;21(2):218–9.
 22. Goodwin GM. Bipolar disorder. *Medicine (Baltimore)*. novembro de 2016;44(11):661–3.
 23. Anderson IM, Haddad PM, Scott J. Bipolar disorder. *BMJ*. 5 de abril de 2012;345(dec27 3):e8508–e8508.
 24. JAIN, A.; MITRA, P. Bipolar Affective Disorder. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558998/#article-18332.s9>>. Acesso em: 09 jan. 2024.
 25. Chakrabarti, S. (2022). Bipolar disorder in the International Classification of Diseases-Eleventh version: A review of the changes, their basis, and usefulness. *World journal of psychiatry*, 12(12), 1335.
 26. Rabelo, L. M., Alexandre, K. V., & de Moura Rodrigues, G. M. (2022). Cuidados de enfermagem frente o transtorno bipolar: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde*, 8(16), 86-96.

27. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *The Lancet*. abril de 2016;387(10027):1561–72.
28. Faedda GL, Baldessarini RJ, Marangoni C, Bechdolf A, Berk M, Birmaher B, et al. An International Society of Bipolar Disorders task force report: Precursors and prodromes of bipolar disorder. *Bipolar Disord*. dezembro de 2019;21(8):720–40.
29. Petkevicius GADM, Roscoche KGC, Soares ABS, Sousa AASD, Aguiar ASCD, Felício JF. Perfil clínico – epidemiológico de pessoas com transtorno bipolar em internação psiquiátrica. *Res Soc Dev*. 22 de agosto de 2020;9(9):e394997282.
30. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. dezembro de 2012;380(9859):2197–223.
31. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(3):241–51.
32. Clemente AS, Diniz BS, Nicolato R, Kapczinski FP, Soares JC, Firmo JO, et al. Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Rev Bras Psiquiatr*. 1º de maio de 2015;37(2):155–61.
33. Cullen B, Ward J, Graham NA, Deary IJ, Pell JP, Smith DJ, et al. Prevalence and correlates of cognitive impairment in euthymic adults with bipolar disorder: a systematic review. *J Affect Disord*. 2016;205:165–81.
34. Davidson RJ, Lewis DA, Alloy LB, Amaral DG, Bush G, Cohen JD, et al. Neural and behavioral substrates of mood and mood regulation. *Biol Psychiatry*. setembro de 2002;52(6):478–502.
35. Edvardsen J, Torgersen S, Røysamb E, Lygren S, Skre I, Onstad S, et al. Heritability of bipolar spectrum disorders. Unity or heterogeneity? *J Affect Disord*. março de 2008;106(3):229–40.
36. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. *The Lancet*. maio de 2013;381(9878):1654–62.
37. Finn CT, Smoller JW. Genetic Counseling in Psychiatry. *Harv Rev Psychiatry*. março de 2006;14(2):109–21.
38. Nurnberger JL, Koller DL, Jung J, Edenberg HJ, Foroud T, Guella I, et al. Identification of Pathways for Bipolar Disorder: A Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 1º de junho de 2014;71(6):657.
39. Wellcome Trust Case Control Consortium, Ferreira MAR, O'Donovan MC, Meng YA, Jones IR, Ruderfer DM, et al. Collaborative genome-wide association analysis supports a role for ANK3 and CACNA1C in bipolar disorder. *Nat Genet*. setembro de 2008;40(9):1056–8.

40. Muneer A. Mixed States in Bipolar Disorder: Etiology, Pathogenesis and Treatment. *Chonnam Med J.* 2017;53(1):1.
41. DAROS, G. C. A RELEVÂNCIA DOS RITMOS BIOLÓGICOS NO TRANSTORNO B IPOLAR: UM ESTUDO CASO-CONTROLE. Tubarão 2020. Trabalho de Conclusão de Curso—Universidade do Sul de Santa Catarina: [s.n.].
42. Tsuchiya KJ, Byrne M, Mortensen PB. Risk factors in relation to an emergence of bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar Disord.* agosto de 2003;5(4):231–42.
43. Michelon L, Vallada H. Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. *Arch Clin Psychiatry São Paulo.* 2005;32:21–7.
44. Silva RC, Santos VC, Mochizuki AB, Dos Anjos KF. TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: TERAPÊUTICAS, ADESÃO AO TRATAMENTO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. *Rev Bras Saúde Func.* 13 de junho de 2017;5(1):10.
45. Miasso AI, Carmo BPD, Tirapelli CR. Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. *Rev Esc Enferm USP.* junho de 2012;46(3):689–95.
46. NATH, M.; GUPTA, V. Mood Stabilizers - StatPearls - NCBI Bookshelf. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556141/>>. Acesso em: 10 jan. 2024.
47. Cade JFJ. Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. *Aust N Z J Psychiatry.* janeiro de 1999;33(5):349–52.
48. Malhi GS, Gessler D, Outhred T. The use of lithium for the treatment of bipolar disorder: Recommendations from clinical practice guidelines. *J Affect Disord.* agosto de 2017;217:266–80.
49. Kamali M, Krishnamurthy VB, Baweja R, et al. Lítio. In: *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychopharmacology*, Quinta Edição, Schatzberg AF, Nemeroff CB (Eds), American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA 2017. p.889.
50. REIS, W. C. T. et al. Farmacoterapia da Saúde Mental: Uma visão aplicada e prática. 1.ed. Curitiba, PR: Supervisão Clínica, 2022. p. 1–288.
51. Knapp P, Isolan L. Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. *Arch Clin Psychiatry São Paulo.* 2005;32:98–104.
52. dos Santos Bruschi, J., Silva, E. R., & Álvares, A. D. C. M. (2019). Terapias farmacológicas e não farmacológicas mais comuns usadas no transtorno de bipolaridade. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, 2(3), 147-153.
53. Bruschi J dos S, Silva ER, Álvares A da CM. Terapias farmacológicas e não farmacológicas mais comuns usadas no transtorno de bipolaridade

- Pharmacological and non-pharmacological therapies common used without. *Rev Iniciaç CIENTÍFICA E EXTENÇÃO - REICEN*. 2019;2(2):147–53.
54. HAMILTON, M. The role of rating scales in psychiatry. *Psychological Medicine*, v. 6, p. 347—349, 1976.
 55. FEINSTEIN, A. R. *Clinimetrics*. New Haven: Yale University Press, 1987.
 56. Ramos AA, Hamdan AC. O crescimento da avaliação neuropsicológica no Brasil: uma revisão sistemática. *Psicol Ciênc E Prof*. junho de 2016;36(2):471–85.
 57. Alexandre NMC, Gallasch CH, Lima MHM, Rodrigues RCM. A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. *Rev Eletrônica Enferm*. 30 de setembro de 2013;15(3):800–7.
 58. Cano, S. J., & Hobart, J. C. The problem with health measurement. *Patient Prefer Adherence*. 2011; 5: 279–90.
 59. Salmond SS. Evaluating the Reliability and Validity of Measurement Instruments. *Orthop Nurs*. janeiro de 2008;27(1):28–30.
 60. Cook DA, Beckman TJ. Current Concepts in Validity and Reliability for Psychometric Instruments: Theory and Application. *Am J Med*. fevereiro de 2006;119(2):166.e7-166.e16.
 61. Terwee CB, Bot SDM, De Boer MR, Van Der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. janeiro de 2007;60(1):34–42.
 62. Roach, Kathryn E. PhD, PT . Medição de resultados de saúde: confiabilidade, validade e capacidade de resposta. *JPO Journal of Prosthetics and Orthotics* 18(6):p P8-P12, janeiro de 2006.
 63. Kottner J, Audige L, Brorson S, Donner A, Gajewski BJ, Hróbjartsson A, et al. Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS) were proposed. *Int J Nurs Stud*. junho de 2011;48(6):661–71.
 64. Polit DF. Assessing measurement in health: Beyond reliability and validity. *Int J Nurs Stud*. novembro de 2015;52(11):1746–53.
 65. Babbie E. *The practice of social research*. 4th Ed. Belmont: Wadsworth Publishing Company; 1986.
 66. Fletcher, G. S. (2021). *Epidemiologia Clínica-: Elementos Essenciais*. Artmed Editora.
 67. Akobeng AK. Understanding diagnostic tests 1: sensitivity, specificity and predictive values. *Acta Paediatr*. março de 2007;96(3):338–41.

68. Carvalho AF, Takwoingi Y, Sales PMG, Soczynska JK, Köhler CA, Freitas TH, et al. Screening for bipolar spectrum disorders: A comprehensive meta-analysis of accuracy studies. *J Affect Disord.* fevereiro de 2015;172:337–46.
69. Wang Z, Cao Y, Zhu Y, Li K, Jiang X, Zhuo C, et al. Differences in Demographic and Clinical Characteristics of Patients With Depressive vs. Manic First Episode of Bipolar Disorder. *Front Psychiatry.* 4 de fevereiro de 2021;12:616415.
70. Castelo MS, Carvalho ER, Gerhard ES, Macêdo DS, Ferreira ED, Carvalho AF. Validity of the Brazilian Portuguese version of the bipolar spectrum diagnostic scale. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59:266–70.
71. Sanches M. The Limits between Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder: A Review of the Evidence. *Diseases.* 5 de julho de 2019;7(3):49.
72. Nassir Ghaemi S, Miller CJ, Berv DA, Klugman J, Rosenquist KJ, Pies RW. Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *J Affect Disord.* fevereiro de 2005;84(2–3):273–7.
73. El Dib RP. Como praticar a medicina baseada em evidências. *J Vasc Bras.* março de 2007;6(1):1–4.
74. OLIVEIRA, D. A. L. DE. Módulo Pedagógico Práticas Clínicas Baseadas em Evidências. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/19/o/Pr_ticas_cl_nicas_baseadas_em_evid_ncias.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2024.
75. Galvão CM. Níveis de evidência. *Acta Paul Enferm.* junho de 2006;19(2):5–5.
76. Murad MH, Asi N, Alsawas M, Alahdab F. New evidence pyramid. *Evid Based Med.* agosto de 2016;21(4):125–7.
77. Guyatt GH, Oxman AD, Sultan S, Glasziou P, Akl EA, Alonso-Coello P, et al. GRADE guidelines: 9. Rating up the quality of evidence. *J Clin Epidemiol.* dezembro de 2011;64(12):1311–6.
78. Berlin JA, Golub RM. Meta-analysis as Evidence: Building a Better Pyramid. *JAMA.* 13 de agosto de 2014;312(6):603.
79. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 2005;8(1):19–32.
80. Chapter 11: Scoping reviews. Em: *JBIM Manual for Evidence Synthesis* [Internet]. JBI; 2020 [citado 13 de janeiro de 2024]. Disponível em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687342/Chapter+11%3A+Scoping+review+s>

81. Nyanchoka L, Tudur-Smith C, Thu VN, Iversen V, Tricco AC, Porcher R. A scoping review describes methods used to identify, prioritize and display gaps in health research. *J Clin Epidemiol*. maio de 2019;109:99–110.
82. JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. JBI; 2020 [citado 2 de janeiro de 2024]. Disponível em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
83. Bastian H, Glasziou P, Chalmers I. Seventy-Five Trials and Eleven Systematic Reviews a Day: How Will We Ever Keep Up? *PLoS Med*. 21 de setembro de 2010;7(9):e1000326.
84. Chalmers, I. (81). Altman., DG (1995). *Systematic Reviews*.
85. Chapter 1: JBI Systematic Reviews. Em: JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. JBI; 2020 [citado 14 de janeiro de 2024]. Disponível em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4688650/Chapter+1%3A+JBI+Systematic+Reviews>
86. Chapter 10: Umbrella reviews. Em: JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. JBI; 2020 [citado 14 de janeiro de 2024]. Disponível em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687363/Chapter+10%3A+Umbrella+reviews>
87. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editores). *Manual Cochrane para Revisões Sistemáticas de Intervenções versão 6.4* (atualizado em agosto de 2023). Cochrane, 2023. Disponível em www.training.cochrane.org/handbook.
88. Schiavo JH. PROSPERO: An International Register of Systematic Review Protocols. *Med Ref Serv Q*. 3 de abril de 2019;38(2):171–80.
89. Akobeng, A. K. (2005). Principles of evidence based medicine. *Archives of disease in childhood*, 90(8), 837-840.
90. Bernardo WM, Nobre MRC, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidências: parte II - buscando as evidências em fontes de informação. *Rev Assoc Médica Bras*. 2004;50(1):104–8.
91. Santos CMD, Pimenta CADM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Lat Am Enfermagem*. junho de 2007;15(3):508–11.
92. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. dezembro de 2016;5(1):210.
93. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 21 de setembro de 2017;j4008.

94. Haddaway NR, Page MJ, Pritchard CC, McGuinness LA. *PRISMA2020*: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis. *Campbell Syst Rev.* junho de 2022;18(2):e1230.
95. Ratheesh A, Berk M, Davey CG, McGorry PD, Cotton SM. Instruments that prospectively predict bipolar disorder – A systematic review. *J Affect Disord.* julho de 2015;179:65–73.
96. Youngstrom EA, Egerton GA, Genzlinger J, Freeman LK, Rizvi SH, Van Meter A. Improving the global identification of bipolar spectrum disorders: Meta-analysis of the diagnostic accuracy of checklists. *Psychol Bull.* março de 2018;144(3):315–42.
97. Cerimele JM, Goldberg SB, Miller CJ, Gabrielson SW, Fortney JC. Systematic Review of Symptom Assessment Measures for Use in Measurement-Based Care of Bipolar Disorders. *Psychiatr Serv.* maio de 2019;70(5):396–408.
98. Lovatto PA, Lehnen CR, Andretta I, Carvalho AD, Hauschild L. Meta-análise em pesquisas científicas: enfoque em metodologias. *Rev Bras Zootec.* julho de 2007;36(suppl):285–94.
99. D'AGOSTINO, R.B.; WEINTRAUB, M. Meta-analysis: A method for synthesizing research. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, v.58, p.605-616, 1995.
100. Meyer TD, Crist N, La Rosa N, Ye B, Soares JC, Bauer IE. Are existing self-ratings of acute manic symptoms in adults reliable and valid?—A systematic review. *Bipolar Disord.* setembro de 2020;22(6):558–68.
101. Sayyah M, Delirrooyfard A, Rahim F. Assessment of the diagnostic performance of two new tools versus routine screening instruments for bipolar disorder: a meta-analysis. *Braz J Psychiatry.* junho de 2022;44(3):349–61.
102. Wang HR, Woo YS, Ahn HS, Ahn IM, Kim HJ, Bahk WM. THE VALIDITY OF THE MOOD DISORDER QUESTIONNAIRE FOR SCREENING BIPOLAR DISORDER: A META-ANALYSIS: Review: The Validity of the MDQ. *Depress Anxiety.* julho de 2015;32(7):527–38.
103. Hirschfeld, R. M. (2007). Screening for bipolar disorder. *American Journal of Managed Care*, 13(7), S164.
104. Jacobson NS, Roberts LJ, Berns SB, McGlinchey JB. Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *J Consult Clin Psychol.* 1999;67(3):300–7.
105. Achenbach TM. What are norms and why do we need valid ones? *Clin Psychol Sci Pract.* 2001;8(4):446–50.
106. Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Bookman editora.

107. Angst J, Meyer TD, Adolfsson R, Skeppar P, Carta M, Benazzi F, et al. Hypomania: a transcultural perspective. *World Psychiatry*. fevereiro de 2010;9(1):41–9.
108. Altman EG, Hedeker D, Peterson JL, Davis JM. The Altman Self-Rating Mania Scale. *Biol Psychiatry*. novembro de 1997;42(10):948–55.
109. Bauer MS. Independent Assessment of Manic and Depressive Symptoms by Self-rating: Scale Characteristics and Implications for the Study of Mania. *Arch Gen Psychiatry*. 1º de setembro de 1991;48(9):807.
110. Bräunig P, Shugar G, Krüger S. An investigation of the self-report manic inventory as a diagnostic and severity scale for mania. *Compr Psychiatry*. janeiro de 1996;37(1):52–5.
111. Shugar G, Schertzer S, Toner BB, Di Gasbarro I. Development, use, and factor analysis of a self-report inventory for mania. *Compr Psychiatry*. setembro de 1992;33(5):325–31.
112. Altman E, Hedeker D, Peterson JL, Davis JM. A comparative evaluation of three self-rating scales for acute mania. *Biol Psychiatry*. setembro de 2001;50(6):468–71.
113. Zimmerman M, Galione JN. Screening for Bipolar Disorder with the Mood Disorders Questionnaire: A Review. *Harv Rev Psychiatry*. 20 de setembro de 2011;19(5):219–28.
114. Benazzi F. Improving the Mood Disorder Questionnaire to Detect Bipolar II Disorder. *Can J Psychiatry*. dezembro de 2003;48(11):770–1.
115. Miller C. Sensitivity and specificity of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolar disorder. *J Affect Disord*. agosto de 2004;81(2):167–71.
116. Hirschfeld RMA, Williams JBW, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE, et al. Development and Validation of a Screening Instrument for Bipolar Spectrum Disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry*. novembro de 2000;157(11):1873–5.
117. Mago R. Bipolar Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry*. outubro de 2001;158(10):1743-a-1743.
118. Zimmerman M. Screening for Bipolar Disorder: Confusion between Case-Finding and Screening. *Psychother Psychosom*. 2014;83(5):259–62.
119. Zimmerman M, Chelminski I, McGlinchey JB, Posternak MA. A clinically useful depression outcome scale. *Compr Psychiatry*. março de 2008;49(2):131–40.
120. Bernstein IH, Rush AJ, Suppes T, Kyotoku Y, Warden D. The Quick Inventory of Depressive Symptomatology (Clinician and Self-Report Versions) in Patients With Bipolar Disorder. *CNS Spectr*. junho de 2010;15(6):367–73.

121. Simon J, Budge K, Price J, Goodwin GM, Geddes JR. Remote mood monitoring for adults with bipolar disorder: An explorative study of compliance and impact on mental health service use and costs. *Eur Psychiatry*. setembro de 2017;45:14–9.
122. Trivedi, M. H., Rush, A. J., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Biggs, M. M., Suppes, T., ... & Kashner, T. M. (2004). The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders: a psychometric evaluation. *Psychological medicine*, 34(1), 73-82.
123. Bernstein IH, Rush AJ, Suppes T, Trivedi MH, Woo A, Kyutoku Y, et al. A psychometric evaluation of the clinician-rated Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-C₁₆) in patients with bipolar disorder. *Int J Methods Psychiatr Res*. junho de 2009;18(2):138–46.
124. González-Pinto A, Mosquera F, Reed C, Novick D, Barbeito S, Vega P, et al. Validity and Reliability of the Hamilton Depression Rating Scale (5 Items) for Manic and Mixed Bipolar Disorders. *J Nerv Ment Dis*. setembro de 2009;197(9):682–6.
125. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2 de outubro de 2018;169(7):467–73.
126. Altman DG, Simera I. Using Reporting Guidelines Effectively to Ensure Good Reporting of Health Research. Em: Moher D, Altman DG, Schulz KF, Simera I, Wager E, organizadores. *Guidelines for Reporting Health Research: A User's Manual* [Internet]. 1º ed Wiley; 2014 [citado 6 de novembro de 2023]. p. 32–40. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118715598.ch4>
127. Galvão TF, Pereira MG. Avaliação da qualidade da evidência de revisões sistemáticas. *Epidemiol E Serviços Saúde*. março de 2015;24(1):775–8.
128. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*. 12 de outubro de 2016;i4919.
129. Whiting PF. QUADAS-2: A Revised Tool for the Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies. *Ann Intern Med*. 18 de outubro de 2011;155(8):529.
130. DE ULLIBARRI GALPARSORO, López PF S. Medidas de concordancia: el índice de Kappa. *Cad Aten Primaria*; 1999.
131. Cohen J. A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educ Psychol Meas*. abril de 1960;20(1):37–46.
132. McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochem Med (Zagreb)*. 2012.

133. Ince B, Cansiz A, Ulusoy S, Yavuz KF, Kurt E, Altinbas K. Reliability and Validity Study of the Turkish Version of Bipolar Spectrum Diagnostic Scale. *Turk J Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado 3 de janeiro de 2024]; Disponível em: <http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=doi&doi=u23605>
134. Zimmerman M, Galione JN, Chelminski I, Young D, Ruggero CJ. Performance of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale in psychiatric outpatients. *Bipolar Disord*. agosto de 2010;12(5):528–38.
135. Shabani, A., Khoshalani, M. M., Mahdavi, S., & Ahmadzad-Asl, M. (2019). Screening bipolar disorders in a general hospital: Psychometric findings for the Persian version of mood disorder questionnaire and bipolar spectrum diagnostic scale. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 33, 48.
136. Smith DJ, Griffiths E, Kelly M, Hood K, Craddock N, Simpson SA. Unrecognised bipolar disorder in primary care patients with depression. *Br J Psychiatry*. julho de 2011;199(1):49–56.
137. Shabani, A., KOUHI, H. L., Nojoumi, M., Chimeh, N., NASIR, G. S., & SOLEYMANI, N. (2009). The Persian Bipolar Spectrum Diagnostic Scale and mood disorder questionnaire in screening the patients with bipolar disorder.
138. Chu H, Lin C, Chiang K, Chen C, Lu R, Chou K. Psychometric properties of the Chinese version of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale. *J Clin Nurs*. outubro de 2010;19(19–20):2787–94.
139. Vázquez GH, Romero E, Fabregues F, Pies R, Ghaemi N, Mota-Castillo M. Screening for bipolar disorders in Spanish-speaking populations: Sensitivity and specificity of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale–Spanish Version. *Compr Psychiatry*. setembro de 2010;51(5):552–6.
140. Onyeama, M., Agomoh, A., & Jombo, E. (2010). Bipolar disorder in Enugu, South East Nigeria: demographic and diagnostic characteristics of patients. *Psychiatria Danubina*, 22(suppl 1.), 152-157.
141. Bae SO, Kim MD, Lee JG, Seo JS, Won SH, Woo YS, et al. Is it useful to use the Korean version of the mood disorder questionnaire for assessing bipolar spectrum disorder among Korean college students?: Usefulness of the K-MDQ. *Asia-Pac Psychiatry*. junho de 2014;6(2):170–8.
142. Wadood MdA, Karim MdR, Hussain AAM, Rana MdM, Hossain MdG. Bipolar disorder among married women in Bangladesh: Survey in Rajshahi city. Luitel NP, organizador. *PLOS ONE*. 27 de fevereiro de 2020;15(2):e0229539.
143. Jolfaei, A. G., Ataei, S., Ghayoomi, R., & Shabani, A. (2019). High frequency of bipolar disorder comorbidity in medical inpatients. *Iranian journal of psychiatry*, 14(1), 60.
144. Nagata T, Yamada H, Teo AR, Yoshimura C, Kodama Y, Van Vliet I. Using the mood disorder questionnaire and bipolar spectrum diagnostic scale to

- detect bipolar disorder and borderline personality disorder among eating disorder patients. *BMC Psychiatry*. dezembro de 2013;13(1):69.
145. Kanba, S., Murasaki, M., Koyama, T., Takeuchi, M., Shimizu, Y., Arita, E., ... & Kamei, S. (2019). Long-term mood/antidepressant effects of quetiapine extended-release formulation: an open-label, non-controlled extension study in Japanese patients with bipolar depression. *BMC psychiatry*, 19, 1-10.
 146. Bahk WM, Bae, Kim MD, Lee, Seo, Won, et al. Prevalence of bipolar spectrum disorder in Korean college students according to the K-MDQ. *Neuropsychiatr Dis Treat*. junho de 2013;869.
 147. Gamma A, Angst J, Azorin J, Bowden CL, Perugi G, Vieta E, et al. Transcultural validity of the Hypomania Checklist-32 (HCL -32) in patients with major depressive episodes. *Bipolar Disord*. setembro de 2013;15(6):701–12.
 148. Miller CJ, Johnson SL, Kwapil TR, Carver CS. Three studies on self-report scales to detect bipolar disorder. *J Affect Disord*. fevereiro de 2011;128(3):199–210.
 149. Kameyama R, Inoue T, Uchida M, Tanaka T, Kitaichi Y, Nakato Y, et al. Development and validation of a screening questionnaire for present or past (hypo)manic episodes based on DSM-IV-TR criteria. *J Affect Disord*. setembro de 2013;150(2):546–50.
 150. Lee D, Cha B, Park CS, Kim BJ, Lee CS, Lee S. Usefulness of the combined application of the Mood Disorder Questionnaire and Bipolar Spectrum Diagnostic Scale in screening for bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. maio de 2013;54(4):334–40.
 151. Sharma V, Xie B. Screening for postpartum bipolar disorder: Validation of the Mood Disorder Questionnaire. *J Affect Disord*. junho de 2011;131(1–3):408–11.
 152. Imamura K, Kawakami N, Naganuma Y, Igarashi Y. Development of screening inventories for bipolar disorder at workplace: A diagnostic accuracy study. *J Affect Disord*. junho de 2015;178:32–8.
 153. Sánchez De La Cruz JP, Fresán A, González Morales DL, López-Narváez ML, Tovilla-Zarate CA, Pool-García S, et al. Validation of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale in Mexican Psychiatric Patients. *Span J Psychol*. 2018;21:E60.
 154. Zaratiegui RM, Vázquez GH, Lorenzo LS, Marinelli M, Aguayo S, Strejilevich SA, et al. Sensitivity and specificity of the mood disorder questionnaire and the bipolar spectrum diagnostic scale in Argentinean patients with mood disorders. *J Affect Disord*. agosto de 2011;132(3):445–9.
 155. Aiken CB, Weisler RH, Sachs GS. The Bipolarity index: a clinician-rated measure of diagnostic confidence. *J Affect Disord*. maio de 2015;177:59–64.

156. Gupta AK, B N S, Ghosh A, Basu D. The link between bipolarity and substance use: A controlled clinic based study. *Asian J Psychiatry*. janeiro de 2020;47:101835.
157. Mehta VS, Das B. Identification of Bipolar Spectrum Disorder in Patients with Unipolar Depression using Bipolar Spectrum Diagnostic Scale - A Pilot Study for Eastern India. *East J Psychiatry*. 26 de novembro de 2021;15(1–2):57–62.
158. American Psychiatric Association. (1998). DSM IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. In DSM IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (pp. 907-p).
159. Liu X. Classification accuracy and cut point selection. *Stat Med*. 15 de outubro de 2012;31(23):2676–86.
160. Bastos, J. L. D., & Duquia, R. P. (2007). Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*, 17(4), 229-232.
161. Lima MSD, Tassi J, Novo IP, Mari JDJ. Epidemiologia do transtorno bipolar. *Arch Clin Psychiatry São Paulo*. 2005;32:15–20.
162. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RMA, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 1º de maio de 2007;64(5):543.
163. Murray CJL. The State of US Health, 1990-2010: Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *JAMA*. 14 de agosto de 2013;310(6):591.
164. Cerimele JM, Chwastiak LA, Dodson S, Katon WJ. The prevalence of bipolar disorder in general primary care samples: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. janeiro de 2014;36(1):19–25.
165. Vermani M, Marcus M, Katzman MA. Rates of Detection of Mood and Anxiety Disorders in Primary Care: A Descriptive, Cross-Sectional Study. *Prim Care Companion CNS Disord* [Internet]. 28 de abril de 2011 [citado 16 de janeiro de 2024]; Disponível em: <https://www.psychiatrist.com/pcc/rates-detection-mood-anxiety-disorders-primary-care>
166. Spitzer RL. Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care: The PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*. 14 de dezembro de 1994;272(22):1749.
167. FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de atenção em saúde mental. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde. Tubarão: Ed. Copiart, 2010. Disponível em: <http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>.

168. Hirschfeld RM, Vornik LA. Recognition and diagnosis of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 15:5-9. PMID: 15554789.
169. Yatham LN. Diagnosis and management of patients with bipolar II disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66 Suppl 1:13-7.
170. Goldney RD, Fisher LJ, Dal Grande E, Taylor AW, Hawthorne G. Bipolar I and II Disorders in a Random and Representative Australian Population. *Aust N Z J Psychiatry*. agosto de 2005;39(8):726–9.
171. Meyer TD, Hammelstein P, Nilsson LG, Skeppar P, Adolfsson R, Angst J. The Hypomania Checklist (HCL-32): its factorial structure and association to indices of impairment in German and Swedish nonclinical samples. *Compr Psychiatry*. janeiro de 2007;48(1):79–87.
172. Associação Psiquiátrica Americana. (2002). Diretriz prática para o tratamento de pacientes com transtorno bipolar (revisão) . Pub Psiquiátrico Americano.
173. Scott, J. (2001). Overcoming mood swings: A self-help guide using cognitive behavioural techniques. London: Constable & Robinson Ltd, 3-39.
174. Calabrese JR, Hirschfeld RMA, Reed M, Davies MA, Frye MA, Keck PE, et al. Impact of Bipolar Disorder on a U.S. Community Sample. *J Clin Psychiatry*. 15 de abril de 2003;64(4):425–32.
175. Dunner DL. Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. *Bipolar Disord*. dezembro de 2003;5(6):456–63.
176. Miller JN, Black DW. Bipolar Disorder and Suicide: a Review. *Curr Psychiatry Rep*. fevereiro de 2020;22(2):6.
177. Kaltenboeck A, Winkler D, Kasper S. Bipolar and related disorders in DSM-5 and ICD-10. *CNS Spectr*. agosto de 2016;21(4):318–23.
178. Machado-Vieira R, Luckenbaugh DA, Ballard ED, Henter ID, Tohen M, Suppes T, et al. Increased Activity or Energy as a Primary Criterion for the Diagnosis of Bipolar Mania in DSM-5: Findings From the STEP-BD Study. *Am J Psychiatry*. janeiro de 2017;174(1):70–6.
179. Fredskild MU, Mintz J, Frye MA, McElroy SL, Nolen WA, Kupka R, et al. Adding Increased Energy or Activity to Criterion (A) of the DSM-5 Definition of Hypomania and Mania: Effect on the Diagnoses of 907 Patients From the Bipolar Collaborative Network. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 29 de outubro de 2019 [citado 20 de janeiro de 2024];80(6). Disponível em: <https://www.psychiatrist.com/jcp/dsm-iv-vs-dsm-effect-on-bipolar-disorder-diagnosis>
180. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A Rating Scale for Mania: Reliability, Validity and Sensitivity. *Br J Psychiatry*. novembro de 1978;133(5):429–35.

181. DORTAS Junior SD, Lupi O, Dias GAC, Guimarães MBS, Valle SOR. Cross-cultural adaptation and validation of health questionnaires. *Braz J Allergy Immunol BJAi* [Internet]. 2016 [citado 21 de janeiro de 2024];4(1). Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/2318-5015.20160003>
182. Anguita JC, Repullo Labrador JR, Candel JP. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Med Clínica*. janeiro de 2001;116(20):789–96.
183. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures: Spine. dezembro de 2000;25(24):3186–91.
184. Weber Rouget B, Gervasoni N, Dubuis V, Gex-Fabry M, Bondolfi G, Aubry JM. Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *J Affect Disord*. setembro de 2005;88(1):103–8.
185. Carta M, Hardoy M, Cadeddu M, Murru A, Campus A, Morosini P, et al. The accuracy of the Italian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) for the screening of bipolar disorders and comparison with the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) in a clinical sample. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2006;2(1):2.
186. Ittasakul P, Waleeprakhon P, Lotrakul M, Wisajun P, Jullagate S, Ketter T. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire Thai version. *Neuropsychiatr Dis Treat*. agosto de 2014;1497.