

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA

**Dissertação de Mestrado**

**MENSURAÇÃO DE FUNCIONALIDADE EM PACIENTES BIPOLARES:  
AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA FAST  
(FUNCTIONAL ASSESSMENT SHORT TEST)  
- VERSÃO EM PORTUGUÊS -**

Aluna: Alice Aita Cacilhas

Orientador: Prof. Dr. Flávio Kapczinski

Porto Alegre, maio de 2008

C119m **Cacilhas, Alice Aita**

Mensuração de funcionalidade em pacientes bipolares :  
avaliação das propriedades psicométricas da FAST  
(functional assessment short TEST) : versão em português /  
Alice Aita Cacilhas ; orient. Flávio Kapczinski. – 2008.  
68 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande  
do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em  
Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2008.

**1. Transtorno bipolar 2. Estudos de validação 3. Efeitos  
psicossociais da doença 4. Psicometria 5. Qualidade de vida 6.  
Relações familiares I. Kapczinski, Flávio II. Título.**

NLM: WM 207

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

## SUMÁRIO

Agradecimentos	4
Resumo	6
Introdução	7
Funcionalidade psicossocial no THB	10
Funcionalidade e aspectos cognitivos no THB	16
Funcionalidade e aspectos fisiopatológicos do THB	17
Funcionalidade e a FAST ( <i>Functional Assessment Short Test</i> )	19
Objetivos	
Geral	21
Específicos	21
Referências bibliográficas	22
Artigo 1: “ <i>Validity of a short functioning test (FAST) in Brazilian outpatients with bipolar disorder</i> ”	29
Considerações finais	43
Anexos	
1. FAST	45
2. Manual de aplicação da FAST	46
3. Pôster publicado na <i>Bipolar Disorders</i>	69

## Agradecimentos

*“Todas as pessoas sempre são  
as marcas das lições diárias  
de outras tantas pessoas”  
(Gonzaguinha)*

Foi uma bela jornada. Aprendi muito. E com muita gente. E só tenho a agradecer por isto. A começar pelo Flávio, que me acolheu tão carinhosamente e me abriu este espaço para aprender. E me ensinou muito, com seu espírito investigativo, fazendo a ciência. Agradeço o privilégio do convívio, pois o Flávio é mais que este excelente cientista. É amigo. É leal. E com sua imensa generosidade é um grande mestre de lições de humanidade. Acho que por ser “tão do bem” como é, consegue reunir à sua volta tanta gente boa e, com cuidado e delicadeza, faz cada um mostrar o que tem de melhor, criando um ambiente de trabalho que, além de muito eficiente, é muito solidário e muito bom de se estar. Muito obrigado por tudo e também pela lista de amigos que esta tua acolhida me permitiu fazer!

À Keila (Ceresér), sempre presente, sempre carinhosa, que me ajudou muito em todas as fases deste trabalho e que, hoje, me dá o imenso privilégio da sua amizade, uma grande aquisição para a minha vida!

A Fê (Fernanda Weyne), por tudo que fez pela minha tese (leia-se: a maior coletadora de controles, “dona do banco de dados”, “catadora” de artigos e idéias, sempre pronta para trabalhar!) e por mim pessoalmente. Outra grande conquista.

Ao Julio (Walz), o lado light, “sem sentimento de culpa” e não menos amigo e trabalhador do laboratório. Entre as muitas risadas e cafés, sempre vinha com aquela pergunta: “quantos controles precisamos pegar hoje?”. E lá estava ele, palmo a palmo com a Fê, nesta missão. Um amigão do peito!

À Tina (Ana Cristina Andreazza), por ser esta pessoa “*estatisticamente significativa*” para conviver e como amiga. Sempre pronta para ajudar, com seu jeito meigo, me ensinou que a bioquímica faz sentido e nem é tão abstrata como eu sempre pensei que fosse. E até pode ser interessante!

A Adri (Adriane Rosa) que lá de longe (Espanha) esteve sempre perto e pronta para ajudar.

Ao Fabiano (Gomes), pela alegria que sempre trouxe ao laboratório e às disciplinas que fizemos juntos, e ao coleguismo, que nunca me deixou na mão!

Ao Pedro (Magalhães), nova e grande aquisição da equipe, que chegou de mansinho e com um jeito muito delicado mostrou a que veio! Obrigada de coração por toda a imprescindível ajuda!

À Laura, (Stertz), que trouxe o Gabriel (Fries) (sem os quais o Laboratório de Psiquiatria Molecular não seria o mesmo!), pelo entusiasmo e disponibilidade sempre. E ao tranqüilo e competente Lourenço (Jakobson), sempre com seu sorriso amável e sua disponibilidade para ajudar, fazendo a diferença.

À Betina Cardoso, Júlia Schneider, Larriany Giglio, Maurício Kunz, Márcia Kauer-Sant'anna, Benício Frey, Leonardo Silveira, Gislaine Oliveira, Marcello Mascarenhas, Elisa Brietzke, Brisa Fernandes, Fernando Gazalle, Ângelo Cunha, Juliana Tramontina, Denise Yates, Sabrina da Costa, Bianca Aguiar e Bianca Pfaffenseller, pelo companheirismo e por, cada um do seu jeito, ter contribuído para o engrandecimento do Laboratório de Psiquiatria Molecular, a nossa casa.

Finalmente -ou por começo - agradeço a meus pais, Alcione e Iberê, que, com seu amor incondicional, me servem de exemplo para buscar o crescimento sempre; ao Antônio, que soube me acompanhar com muita compreensão em todo este processo; e ao Gildo Katz, por me ajudar a tentar dar sentido aos momentos incompreensíveis desta e de muitas jornadas.

## RESUMO

O Transtorno de Humor Bipolar é uma patologia de alta morbimortalidade, sendo vista atualmente como um importante problema de saúde pública. Os prejuízos conseqüentes à doença são bastante evidentes no funcionamento do paciente em várias áreas, como autonomia, trabalho, socialização, além de determinar um impacto negativo nos familiares e amigos. Apesar disto, ainda há poucos estudos que examinam as questões ligadas aos prejuízos funcionais que os pacientes com patologia bipolar apresentam. O presente estudo visa verificar as propriedades psicométricas da FAST (*Functional Assessment Short Test*), um instrumento elaborado para avaliar a funcionalidade em pacientes bipolares e avaliar a correlação de prejuízos funcionais com variáveis clínicas e demográficas em uma amostra de pacientes bipolares atendidos em nível terciário.

## INTRODUÇÃO

O Transtorno do Humor Bipolar (THB) é uma doença grave, crônica e recorrente, com períodos de exacerbação dos sintomas (episódios agudos) intercalados por períodos subsindrômicos e/ou de remissão (eutimia), e que tende a apresentar um progressivo aumento da gravidade dos episódios (Goodwin and Jamison, 1990; Vieta and Gastó, 1997; Dean, Gerner and Gerner, 2004). O caráter cíclico, as altas taxas de recorrência, entre 50 e 90% (Dean BB; Gerner D; Gerner RH, 2004) e a persistência dos sintomas são característicos do THB e, mesmo com a vigência de tratamento farmacológico, os pacientes podem apresentar sintomas durante metade das suas vidas (Judd et al., 2002; Jaeger and Vieta, 2007).

Clinicamente é uma doença caracterizada pela presença de pelo menos uma crise de mania (THB tipo I) ou uma crise de depressão maior e uma crise de hipomania (THB tipo II), podendo apresentar crises depressivas que podem ser concomitantes às maníacas ou hipomaníacas (episódios mistos) (APA, 1994). Além disso, o episódio deve ser suficientemente grave, causando prejuízo significativo no âmbito familiar, social ou ocupacional; a necessidade de hospitalização; ou ter a presença de sintomas psicóticos.

O THB tem uma prevalência média na população geral que varia entre 0,5 a 1,5%, nas estatísticas mais conservadoras, a cerca de 6%, se formas menos graves da doença ou o espectro bipolar forem consideradas (Judd and Akiskal, 2003). Apresenta um importante componente genético, o que aumenta esta prevalência para 5 a 10% em pessoas com familiares em primeiro grau portadores de THB (Yatham, 2005). Somando-se a isto, gêmeos monozigóticos apresentam uma concordância para THB tipo I de 43 a 67%, em relação a gêmeos dizigóticos, cuja concordância se mantém na faixa entre 7 a 20% (Farchione et al., 2007). O THB afeta igualmente homens e mulheres (Dean BB; Gerner D; Gerner RH, 2004).

O THB inicia usualmente na adolescência (Goodwin and Jamison, 1990; Berk et al., 2007) podendo, entretanto, iniciar na infância (Leibenluft and Rich, 2008; Youngstrom, Birmaher and Findling, 2008). Tem-se observado que o

início na adolescência, onde freqüentemente se apresenta com quadros maníacos atípicos, mistos ou disfóricos, dificulta o diagnóstico inicial. Isto, juntamente com outros fatores próprios da doença, pode retardar o tempo entre o primeiro episódio de THB, a busca de atendimento e a instituição de tratamento apropriado (Berk et al., 2007). Em nosso meio, esta lacuna é de cerca de 10 anos. Além disto, a taxa de diagnóstico correto na primeira apresentação da doença tem sido descrita como entre 30% (Elgie and Morselli, 2007) a 53% (Berk et al., 2007). A incapacitação própria do episódio agudo juntamente com esta demora no diagnóstico inicial, pode prognosticar uma piora cognitiva e clínica geral dos pacientes bipolares (PB).

Além destes aspectos, tem-se descrito cada vez mais a expressiva morbi-mortalidade associada ao THB. Uma importante característica clínica desta patologia é o alto risco de suicídio, o qual é estimado em cerca de 60 vezes maior do que na população em geral (Baldessarini, Pompili and Tondo, 2006) Em uma estatística nacional da Austrália, por exemplo, foi estimado que em PB entre 25 e 34 anos de idade, o risco de suicídio está em torno de 18%. (Australian Bureau of Statistics, 2003). Isto coloca o THB entre as doenças psiquiátricas de maior mortalidade (Berk et al., 2007; Murray and Lopez, 1997). Além do risco aumentado de mortalidade por suicídio, o THB também está associado com maior comportamento de risco, como abuso de álcool, exposição sexual, descontrole financeiro (Hirschfeld, 2007); maior risco para outras comorbidades psiquiátricas, como abuso de substâncias, transtornos de ansiedade e transtornos alimentares, e clínicas, como diabetes e dislipidemias (Tohen et al., 1998; Kogan et al., 2004; Kupfer, 2005; Baldassano, 2006; Hirschfeld, 2007), e maior risco de homicídio e de acidentes (Hirschfeld, 2007).

Em função desta alta morbi-mortalidade, o THB está sendo visto atualmente como um importante problema de saúde pública. De acordo com o relatório do *Global Burden of Disease 2005*, da Organização Mundial de Saúde (OMS), das doenças não transmissíveis, as neuropsiquiátricas foram as que mais pesaram para o total, mais que doenças cardiovasculares e câncer (Prince et al., 2007). Este mesmo relatório atribuiu 31,7% de todos os anos vividos com uma disfunção às condições neuropsiquiátricas e listou o THB

entre as cinco maiores causas que contribuíram para este índice (Prince et al., 2007). Na realidade, a OMS aponta o THB como a sexta causa de disfuncionalidade no mundo (Murray and Lopez, 1997; Jaeger and Vieta, 2007)

Para ilustrar em termos financeiros, nos Estados Unidos da América, a cada ano, os custos indiretos da disfunção conseqüentes ao THB estão projetados em 96,2 milhões de dias de trabalho perdidos e 14,1 bilhões de dólares em equivalentes salariais (Kessler et al., 2006). Diante deste quadro, não é impróprio se supor que, mesmo diante de avanços no diagnóstico e tratamento medicamentoso, estes custos podem não diminuir, uma vez que o curso natural da doença tem mostrado produzir prejuízo cognitivo e funcional para muitos pacientes, ainda que os sintomas estejam controlados. Além disto, estudos recentes têm mostrado, cada vez mais, que os sintomas se mantêm (Berk et al. 2007; Parker et al. 2007). Acrescido a isto, observa-se que a persistência de sintomas subsindrômicos está associada a um maior risco de reagudização da doença (Perlis et al., 2006) e maior índice de incapacitação, especialmente se houver persistência de sintomas depressivos. (Altshuler et al., 2002a; Judd et al., 2005; Altshuler et al., 2006).

Portanto, fica claro que o THB causa uma morbidade psicossocial importante, que frequentemente afeta várias áreas da vida do paciente, como trabalho, relacionamentos, bem como também tem impacto negativo nos familiares e amigos (Zarate et al., 2000; Kessler et al., 2006; Elgie and Morselli, 2007; Vieta et al., 2007). Apesar disto, ainda há poucos estudos que examinam estas questões em PB. Esta morbi-mortalidade detectada crescentemente no THB tem trazido à tona a importância de se focar em técnicas de prevenção e tratamento mais precoces dos déficits funcionais e cognitivos vistos na doença (Berk et al., 2007; MacQueen, Trevor Young and Joffe, 2001), numa tentativa de minimizar os efeitos altamente deletérios desta patologia para o paciente, sua família e para a sociedade.

## **FUNCIONALIDADE NO THB**

O desfecho funcional dos pacientes com THB tratados foi, por muito tempo, visto como favorável (Zarate et al., 2000; Huxley and Baldessarini, 2007; Waghorn et al., 2007). Na realidade, desde que Kraepelin descreveu os episódios maníacos e depressivos, chamando a atenção para sua natureza periódica que, caracteristicamente, apresentava uma fase de retorno ao funcionamento normal entre episódios, parece ter-se criado uma idéia de que o curso do THB era marcado por episódios agudos e auto-limitados de mania ou depressão, seguidos de recuperação para um estado chamado eutímico, livre de sintomas, que era acompanhado de uma recuperação funcional também favorável (Zarate et al., 2000; MacQueen, Trevor Young and Joffe, 2001). Estudos da época, como o realizado por Rennie (1942), que seguiu 208 casos entre 1913 e 1916 e referiu que mais que 90% dos pacientes se recuperava após um primeiro episódio, tendiam a confirmar esta visão. Também acreditava-se em uma importante diminuição da morbidade aguda, funcional e cognitiva, com o efeito do tratamento com estabilizadores de humor (Huxley and Baldessarini, 2007; Martinez-Arán et al., 2007). Por esta crença de uma ausência de prejuízo cognitivo e aparente funcionamento normal entre episódios é provável que, ao longo de muitos anos, o THB tenha sido visto como tendo um melhor prognóstico quanto à sua morbidade e pouca atenção tenha sido prestada para os possíveis prejuízos funcionais provocados pela doença ao longo de seu curso (Zarate et al., 2000; MacQueen, Trevor Young and Joffe, 2001; Martinez-Arán et al., 2007).

Em contraste com esta idéia prévia de boa recuperação funcional inter-episódica muitas vezes preconizada nos meios acadêmicos e na literatura, o que estudos mais recentes têm observado no curso do THB é muito diferente: a recuperação funcional dos episódios agudos é lenta ou incompleta, o risco de recorrência é contínuo e a morbidade ao longo do tempo se mantém, mesmo com uso constante de estabilizadores de humor e recuperação sintomática (Dion et al., 1988; Harrow et al., 1990; O'Connell et al., 1991; Gitlin et al., 1995; Zarate et al., 2000; MacQueen et al., 2000; MacQueen, Trevor Young and Joffe, 2001; Goldberg and Harrow, 2004; Fagiolini et al., 2005; Huxley and

Baldessarini, 2007; Berk et al., 2007). Alguns estudos têm inclusive demonstrado que, já desde um primeiro episódio agudo, é possível observar um grau de recuperação funcional muito lenta e, eventualmente, não completa (Tohen et al., 2000; Tohen et al., 2003). Um bom exemplo é o estudo de seguimento que Tohen e colaboradores (2000) realizaram com pacientes hospitalizados por um primeiro episódio de mania com sintomas psicóticos. Neste, observaram que a maioria dos pacientes (97%) obtinha melhora sindrômica ao longo dos 24 meses de seguimento, mas apenas cerca de 40% se recuperava do ponto de vista funcional.

À medida que se atenta mais para determinadas características da funcionalidade e se amplia o entendimento delas, prejuízos ainda mais graves que os previamente relatados vão sendo detectados. Assim, por exemplo, na década de 70, estudos mostravam uma melhora em recobrar níveis prévios de funcionamento de até 45%. Atualmente, com um arsenal terapêutico bem mais avançado e maior entendimento do curso da doença, esta volta a níveis anteriores de funcionamento não é maior que 24 a 36% na maioria dos estudos (Tohen et al., 2003; Huxley and Baldessarini, 2007). Olhando por esta ótica, é natural se supor que o THB traz prejuízos em vários níveis e que, muito provavelmente, novas formas de abordagem diagnóstica devam trazer à tona áreas de prejuízo que não eram antes valorizadas, mas que são de extrema importância para a vida pessoal e familiar do paciente, bem como para a sociedade.

Os estudos recentes têm evidenciado que o prejuízo funcional engloba áreas vitais e não parece ser limitado a um domínio específico (Pope, Dudley and Scott, 2007), o qual pode ser visto em todas as fases da doença, mesmo em pacientes eutímicos, e pode variar ao longo do tempo (Coryell et al., 1993; Keck et al., 1998; MacQueen, Trevor Young and Joffe, 2001; Huxley and Baldessarini, 2007; Tsai et al., 2007; Waghorn et al., 2007; Vieta et al., 2007). Dificuldades para executar tarefas diárias, para trabalhar, para manter relacionamentos interpessoais, para ter atividades de lazer e para manter uma vida amorosa e sexual satisfatória têm sido descritos em PB. (Coryell et al., 1993; Strakowski et al., 2000; Zarate et al., 2000; Tohen et al., 2000; Elgie and

Morselli , 2007; Huxley and Baldessarini, 2007; Waghorn et al., 2007; Martinez-Arán et al., 2007). Altos níveis de falha em recobrar o funcionamento global prévio nos domínios ocupacional e social também têm sido descritos nos PB, mesmo após recuperação clínica (Coryell et al.,1993; MacQueen, Trevor Young and Joffe, 2001; Waghorn et al., 2007; Tsai et al., 2007; Pope, Dudley and Scott, 2007). Ainda que com uma aparente melhora clínica, efeitos residuais podem persistir e ficar presentes por longos períodos, em especial na área social, como perda de motivação e interesse nas relações, da habilidade de socialização, dificuldades para se comunicar mais livremente, medo de ser ridicularizado e problemas para realizar tarefas do dia-a-dia. A recuperação destas alterações na área social pode não acontecer ou ser muito lenta, havendo um risco destas alterações acabarem se tornando uma característica do funcionamento do indivíduo (Elgie and Morselli, 2007). O medo de ser ridicularizado e o estigma ligado à doença mental também podem ser fatores importantes na possibilidade de recuperação funcional do indivíduo, uma vez que podem determinar frustração, diminuir a auto-estima e trazer sentimentos de desesperança em pessoas que já estão com condições debilitadas para lidarem com estes sentimentos (Elgie and Morselli, 2007).

Outro fator a ser salientado é que, historicamente, muitos trabalhos descrevem pacientes com sintomas subsindrômicos como “eutímicos”, como se ter sintomas menores fosse igual a não ter sintomas. Uma prova disto é que, somente nos últimos anos, pesquisadores estão chamando atenção para os sintomas sub-sindrômicos e mostrando sua grande influência no prognóstico funcional a longo prazo (Morris, 2002), especialmente os sintomas depressivos (Altshuler et al., 2002a; Altshuler et al., 2006; Huxley and Baldessarini, 2007). Isto de forma alguma diminui o impacto funcional e psicossocial provocado pelo THB. Provavelmente, este tipo de conceituação foi fruto da, também histórica, crença de plena recuperação inter-episódica, a qual está mudando (MacQueen, Trevor Young and Joffe, 2001) e permitindo uma visão mais real, embora mais sombria, dos efeitos do THB.

Os aspectos envolvidos nesta limitada recuperação funcional ainda não estão claros na literatura. Muitos outros fatores têm sido descritos como

associados ou preditores de mau funcionamento: má aderência ao tratamento; número de episódios prévios; sintomas depressivos; sintomas psicóticos; funcionamento pré-morbido ruim; idade de início precoce; maior número de hospitalizações; suporte social inadequado; ser solteiro; sexo masculino; baixo *status* sócio-econômico; comorbidades, em especial, ansiedade e abuso de álcool (Zarate et al., 2000; MacQueen, Trevor Young and Joffe, 2001; Huxley and Baldessarini, 2007). Entretanto, poucos destes fatores têm sido consistentemente associados com funcionalidade nos diversos estudos descritos na literatura, em parte porque o desfecho tem sido medido de formas muito variadas e a maioria dos estudos descritos apresenta deficiências metodológicas importantes. O que é comum a todos é colocar um foco nas limitações vistas na recuperação funcional dos PB e mostrar que elas podem não ser pequenas (Zarate et al., 2000; MacQueen, Trevor Young and Joffe, 2001). Em uma revisão sobre o assunto, MacQueen e colaboradores (2001) mostraram uma prevalência de 30 a 60% de problemas de ajustamento social e ocupacional em PB, independente de apresentarem sintomas inter-episódios.

Assim, é provável que a importância histórica da maior parte dos trabalhos sobre o tema, realizados até o momento, resida neste novo foco sobre o curso do THB, abrindo campo para a busca de um entendimento mais preciso sobre as questões da funcionalidade. Talvez a exceção que se deva fazer à esta crítica seja em relação aos sintomas depressivos, que cada vez mais têm sido associados com piora funcional (Judd et al., 2005; Huxley and Baldessarini, 2007).

Mensurar funcionalidade não é tarefa simples. O próprio conceito de funcionalidade é complexo, envolvendo domínios variados, dependendo do tipo de função que se quer medir. Em termos de funcionalidade psíquica, nosso objeto de estudo aqui, determinados domínios devem ser avaliados como os que envolvem a capacidade para trabalhar, estudar, viver independentemente, ter atividades de lazer, manter relações duradouras e uma vida amorosa (Zarate et al., 2000; Martinez-Arán et al., 2007). A expressão “funcionamento social” tem sido definida como a habilidade de estabelecer e manter

relacionamentos com amigos e familiares, bem como trabalhar, ter atividades de lazer e lidar com as atividades diárias (Elgie and Morselli, 2007).

A recuperação funcional, por sua vez, tem sido descrita como a habilidade de atingir os níveis de funcionamento prévios ao episódio mais recente (Zarate et al., 2000; Tohen et al., 2000; Martinez-Arán et al., 2007). Além disto, a própria natureza complexa das doenças psiquiátricas, em especial do THB, pode complicar ainda mais as medidas de funcionalidade (Dean, Gerner and Gerner, 2004).

Apesar do caráter persistente e que atinge de forma global o funcionamento do paciente (Pope, Dudley and Scott, 2007) e do custo pessoal, social e econômico causado pela sua morbidade, ainda há falta de instrumentos adequados para medir funcionalidade no THB e mesmo nas doenças psiquiátricas de forma geral, o que tem sido uma marca da escassez de pesquisas nesta área (Jaeger and Vieta, 2007).

Os dados das medidas de funcionalidade em PB têm sido obtidos através de diferentes instrumentos, mas nenhum construído para acessar os principais domínios descritos como comprometidos (Zarate et al., 2000; Tohen et al., 2000; Vieta et al., 2007). Na realidade, muitos destes instrumentos incluem domínios que não parecem ser tão importantes para pacientes psiquiátricos em geral, nem para PB, o que pode falhar no objetivo de clarear as principais causas das disfunções e levar a dados não relevantes ou inacurados sobre o real estado do paciente (Jaeger and Vieta, 2007).

Há vários tipos de instrumentos de medida utilizados em estudos. Escalas de pontuação de medidas objetivas, como, por exemplo, número de horas trabalhadas na semana, são uma forma (Berns, Uzelac and Gonzalez, 2007). Entretanto, a disfuncionalidade pode ocorrer em vários ambientes (trabalho, lides domésticas, vida conjugal, relacionamento íntimo, auto-cuidado) e ainda, para complicar mais, pode ser alterada por fatores outros que não ligados à doença, o que torna frágil resultados obtidos por este tipo de medida. Outra forma considerada mais objetiva de medida é o uso de escalas administradas por clínicos, das quais a mais freqüentemente usada é a GAF

(*Global Assessment of Functioning*). Esta, entretanto, tem como limitação a impossibilidade de avaliar a dissociação vista entre a melhora clínica e a funcional e seus resultados não fornecem dados específicos sobre quais as áreas do funcionamento estão deficientes (Altshuler et al., 2002a; Martinez-Arán et al., 2007).

Instrumentos com medidas de funcionalidade baseadas na auto-avaliação do paciente também têm sido bastante utilizados em pesquisas. Estes são baseados em auto-relatos, o que pode ser muito complicado em se tratando de pacientes psiquiátricos, em especial PB, pois as respostas podem ser “moduladas” pelo tom do estado afetivo do paciente no momento da aplicação, uma vez que ele pode mudar a percepção do paciente (Mundt et al., 2002; Dean, Gerner and Gerner, 2004; Fagiolini et al., 2005). Gazzalle e colaboradores (2007), por exemplo, avaliando qualidade de vida em PB com uma escala auto-aplicada (WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life*) relataram que, apesar dos pacientes maníacos apresentarem piores escores na GAF, referiam uma significativa melhor qualidade de vida que deprimidos, igualando-se aos controles. Como também apresentaram pior *insight* medido pelo item específico na YMRS (*Young Mania Rating Scale*), seus achados corroboram para a noção de que há um desencontro entre medidas subjetivas e objetivas, pelo menos durante a mania (Burdick, Endick and Goldberg, 2005). Como visto por eles e outros autores o *insight* é claramente afetado pela psicopatologia relacionada ao humor (Dias et al., 2008). O *insight* não parece melhorar como esperado com a resolução dos sintomas de humor, o que pode contribuir para gerar dados incertos, uma vez que as alterações de humor do THB podem trazer consigo estas alterações perceptuais e, conseqüentemente, determinar vieses importantes no auto-relato de sua condição (Dias et al., 2008). Levando em conta estes fatores, diversos estudos têm questionado a validade de medidas de auto-avaliação em PB (Burdick, Endick and Goldberg, 2005; Gazzalle et al., 2007; Dias et al., 2008).

## **FUNCIONALIDADE E ASPECTOS COGNITIVOS NO THB**

Alterações cognitivas também têm sido cada vez mais estudadas e descritas em pacientes com THB e diversas áreas cognitivas têm se mostrado alteradas, tanto em fase aguda quanto em períodos de remissão (Zarate et al., 2000; Cavanagh et al., 2002; Clark, Iversen and Goodwin, 2002; Martinez-Aran et al., 2004a; Martinez-Aran et al., 2004b; Martinez-Aran et al., 2007; Huxley and Baldessarini, 2007).

Há evidências crescentes de que cerca de um terço dos PB apresenta alterações neuropsicológicas persistentes e clinicamente significativas (MacQueen, Trevor Young and Joffe, 2001). O significado destes prejuízos cognitivos ainda é incerto, mas tem sido sugerido que eles possam ter um impacto negativo no funcionamento social (Robinson and Ferrier, 2006).

As alterações cognitivas no THB envolvem a fluência do pensamento, a persistência da atenção e a atenção seletiva, memória verbal e funções executivas (Huxley and Baldessarini, 2007). As duas últimas são as funções cognitivas descritas com maior e mais freqüente prejuízo (Zubieta et al., 2001; Cavanagh et al., 2002; Martinez-Aran et al., 2004b; Robinson and Ferrier, 2006). As disfunções nestas áreas cognitivas têm sido associadas a funcionamento psicossocial deficitário, mesmo nos períodos de remissão (Goswami et al., 2006; Martinez-Arán et al., 2007), sendo possível se supor que elas possam ser um importante aspecto por trás do prejuízo funcional visto nestes pacientes, bem como das baixas taxas de recuperação funcional vistas numa grande proporção deles (Zarate et al., 2000; MacQueen, Trevor Young and Joffe, 2001; Robinson and Ferrier, 2006)

A expressão função executiva define um processo cognitivo complexo que requer a coordenação de vários sub-processos para atingir um objetivo específico (Elliott, 2003), como resolver um problema. Quando há falha nesta função, o comportamento se torna pobremente controlado, sem unidade, e a pessoa perde muito da flexibilidade para lidar com as situações, por mais corriqueiras que sejam. As funções executivas têm uma forte ligação com o córtex pré-frontal (CPF). Este é uma região cerebral chave envolvida na

regulação do comportamento emocional, extinção do medo, além das funções executivas (Kapczynski et al., 2008). Há diversos indicadores de alterações estruturais e funcionais no lobo frontal em PB, incluindo CPF subgenua (Knable, 1999; Drevets, Manji and Duman, 2001; Beasley et al., 2002; Malhi et al., 2004; Strakowski, DelBello and Adler, 2005; Monkul, Malhi and Soares, 2005) e estes achados são consistentes com os déficits cognitivos encontrados nestes pacientes (Robinson and Ferrier, 2006). Além disto, alterações no metabolismo do CPF têm sido associadas a alterações no metabolismo da amígdala e do estriado, o que sugere que alterações no circuito que compreende o CPF, sistema límbico e gânglios da base podem estar associadas à fisiopatologia do THB (Strakowski, DelBello and Adler, 2005).

## **FUNCIONALIDADE E ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS DO THB**

Há evidências crescentes que sugerem a presença de alterações neuroanatômicas e neuroquímicas relacionadas ao THB em regiões cerebrais ligadas à regulação do humor e da cognição (Berk et al., 2007). Estudos relacionados à genética, vias neuro-hormonais, neurotransmissão, vias de transdução de sinal, regulação da expressão gênica, estresse oxidativo, entre outros (Yatham, 2005) têm sido realizados na tentativa de melhor elucidar as suas bases biológicas.

Alterações neuroquímicas têm sido vistas nas diversas fases do THB. Estudos em genética e em farmacologia têm demonstrado que algumas neurotrofinas, que são proteínas que induzem a sobrevivência dos neurônios, estão alteradas nas diversas fases da doença, como o Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF) (Cunha et al., 2006), o Fator derivado da Glia (GDNF) (Rosa et al., 2006) e a Neurotrofina-3 (NT-3) (Walz et al., 2007). Estes achados sugerem que diferentes neurotrofinas podem estar associadas à fisiopatologia do THB.

Em paralelo, alterações no metabolismo celular também têm sido demonstradas em trabalhos que avaliam o estresse oxidativo, fruto do desequilíbrio entre espécies reativas ao oxigênio e defesas antioxidantes (Kuloglu et al., 2002; Andreazza AC, Cassini C, Rosa AR, et al, 2007a), o qual

tem papel importante na sinalização celular. Tem sido visto que em períodos de estresse, estas espécies aumentam sensivelmente, o que pode levar ao dano de estruturas celulares.

Outros achados neuroquímicos também têm sido descritos, como aumento dos níveis séricos da proteína S-100B (Andreazza AC, Cassini C, Rosa AR, et al, 2007a), sugerindo uma alteração na atividade de astrócitos e seu envolvimento na patogênese; aumento da proteína-C reativa (PCR), sugerindo envolvimento de mecanismos inflamatórios (Cunha et al., 2008); dano recente ao DNA (Andreazza et al, 2007b); e diminuição de duas vezes na atividade do complexo I da cadeia de transporte de elétrons da mitocôndria no córtex pré-frontal de pacientes bipolares (Andreazza et al, comunicação pessoal), sugerindo uma provável disfunção mitocondrial no THB.

As alterações anatômicas e funcionais vistas nos PB têm levado pesquisadores a formular algumas hipóteses sobre a fisiopatologia do THB. Uma das principais é a que Post (2007) chamou de “modelo de neurosensitização”, na qual sugere que múltiplos episódios levam a alterações permanentes na atividade e plasticidade neuronal. Não só há evidências de sensitização ao estresse (aumento na sensibilidade a estressores psicossociais), como também há, atualmente, fortes evidências de sensitização ao episódio (aumento da vulnerabilidade a recorrência com menores intervalos entre os episódios). Nesta linha, Kapczinski e colaboradores (2008) descreveram a hipótese da carga alostática no THB, a partir da observação de que as alterações induzidas pelos episódios de humor recorrentes forçam um estado de adaptação contínua ao estresse nas regiões cerebrais envolvidas no circuito emocional. Tal fato levaria a um processamento disfuncional de informações, tornando o PB mais vulnerável a estressores ambientais e aos episódios subseqüentes. A adaptação forçada ao estado de estresse crônico mobiliza diversos sistemas fisiológicos - cardiovascular, neuroendócrino, imunológico - levando a um novo estado de equilíbrio interno. A carga alostática - o custo que se paga pela adaptação - provê uma ligação explanatória para achados aparentemente não relacionados, como o prejuízo cognitivo e altas taxas de comorbidades físicas e mortalidade (Kapczinski et al,

2008). Como Waghorn e colaboradores (2007) salientaram, os sinais e sintomas clínicos sozinhos não explicam o déficit funcional visto nos PB. Logo, pode-se supor que há um prejuízo funcional que acompanha todos estes outros prejuízos vistos no curso do THB ao longo dos anos. Por qualquer ângulo que se olhe – vulnerabilidade ao estresse, déficit cognitivo, comorbidade – é possível se pensar em prejuízo funcional e se pensar que, uma vez iniciado – e Tohen e cols (2000) mostraram que pode começar muito cedo, já em um primeiro episódio – o prejuízo segue, para muitos pacientes, cumulativamente, sem volta.

### **A FUNCIONALIDADE E A FAST (FUNCTIONAL ASSESSMENT SHORT TEST)**

A FAST (*Functional Assessment Short Test*) foi desenvolvida no Programa de Transtorno Bipolar de Barcelona, Espanha, com o objetivo de avaliar prejuízos no funcionamento, considerando os principais problemas apresentados pelos PB referidos previamente na literatura. A análise dos resultados de uma versão inicial, maior que a atual, foi discutida em um encontro com “experts” em THB da Espanha, Brasil e Inglaterra, onde várias modificações foram feitas e alguns itens foram rejeitados, obtendo-se a versão final (Rosa et al., 2007).

O desenvolvimento da FAST foi baseado na necessidade de se mensurar as altas taxas de incapacidade funcional vistas nos PB, associada à falta de padronização dos instrumentos usados nos estudos para avaliar funcionamento.

A validade de um instrumento depende da definição do que se está medindo ou querendo medir (Streiner and Norman, 2003; Frost, Reeve and Liepa, 2007). Neste sentido, a FAST pretende ser uma medida para a avaliação objetiva de seis áreas específicas do funcionamento: autonomia, trabalho, cognição, finanças, relacionamentos interpessoais e lazer. Autonomia refere-se à capacidade do paciente em se responsabilizar e exercer atividades sozinho; trabalho, à capacidade de trabalhar, à rapidez e rendimento no desempenhar as funções no trabalho, à capacidade de ser remunerado adequadamente e trabalhar levando em conta seu nível de escolaridade;

funcionamento cognitivo, à capacidade de concentração, atenção, raciocínio, aprendizagem e memória para atividades básicas do dia-a-dia; finanças, à capacidade de administrar o dinheiro e fazer compras de forma equilibrada; relações interpessoais, às relações com amigos, família, atividades sociais, satisfação sexual e desempenho em defender suas idéias e ideais; lazer, à capacidade de praticar esporte e atividades de lazer. Estes domínios são avaliados nos 24 itens que compõem o instrumento.

A FAST foi desenvolvida para ser um instrumento simples, de fácil e rápida aplicação, com objetivo de avaliar os quinze dias prévios à aplicação. Deve ser administrada por clínico ou pesquisador previamente treinado. Um manual de aplicação explicativo foi desenvolvido para dirimir as principais dúvidas de pontuação observadas na aplicação da versão espanhola e piloto brasileira. A escala proporciona critérios operativos de pontuação para cada item. Sua estrutura permite detectar mudanças ocorridas em um mesmo paciente em diferentes estados de humor (depressão, mania ou eutímia), bem como mudanças mínimas causadas por diferentes tratamentos, melhora ou piora dos sintomas. Por permitir uma avaliação contínua e objetiva das dificuldades funcionais, pode ser um instrumento muito útil tanto para a prática clínica como para a pesquisa.

É importante salientar que a FAST não se propõe a ser uma medida de qualidade de vida, conceito paralelo que, muitas vezes é confundido com o de funcionalidade. A OMS descreve qualidade de vida como uma percepção “individual” de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores no qual vive e em relação a seus objetivos, expectativas e preocupações (Fleck MP et al., 2000), o que é uma medida subjetiva individual, não a apreciação do grau de capacidade para realizar determinadas atividades.

Murray e Frenk (2008) sugerem tópicos a serem avançados nas mensurações da saúde no mundo. Chamam a atenção para medidas de funcionalidade, especialmente para patologias cujos efeitos principais são perda de funcionalidade, como as doenças psiquiátricas. Entretanto, referem que ainda há pouco progresso nesta área, sugerindo que instrumentos que possam ser usados em diversas culturas e grupos lingüísticos são cruciais ao

campo da métrica e avaliação. Neste sentido, a importância deste estudo está em buscar um olhar mais focado para as alterações psicossociais conseqüentes ao THB, visando contribuir para a melhor detecção e entendimento e, possivelmente, na busca de estratégias para a melhoria do prognóstico desta patologia.

## **OBJETIVOS**

Objetivo Geral:

Mensurar funcionalidade em pacientes bipolares usando a *Functional Assessment Short Test (FAST)* em português.

Objetivos Específicos

1. Avaliar a FAST quanto à consistência interna, validade concorrente, teste-reteste.
2. Avaliar dificuldades específicas da funcionalidade apresentadas por PB em relação a controles.
3. Avaliar se há correlação entre FAST e variáveis clínicas dos PB, como comorbidade, sintomas, estado clínico, tempo de evolução da doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Altshuler LL, Gitlin MJ, Mintz J, Leight KL, Frye MA. Subsyndromal depression is associated with functional impairment in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002a;63(9):807-11.
2. Altshuler LL, Post RM, Black DO, Keck PE Jr, Nolen WA, Frye MA, Suppes T, Grunze H, Kupka RW, Leverich GS, McElroy SL, Walden J, Mintz J. Subsyndromal depressive symptoms are associated with functional impairment in patients with bipolar disorder: results of a large, multisite study. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1551-60.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV. 4th ed. ed. Washington,DC: APA; 1994
4. Andreazza AC, Cassini C, Rosa AR, Leite MC, de Almeida LM, Nardin P, Cunha AB, Cereser KM, Santin A, Gottfried C, Salvador M, Kapczinski F, Goncalves CA. Serum S100B and antioxidant enzymes in bipolar patients. *J Psychiatr Res.* 2007a; 41:523-9.
5. Andreazza AC, Frey BN, Erdtmann B, Salvador M, Rombaldi F, Santin A, Gonçalves CA, Kapczinski F. DNA damage in bipolar disorder. *Psychiatry Res.* 2007b 30;153(1):27-32.
6. Australian Bureau of Statistics. Information paper: suicides, Australia, 2002. Canberra: ABS, 2003. (ABS Catalogue No. 3309.0.55.001.)
7. Baldassano CF. Illness course, comorbidity, gender, and suicidality in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006;67(Suppl 11):8-11.
8. Baldessarini RJ, Pompili M, Tondo L. Suicide in bipolar disorder: Risks and management. *CNS Spectr* 2006;11:465-71.
9. Beasley CL, Zhang ZJ, Patten I. and Reynolds GP. Selective deficits in prefrontal cortical GABAergic neurons in schizophrenia defined by the presence of calcium-binding proteins. *Biological Psychiatry* 2002; 52:708-715.
10. Berk M, Hallam K, Lucas Nellie, et al. Early intervention in bipolar disorders: opportunities and pitfalls. *Med J Aust.* 2007 Oct 1;187(7 Suppl):S11-4. Review.
11. Berns S, Uzelac S, Gonzalez C, Jaeger J. Methodological considerations of measuring disability in bipolar disorder: validity of the multidimensional scale of independent functioning. *Bipolar Disorders* 2007: 9:3-10.
12. Burdick KE, Endick CJ, Goldberg, JF. Assessing cognitive deficit in bipolar disorder: are self-reports valid? *Psychiatry Res.* 2005; 136 (1), 43-50.
13. Cavanagh JT, Van Beck M, Muir W et al. Case control study of neurocognitive function in euthymic bipolar disorder: an association with mania. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 320-326.
14. Clark L, Iversen SD, Goodwin GM. Sustained attention deficit in bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2002; 180:313-319

15. Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J, Maser J, Klerman GL. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 1993;150:720-7.
16. Cunha AB, Andreazza AC, Gomes FA, Frey BN, da Silveira LE, Gonçalves CA, Kapczinski F. Investigation of serum high-sensitive C-reactive protein levels across all mood states in bipolar disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2008 Feb 23 in press
17. Cunha AB, Frey BN, Andreazza AC, Goi JD, Rosa AR, Gonçalves CA, Santin A, Kapczinski F. Serum brain-derived neurotrophic factor is decreased in bipolar disorder during depressive and manic episodes. *Neurosci Lett*. 2006; 8;398(3):215-9.
18. Dean BB, Gerner D, Gerner RH. A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment. *Curr Medl Res Opin* 2004;20: 139-154
19. Dias VV, Brissos S, Frey BN, Kapczinski F. Insight, quality of life and cognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 2008 in press
20. Dion GL, Tohen M, Anthony WA, Waternaux CS. Symptoms and functioning of patients with bipolar disorder six months after hospitalization. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39:652–657.
21. Drevets WC, Manji HK, Duman, RS. Impairments of neuroplasticity and cellular resilience in severe mood disorders: Implications for the development of novel therapeutics. *Psychopharmacology Bulletin* 2001; 35:5-49.
22. Elgie R, Morselli PL. Social functioning in bipolar patients: the perception and perspective of patients, relatives and advocacy organizations – a review. *Bipolar Disorders* 2007;9:144-157.
23. Elliott R. Executive functions and their disorders. *British Medical Bulletin* 2003; 65:49-59.
24. Elliott R. Executive functions and their disorders. *British Medical Bulletin* 2003; 65:49-59.
25. Fagiolini A, Kupfer DJ, Masalehdan A, Scott JA, Houck PR, Frank E. Functional Impairment in the remission phase of bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2005;7:281–285.
26. Farchione TR, Birmaher B, Axelson D, Kalas C, Monk K, Ehmann M, Iyengar S, Kupfer D, Brent D. Aggression, hostility, and irritability in children at risk for bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2007; 9(5):496-503.
27. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saude Publica*. 2000 Apr;34(2):178-83
28. Frost MH, Reeve BB, Liepa AM et al. What is sufficient evidence for the reliability and validity of patient reported outcome measures? *Value Health*. 2007;10(Suppl 2):S94-S10

29. Gazalle F, Frey BN, Hallal PC, Andreazza AC, Cunha ABM, Santin A, Kapczynski F. Mismatch between self-reported quality of life and functional assessment in acute mania: A matter of unawareness of illness? *Journal of Affective Disorder* 2007; 103(1-3):247-52.
30. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatr* 1995;152:1635-40.
31. Goldberg JF, Ernst CL. Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63, 985-991.
32. Goldberg JF, Harrow M. *J Affect Disord* 2004; 81:123-131.
33. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press, 1990.
34. Goswami U, Sharma A, Khastagir U, Ferrier IN, Young AH, Gallagher P, Thompson JM, Moore PB. Neuropsychological dysfunction, soft neurological signs and social disability in euthymic patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2006;188:366-73.
35. Harrow M, Goldberg JF, Grossman LS, Meltzer HY. Outcome in manic disorders: a naturalistic follow-up study. *Arch Gen Psychiatr* 1990; 47:665–671.
36. Hirschfeld, RMA; Screening for Bipolar Disorder. *The American Journal of Managed Care*; 2007, Vol.13, No.7: S164-S169.
37. Huxley N, Baldessarini RJ. Disability and its treatment in bipolar disorder patients. *Bipolar Disorders* 2007; 9: 183-196
38. Jaeger J, Vieta E. Functional outcome and disability in bipolar disorders: ongoing research and future directions. *Bipolar Disord*. 2007; Feb-Mar;9(1-2):1-2.
39. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, Coryell W, Maser J, Keller MB. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62:1322-1330.
40. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, Andrew C, Leon AC, Rice JA, Keller MB. The Long-term Natural History of the Weekly Symptomatic Status of Bipolar I Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:530-537.
41. Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: reanalysis of ECA data by taking into account sub-threshold cases. *J Affect Disord* 2003; 73 : 123-131.
42. Kapczynski F, Vieta E, Andreazza AC, Frey BN, Gomes FA, Tramontina J, Kauer-Sant'anna M, Grassi-Oliveira R, Post RM. Allostatic load in bipolar disorder: Implications for pathophysiology and treatment. *Neurosci Biobehav Rev*. 2008;32(4):675-92.
43. Keck PE, Jr., McElroy SL, Strakowski SM, et al. 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry* 1998;155: 646-652.

44. Kessler RC, Akiskal HS, Ames M et al. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *Am J Psychiatry* 2006;163(9):1561-8.
45. Knable MB. Schizophrenia and bipolar disorder: findings from studies of the Stanley Foundation Brain Collection. *Schizophrenie Research* 1999; 39:149–152; discussion 163.
46. Kogan JN, Otto MW, Bauer MS, Dennehy EB, Miklowitz DJ, Zhang HW, Ketter T, Rudorfer MV, Wisniewski SR, Thase ME, Calabrese J, Sachs GS; STEP-BD Investigators. Demographic and diagnostic characteristics of the first 1000 patients enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Bipolar Disord* 2004;6:460-9.
47. Kuloglu M, Ustundag B, Atmaca M, Canatan H, Tezcan AE, Cinkilinc N. Lipid peroxidation and antioxidant enzyme levels in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Cell Biochem Funct.* 2002;20:171-175.
48. Kupfer DJ. The increasing medical burden in bipolar disorder. *JAMA* 2005; 293: 2528-2530.
49. Leibenluft E, Rich BA; Pediatric Bipolar Disorder. *Annu Rev. Clin. Psychol.* 2008.4:163-187.
50. MacQueen GM, Young LT, Robb JC, Marriott M, Cooke RG, Joffe RT. Effect of number of episodes on wellbeing and functioning of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101: 374±381.
51. MacQueen GM, Trevor Young L, Joffe RT. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:163-170.
52. Malhi GS, Lagopoulos J, Owen AM, Yatham LN. Bipolaroids: functional imaging in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 110(Suppl. 422):46-54.
53. Manji HK and Lenox RH. The Nature of Bipolar Disorder. *J Clin Psy* 2000; 61 (suppl 13): 42-57.
54. Martinez-Aran A, Vieta E, Colom F, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Reinares M, Benabarre A, Goikolea JM, Brugue E, Daban C, Salamero M. Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome. *Bipolar Disord* 2004a; 6:224-32.
55. Martinez-Aran A, Vieta E, Reinares M, Colom F, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Benabarre A, Goikolea JM, Comes M, Salamero M. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2004b; 161: 262-270.
56. Martinez-Arán A, Vita E, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Goikolea JM, Salamero M, Malhi GS, Gonzalez-Pinto A, Daban C, Alvarez-Grandi S, Fountoulakis K, Kaprinis G, Tabares-Seisdedos R, Ayuso-Mateos JL. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disord.* 2007;9:103-13.

57. Mc Elroy SL., Keck PE., Pope HG., et al. Clinical and research implication of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. *Am J Psychiatry* 1992; 149:1633-1644.
58. Monkul ES, Malhi GS, Soares JC. Anatomical MRI abnormalities in bipolar disorder: do they exist and do they progress? *Aust N Z J Psychiatry*. 2005; 39(4):222-6
59. Morris R. Clinical importance of inter-episode symptoms in patients with bipolar affective disorder. *J Affect Disord* 2002;72:(S3-S13).
60. Mundt JC, Marks IM, Shear MK, Greist JH. The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *Br J Psychiatry* 2002;180:461-4
61. Murray CJ, Lopez, AD. Global mortality disability and the contribution of risk factors: Global burden of Disease Study. *Lancet*. 1997; 349: 1436-1442.
62. Murray CJL, Frenk J. Health metrics and evaluation: strengthening the science. *Lancet* 2008; 371: 1191–99
63. O'Connell RA, Mayo JA, Flatow L, Cuthbertson B, O'Brien BE. Outcome of bipolar disorder on long term treatment with lithium. *Br J Psychiatry* 1991; 159:123–129.
64. Parker G, Rosen A, Trauer T, Hadzi-Pavlovic D. Disability associated with mood states and comparator conditions: application of the Life Skills Profile measure of disability. *Bipolar Disorders* 2007; 9:11-15.
65. Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK, Marangell LB, Zhang H, Wisniewski SR, Ketter TA, Miklowitz DJ, Otto MW, Gyulai L, Reilly-Harrington NA, Sachs GS, Thase ME. Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *American Journal of Psychiatry* 2006; 163:217-224.
66. Pope M, Dudley R, Scott J. Determinants of social functioning in bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2007; 9:38-44.
67. Post RM. Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena. *Neurosci Biobehav Rev*. 2007;31(6):858-73. Review.
68. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. *Lancet*. 2007; 370(9590):859-77. Review.
69. Rennie TAC. Prognosis in maniac-depressive psychoses. *Am J Psychiatry* 1942; 98:801-814.
70. Robinson LJ, Ferrier, N. Evolution of cognitive impairment in bipolar disorder: a systematic review of cross-sectional evidence. *Bipolar Disorder* 2006;103-116.
71. Rosa AR, Andreazza AC, Kunz M, Gomes F, Santin A, Kapczinski F. Predominant of polarity in bipolar disorder patients. *J Affect Disord*. 2008 Apr;107(1-3):45-51.

72. Rosa AR, Frey BN, Andrezza AC, Ceresér KM, Cunha AB, Quevedo J, Santin A, Gottfried C, Gonçalves CA, Vieta E, Kapczinski F. Increased serum glial cell line-derived neurotrophic factor immunocontent during manic and depressive episodes in individuals with bipolar disorder. *Neurosci Lett*. 2006; 407(2):146-50.
73. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, Comes M, Colom F, Van Riel W, Ayuso-Mateos JL, Kapczinski F, Vieta E. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2007; Jun 7;3:5.
74. Strakowski SM, DelBello MP, Adler CM. The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a review of neuroimaging findings. *Molecular Psychiatry*. 2005;10:105-116.
75. Strakowski SM, Williams JR, Fleck DE, Delbello MP. Eight-month functional outcome from mania following a first psychiatric hospitalization. *J Psychiatr Res* 2000;34(3):193-200.
76. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. 3<sup>th</sup>. Oxford University Press. 2003
77. Tohen M, Greenfield SF, Weiss RD, Zarate CA Jr, Vagge LM. The effect of comorbid substance use disorders on the course of bipolar disorder: a review. *Harv Rev Psychiatry* 1998;6(3):133-41.
78. Tohen M, Hennen J, Zarate CM Jr, Baldessarini RJ, Strakowski SM, Stoll AL, Faedda GL, Suppes T, Gebre-Medhin P, Cohen BM. Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatr* 2000; 157(2):220-8.
79. Tohen, M., Zarate, CA., Hennen, J. et al. The McLean-Harvard first-episode mania study: prediction of recovery and first occurrence. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 2099-2107.
80. Tsai SY, Lee HC, Chen CC, Huang YL. Cognitive impairment in later life in patients with early-onset bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2007; 9: 868-875.
81. Vieta E, Cieza A, Stucki G, Chatterji S, Nieto M, Sánchez-Moreno J, Jaeger J, Grunze H, Ayuso-Mateos JL. Developing core sets for persons with bipolar disorder based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Bipolar Disord*. 2007; 9(1-2):16-24.
82. Vieta E, Gastó C. Perspectivas en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos bipolares. En: Vieta E, Gastó C (eds). *Trastornos Bipolares*. Barcelona, Springer-Verlag, 1997;445-453.
83. Vieta E, Rosa AR. Evolving trends in the long-term treatment of bipolar disorder. *World J Biol Psychiatry*. 2007;8(1):4-11. Review.
84. Waghorn G, Chant D, Jaeger J, et al. Employment functioning and disability among community residents with bipolar affective disorder: results from Australian community survey. *Bipolar disorder*. 2007; 9: 166-182.

85. Walz JC, Andreazza AC, Frey BN, Cacilhas AA, Ceresér KM, Cunha AB, Weyne F, Stertz L, Santin A, Gonçalves CA, Kapczinski F. Serum neurotrophin-3 is increased during manic and depressive episodes in bipolar disorder. *Neurosci Lett*. 2007; 415(1):87-9.
86. Yatham L. Translating knowledge of genetics and pharmacology into improving everyday practice. Review. *Bipolar Disorders* 2005; 7 (Suppl. 4): 13–20.
87. Youngstrom EA, Birmaher B, Findling R. Pediatric Bipolar Disorder. *Bipolar Disorders* 2008; 10: 194-214.
88. Zarate CA, Tohen M, Land M, Cavanagh S. Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *Psychiatric Quarterly*. 2000;71(4):309-29.
89. Zubieta J, Huguelet P, O'Neil RL, Giordani B. Cognitive function in euthymic bipolar I Disorder. *Psychiatry Res*. 2001; 102:9-20.

## **Artigo 1 – Submetido à revisão**

Validity of a short functioning test (FAST) in Brazilian outpatients with bipolar disorder

### **ABSTRACT**

**Objectives** As the use of functioning outcomes is increasingly being advocated in multinational clinical trials and comparative studies, making available instruments with known validity and reliability in several languages is required. Here we present data on the Portuguese validation of the Functioning Assessment Short Test (FAST), which was explicitly designed to gauge functioning dimensions empirically linked to bipolar disorder. **Method** One-hundred patients with bipolar disorder and matched controls were assessed with the FAST, which was evaluated regarding discriminant, content and construct validity, concurrent validity with functioning instruments, internal consistency and test-retest reliability. **Results** The FAST displayed a five-factor structure very similar to its conceptualization, successfully discriminated patient and control groups and correlated highly with other functioning measures; it also showed excellent test-retest reliability and internal consistency. **Conclusions** The FAST is a measure with sufficient validity and reliability, with potential for the use in international clinical trials and comparative studies.

**Keywords:** bipolar disorder, disability, validation, functioning, rehabilitation, Brazil

## INTRODUCTION

Commonly misconceived as a relatively treatment responsive condition with a favorable prognosis, bipolar disorder (BD) is severe, persistent and affects major areas of patients' life and functioning, often resulting in dire disability and dependency [1, 2]. Even using a conservative lifetime prevalence estimate of around 1%, BD is the sixth leading cause of disability among all medical disorders in market societies worldwide [3]. In population-based studies, people with bipolar disorder are consistently more affected by work absenteeism when compared to the general population, other mental disorders or major depression [4, 5, 6]. Regarding indirect costs of disability in the United States alone, it is projected each year 96.2 million workdays and \$ 14.1 billion salary-equivalents are lost due to BD [7]. As a substantial upward revision of the 1% prevalence figure is occurring, total disease burden is likely to be even higher.

Measuring disability in mood disorders, however, is more complex than estimating loss of workdays or productivity. As much as measuring functioning with simple outcomes such as absenteeism is obviously relevant, it does not permit a richer characterization of disability associated with mood disorders [8]; important domains of functioning may be left out, such as cognition, interpersonal relationships and autonomy [1]. The most frequently used interviewer administered functioning measures are global rating scales – such as the Global Assessment of Functioning Scale – which notoriously fail to distinguish clinical and functional recovery [8]. Also, questionnaires based on self-report may be problematic as results may be distorted by the patient's current mood [9]. Partially due to the scarcity of adequate methods for

measuring disability, only a few studies have evaluated functioning in BD. Since data on functioning have been obtained using instruments not designed for assessing the main impairing domains in BD, studies may have yielded inaccurate or clinically irrelevant information.

As a result, the International Society for Bipolar Disorders has constituted a Functionality Committee devoted to promote research in this area [10]. The Functioning Assessment Short Test (FAST) was developed as a brief, international measure, designed to be sensitive to change and to capture the main areas of disability for patients with bipolar disorder [11]. As the use of functional and patient centered outcomes is increasingly being advocated in multinational clinical trials and comparative studies, making available instruments with known validity and reliability in several languages is required [12, 13]. Here we present data on the Portuguese version of the FAST regarding reliability and content, construct, discriminant and concurrent validity.

## METHODS

### *Participants*

One hundred outpatients of the Bipolar Disorder Program at a University Hospital were consecutively recruited from September to November 2006 for this validation study. Patients had a clinical diagnosis of BD type I, type II or BD not otherwise specified, confirmed with the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I), and were further classified as euthymic (those with scores below 8 in the Hamilton Depression Rating Scale and in the Young Mania Rating Scale) or symptomatic. Patients with comorbid mental retardation were excluded. One hundred control subjects were recruited from the Hospital catchment area, matched for type of health service used, sex, age and educational level. This group was screened with the non-patient version of the SCID to exclude current psychiatry morbidity, had no first-degree relatives with BD, schizophrenia or other psychotic disorders. Participants gave written informed consent before entering the study, which was approved by the local ethics committee.

### *Instruments*

The FAST is a 24-item interview constructed to assess areas impaired in bipolar disorder. Autonomy refers to the capacity of the patient of doing things alone and taking his/her own decisions; occupational functioning refers to the capacity to maintain a paid job, efficiency of performing tasks at work, working in the field in which the patient was educated and earning according to the level of the employment position; cognitive functioning is related to the ability to concentrate, perform simple mental calculations, solve problems, learn new

information and remember learned information; financial issues involve the capacity of managing the finances and spending in a balanced way; interpersonal relationships refer to relations with friends, family, involvement in social activities, sexual relations and the ability to defend ideas and opinions; leisure time refers to the capacity of performing physical activities (sport, exercise) and the enjoyment of hobbies [11]. Scores are determined by the sum of items, which range from 0 (indicating no problems) to 3 (indicating a severe limitation) in the 15 days before assessment.

The FAST was developed by the Bipolar Disorder Program in Barcelona to assess functional impairment focusing on the main problems experienced by the mentally ill. After preliminary analysis, the scale was discussed in a meeting with experts from Spain, Brazil and England and several changes were made and some items were rejected. This version of the FAST was translated into Portuguese from the original Spanish version. After translation/ back-translation, items with optimal word equivalence were analyzed and discussed by three independent investigators who agreed upon the final version. The understanding of each item was assessed in a pilot sample of 10 healthy controls and 10 patients with bipolar disorder and was found to be correctly understood by interviewers and patients, thus providing content validity to the scale. A semi-structured manual was developed for uniform understanding of item scoring.

Interviewers blinded to FAST scores administered the Sheehan Disability Scale [14] and the Global Assessment of Functioning (GAF) to assess overall functioning of participants. Test-retest reliability was checked one week after the original interview in 17 patients and 25 controls.

### *Statistical analyses*

Construct validity was assessed through factor analysis; we used Maximum Likelihood with Promax rotation to extract FAST factors. The number of factors were selected both by using a Scree plot and the most parsimonious theoretical solution to the data. Items with loadings greater than 0.3 were retained. As homogenous samples tend to have less variance concerning common factors, and thus result in falsely low factor loadings, we included controls to add heterogeneity to the analysis [15].

To evaluate internal consistency, Cronbach's alpha was employed. We used Wilcoxon's signed-rank test to compare patient and control group scores and Mann-Whitney's U for comparisons within bipolar disorder subgroups. Concurrent validity was studied in comparison with the GAF and the Sheehan Disability Scale using Spearman's rho. Test-retest reliability was assessed with intra-class correlation. All tests are two-tailed.

## RESULTS

Interviewers had no problems in completing the FAST in the sample and there were no missing items indicating high feasibility. Bartlett's test for sphericity was highly significant in the patient sample ( $p < 0.001$ ), indicating factorability of the FAST. After rotation, a five-factor solution provided the best theoretical and most parsimonious account for the data and was responsible for 72.11% of the total variance; items essentially loaded in factors as theoretically intended (Table 1). Cronbach's alpha was 0.95 for the whole scale (and higher than 0.82 for each subscale). Test-retest agreement for total FAST scores was excellent ( $r = 0.90$ ;  $p < 0.001$ ).

Patient and control groups were well matched regarding age, sex and level of education. Table 2 shows socio-demographic and clinical variables of the sample. FAST median total scores were 26.5 (interquartile range 14-41) for the patient group and 3 (interquartile range 0.25-7) for the control group ( $Z = 8.28$ ,  $p < 0.001$ ). FAST scores were also higher for the patient group when only euthymic patients were selected ( $Z = 5.32$ ,  $p < 0.001$ ). Differences were found for every FAST factor ( $p < 0.001$  for all). Total FAST scores were strongly correlated with the GAF ( $\rho = -0.70$ ,  $p < 0.001$ ) and somewhat less so with the Sheehan disability scale regarding work ( $\rho = 0.62$ ;  $p < 0.001$ ), social ( $\rho = 0.55$ ;  $p < 0.001$ ) and family life domains ( $\rho = 0.54$ ,  $p < 0.001$ ).

## DISCUSSION

The Functioning Assessment Short Test, a brief interview designed to evaluate the impact of mental illness on functioning, has proven to be a reliable and valid measure in a sample of patients with bipolar disorder in a Brazilian specialized treatment facility. The FAST was able to successfully discriminate patients and controls and, moreover, discriminated controls and currently euthymic patients. Furthermore, with the exception of a leisure factor, the FAST is able to capture different dimensions of disability associated with BD, as theoretically designed, demonstrating both content and construct validity.

Although affective morbidity associated with BD, especially depressive symptoms, do impair functioning and autonomy [1], a failure to achieve full functional recovery has been described even after symptom remission [16]. This version of the FAST successfully demonstrates this important illness impact. In this sense, this report not only replicates findings previously reported from the Spanish version of the instrument [11], such as construct and discriminant validity – and the more evidence that the instrument is reliably measuring what it is specifically supposed to be measuring the more confidence one has in it – but also reinforces the presence of BD associated disability even in the absence of syndromic-level morbidity. This should be taken to reinforce the use of the FAST as an international instrument.

Being a complex construct, there is more than one way of measuring disability associated with mental illness. Most of the general instruments that assess functioning have important limitations for the use in psychiatry, as mentioned before. One interesting alternative, which has been validated in a sample of patients with BD, is the Multidimensional Scale of Independent

Functioning [8]. The MSIF takes a different perspective from the FAST, as it attempts to gauge functional roles, support to these roles and quality of the performance; as it does not assess the FAST domains, the two instruments may be actually evaluating two different and complementary aspects of functioning. Also, as far as we are aware of, the MSIF is not validated in languages other than English.

One important limitation regarding both the MSIF and the FAST validations, including the present one, is the inclusion of only those patients seen in tertiary care centres, and hence most severely affected by BD, as these do not represent people with the whole spectrum of affective illness. As mentioned before, however, adding heterogeneity to the sample generally increases factor loadings [15]. The lack of a consensual gold standard for measuring disability in severe mental illness is a further difficulty. Consequently, criterion validity was measured as compared with the Sheehan Disability Scale and the GAF, which are general scales, but nonetheless of widespread use. Additionally, as an instrument designed to detect effectiveness of treatments in functional recovery, the performance of the FAST still needs to be evaluated in an interventional setting to confirm feasibility and psychometric properties [17].

The burden of bipolar disorder is large and growing, resulting in both direct [18] and indirect costs. Rehabilitation research in bipolar disorder has been hindered by the lack of specific and valid functioning measures [10]; in treatment studies, the instrument used to quantify functional outcomes may critically influence effectiveness estimates [16]. With valid and reliable measures, interventions targeted at improving functioning could minimize both the chronic morbidity and burden associated with bipolar disorder.

Table 1. Item loadings and reliability of FAST factors

<b>Item</b>	<b>Occupationa I Factor</b>	<b>Interpersona I Factor</b>	<b>Autonomy Factor</b>	<b>Cognition Factor</b>	<b>Finance Factor</b>
FAST8	1.03				
FAST9	0.99				
FAST5	0.95				
FAST7	0.94				
FAST6	0.94				
FAST19		0.96			
FAST17		0.80			
FAST20		0.76			
FAST18		0.41	0.37		
FAST22		0.39			
FAST21		0.35			
FAST24		0.31			
FAST3			0.78		
FAST4			0.78		
FAST1			0.78		
FAST2			0.67		
FAST14				0.88	
FAST10				0.74	
FAST11				0.70	
FAST13				0.69	
FAST12				0.55	
FAST23					
FAST15					0.95
FAST16					0.86
Cronbach's $\alpha$	0.99	0.86	0.82	0.88	0.92

Table 2. Demographic and clinical characteristics of the study sample and discriminant validity of the FAST

Characteristic	Bipolar sample (n=100)		Control group (n=100)
	Symptomatic (n=53)	Euthymic (n=47)	
Age	45.98± 9.54	42.41 ±12.94	43.60 ±12.00
Years of education	9.40± 4.50	9.84±4.25	9.42±4.29
Female sex	75%	74%	74%
Global Assessment of Functioning (GAF)	55 (50 – 61)	81 (60.5 – 90) §	95 (91-100)*
Sheehan Disability Scale – Work domain	8 (5 – 10)	0 (0 – 5) §	0 (0-0)*
Sheehan Disability Scale – Social domain	8 (5 – 10)	2 (0 – 5.5) §	0 (0-0)*
Sheehan Disability Scale – Family life domain	7 (4 – 8)	0 (0 – 5) §	0 (0-0)*
Total Functioning Assessment Short Test (FAST) score	37 (24 – 44)	16 (3.5 – 26) §	3( 0-7)*

<sup>a</sup> Results are shown as means (± standard deviations)

<sup>b</sup> Results are shown as median (interquartile range).

\*p<0.001 for difference between bipolar and control groups (Wilcoxon signed-rank test)

§ p<0.001 for difference between symptomatic and euthymic bipolar patients (Mann-Whitney's U)

## REFERENCES

1. Huxley N, Baldessarini RJ. Disability and its treatment in bipolar disorder patients. *Bipolar Disord* 2007(9):183-196
2. Vieta E, Rosa AR. Evolving trends in the long-term treatment of bipolar disorder. *World J Biol Psychiatry*. 2007;8(1):4-11.
3. Murray CJL, Lopez AD. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Global burden of Disease and Injury Series, vol. 1. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.
4. ten Have M, Vollebergh W, Bijl R, Nolen WA. Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affect Disord* 2002;68(1-2):203-13.
5. Mitchell PB, Slade T, Andrews G. Twelve-month prevalence and disability of DSM-IV bipolar disorder in an Australian general population survey. *Psychol Med* 2004;34(5):777-85.
6. Kessler RC, Merikangas KR, Wang PS. Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Anu Rev Clin Psychol* 2007;3:137-58.
7. Kessler RC, Akiskal HS, Ames M et al. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *Am J Psychiatry* 2006;163(9):1561-8.

8. Berns S, Uzelac S, Gonzalez C, Jaeger J. Methodological considerations of measuring disability in bipolar disorder: validity of the Multidimensional Scale of Independent Functioning. *Bipolar Disord* 2007;9(1-2):3-10.
9. Gazalle FK, Frey BN, Hallal PC et al. Mismatch between self-reported quality of life and functional assessment in acute mania: a matter of unawareness of illness? *J Affect Disord* 2007;103(1-3):247-52.
10. Jaeger J, Vieta E. Functional outcome and disability in bipolar disorders: ongoing research and future directions. *Bipolar Disord* 2007;9:1-2.
11. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A et al.. Reliability and Validity of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007,3(5).
12. Swaine-Verdier A, Doward LC, Hagell P et al. Adapting quality of life instruments. *Value Health* 2004;7(Suppl 1):S27-30.
13. Rothman ML, Beltran P, Cappelleri JC et al. Patient-reported outcomes: conceptual issues. *Value Health*. 2007;10(Suppl 2):S66-75.
14. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11(Suppl 3):89-95.
15. Fabrigar LR, Wegener DT, MacCallum RC, Strahan EJ (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*;4(3):272-299.
16. MacQueen GM, Young LT, Joffe RT. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103(3):163-70.

17. Frost MH, Reeve BB, Liepa AM et al. What is sufficient evidence for the reliability and validity of patient-reported outcome measures? *Value Health*. 2007;10(Suppl 2):S94-S105.
18. Guo JJ, Keck PE Jr, Li H et al. Treatment Costs and Health Care Utilization for Patients with Bipolar Disorder in a Large Managed Care Population. *Value Health* 2007; [Epub ahead of print].

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O THB tem sido considerado um importante problema de saúde pública em função de sua alta morbi-mortalidade. Além dos prejuízos pessoais e familiares causados, a literatura tem salientado, cada vez mais, o alto custo social associado. A falta de instrumentos para mensurar as limitações vistas nos pacientes com THB tem sido um fator limitante para se dimensionar melhor o custo, em todos os âmbitos, provocado pela doença, bem como para se buscar medidas preventivas e curativas mais eficazes. O objetivo do presente estudo foi avaliar a performance psicométrica da FAST - um instrumento desenvolvido com o objetivo de melhor avaliar as áreas comprometidas em PB – e contribuir para o maior conhecimento dos prejuízos funcionais causados pelo THB.

Neste sentido, os resultados das medidas psicométricas obtidos com a aplicação da FAST em português mostraram-se bastante bons e muito semelhantes à versão espanhola. Embora tenha sido um instrumento inicialmente criado em espanhol, foi versado para o português pela própria autora principal do mesmo, fluente em ambas as línguas, e a versão em português foi revista pelos especialistas brasileiros no encontro em Barcelona, onde foi realizada a análise qualitativa do conteúdo do instrumento. Utilizada em nossa amostra, os entrevistadores não encontraram dificuldades em preencher todos os itens da FAST, o que mostrou ser um instrumento de fácil aplicação.

Do ponto de vista da capacidade discriminante, a FAST foi capaz de diferenciar muito bem controles e pacientes, assim como controles de pacientes eutímicos. Apresentou ótima consistência interna e medida teste-reteste. Apresentou também boa validade concorrente, quando medida em relação à GAF e a Sheehan.

A estrutura fatorial da FAST mostrou que cinco das seis dimensões originalmente propostas estavam sendo medidas conforme o que foi pensado quando da idealização do instrumento. A única dimensão da qual não se obteve medida do que se pretendia foi lazer, que era composta de dois itens. O

primeiro deles – praticar esporte ou exercício- não mostrou correlação com qualquer domínio medido, devendo sua permanência no instrumento ser repensada. De qualquer forma, as análises estatísticas com ou sem a inclusão deste item não foram significativamente diferentes. O segundo item do domínio lazer - ter atividades de lazer – correlacionou-se com a dimensão relacionamento interpessoal, na análise fatorial.

Em se tratando de uma escala nova, os resultados das análises da FAST realizados foram bastante satisfatórios, tendo-se mostrado um ótimo instrumento de medida de funcionalidade nos PB, avaliando domínios importantes, de uma forma bastante mais objetiva que os instrumentos vistos atualmente na literatura. Neste sentido, acreditamos que o uso da FAST em português contribuirá substancialmente para a detecção mais precisa, maior entendimento e, possivelmente, busca de estratégias para a melhoria do prognóstico desta patologia tão devastadora que é o Transtorno do Humor Bipolar.

**ANEXO 1****ESCALA BREVE DE FUNCIONAMENTO (FAST)**

Nome:

Data:

Idade:

Sexo:

Diagnóstico:

Estado Clínico:

Medicação:

Tempo: \_\_\_\_\_ min

**Qual é o grau de dificuldade em relação aos seguintes aspectos?**

Por favor, pergunte ao paciente as frases abaixo e responda a que melhor descreve seu grau de dificuldade. Para responder utilize a seguinte escala  
**(0) nenhuma ; (1) pouca; (2) bastante; (3) imensa**

<b>AUTONOMIA</b>	(0)	(1)	(2)	(3)
1. Ser responsável pelas tarefas de casa	(0)	(1)	(2)	(3)
2. Morar sozinho	(0)	(1)	(2)	(3)
3. Fazer as compras da casa	(0)	(1)	(2)	(3)
4. Cuidar de si mesmo (aspecto físico, higiene...)				
<b>TRABALHO</b>	(0)	(1)	(2)	(3)
5. Realizar um trabalho remunerado	(0)	(1)	(2)	(3)
6. Terminar as tarefas tão rápido quanto necessário	(0)	(1)	(2)	(3)
7. Obter o rendimento previsto no trabalho	(0)	(1)	(2)	(3)
8. Trabalhar de acordo com seu nível de escolaridade	(0)	(1)	(2)	(3)
9. Ser remunerado de acordo com o cargo que ocupa				
<b>COGNIÇÃO</b>	(0)	(1)	(2)	(3)
10. Concentrar-se em uma leitura ou filme	(0)	(1)	(2)	(3)
11. Fazer cálculos mentais	(0)	(1)	(2)	(3)
12. Resolver adequadamente os problemas	(0)	(1)	(2)	(3)
13. Lembrar o nome de pessoas novas	(0)	(1)	(2)	(3)
14. Aprender uma nova informação				
<b>FINANÇAS</b>	(0)	(1)	(2)	(3)
15. Administrar seu próprio dinheiro	(0)	(1)	(2)	(3)
16. Fazer compras equilibradas				
<b>RELAÇÕES INTERPESSOAIS</b>	(0)	(1)	(2)	(3)
17. Manter uma amizade	(0)	(1)	(2)	(3)
18. Participar de atividades sociais	(0)	(1)	(2)	(3)
19. Dar-se bem com as pessoas à sua volta	(0)	(1)	(2)	(3)
20. Convivência familiar	(0)	(1)	(2)	(3)
21. Relações sexuais satisfatórias	(0)	(1)	(2)	(3)
22. Capaz de defender os próprios interesses				
<b>LAZER</b>	(0)	(1)	(2)	(3)
23. Praticar esporte ou exercício	(0)	(1)	(2)	(3)
24. Ter atividade de lazer				



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**



**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

**LABORATÓRIO DE PSIQUIATRIA MOLECULAR - PROTAHBI**

**ESCALA BREVE DE FUNCIONAMENTO PARA O  
TRANSTORNO DO HUMOR BIPOLAR  
(FAST)**

**MANUAL DE APLICAÇÃO**

**Dra. Adriane Ribeiro Rosa**

**Alice Aita Cacilhas**

**Dra. Keila Maria Ceresér**

**Dr. Julio César Walz**

**Jose Sánchez-Moreno, PsyD**

**Dra. Anabel Martinez-Aran**

**Willemijn Godelieve van Riel, M.D**

**Dr. Jose Luiz Ayuso-Mateos**

**Dr. Nicol Ferrier**

**Dr. Flavio Kapczinski**

**Dr. Eduard Vieta**

**Tradução: Dra. Adriane Ribeiro Rosa**

**Alice Aita Cacilhas, MD**

**Dra. Keila Maria Ceresér**

**Dr. Julio César Walz**

**Dr. Flávio Kapczinski**

**2007**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	3
2. DESCRIÇÃO DA ESCALA .....	5
3. TRADUÇÃO .....	6
4. INSTRUÇÃO PARA APLICAÇÃO.....	6
5. PONTUAÇÕES.....	7
6. DOMÍNIOS .....	7
6.1 AUTONOMIA (1-4) .....	7
1. Ser responsável pelas tarefas de casa.....	7
2. Morar sozinho .....	8
3. Fazer as compras de casa .....	9
4. Cuidar de si (aspecto físico, higiene) .....	9
6.2 TRABALHO (5-9) .....	10
5. Realizar um trabalho remunerado .....	11
6. Realizar as tarefas tão rápido quanto necessário ...	12
7. Obter o rendimento previsto no trabalho .....	13
8. Trabalhar de acordo com o seu nível de escolaridade.....	13
9. Ser remunerado de acordo com o cargo que ocupa	14
6.3 COGNIÇÃO (10-14) .....	14
10. Concentrar-se em uma leitura ou filme .....	14
11. Fazer cálculos mentais .....	15
12. Resolver adequadamente os problemas .....	16
13. Lembrar o nome de pessoas novas .....	16
14. Aprender uma nova informação .....	16
6.4 FINANÇAS (15-16) .....	17
15. Administrar o próprio dinheiro .....	17
16. Fazer compras equilibradas .....	17
6.5 RELAÇÕES INTERPESSOAIS (17-22) .....	18
17. Fazer compras equilibradas .....	18
18. Participar de atividades sociais .....	18
19. Dar-se bem com pessoas à sua volta .....	19
20. Convivência familiar .....	19
21. Ter satisfação sexual .....	20
22. Defender seus próprios interesses .....	20
6.6 LAZER (23-24) .....	20
23. Praticar esporte ou exercício .....	20
24. Ter atividades de lazer .....	21
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	22

## 1. INTRODUÇÃO

A maioria dos estudos modernos, de longa e curta duração, mostra que grande parte dos pacientes com Transtorno do Humor Bipolar (THB) apresenta importante disfuncionalidade, ao contrário dos resultados favoráveis inicialmente descritos<sup>6,10,14,23</sup>. Diferentes pesquisadores têm demonstrado que, apesar de haver recuperação sintomática, as taxas de recuperação funcional dos pacientes variam entre 27% a 40%<sup>12,13,17,23</sup>. Tohen e col. (2000), em estudo longitudinal de dois anos, avaliaram pacientes com primeiro episódio de humor e observaram que apenas 37% deles apresentaram recuperação funcional, embora quase todos (97%) apresentassem completa recuperação sintomática. Strakowski e col. (2000), em um estudo de oito meses de duração avaliando (performance global, atividade sexual, relacionamento social e lazer), demonstraram que metade dos pacientes recuperou seu funcionamento em três das quatro áreas avaliadas e apenas 5% deles recuperou o funcionamento em todas as quatro áreas.

As deficiências na funcionalidade entre pacientes com THB são mais evidentes que em outras patologias crônicas ou mesmo que na depressão unipolar<sup>6</sup>. Falhas cognitivas, dificuldades nos relacionamentos inter-pessoais, dificuldades para trabalhar, executar as atividades diárias, ter atividades de lazer e ter satisfação sexual são os principais problemas apresentados por estes pacientes<sup>5,15,19,20,21</sup>.

O conceito de funcionalidade é complexo e envolve diferentes domínios como as capacidades para trabalhar, para viver independentemente, para se divertir, para ter uma vida social, para estudar, entre outros<sup>23</sup>. A literatura evidencia uma falta de padronização entre os instrumentos usados para medir funcionalidade<sup>21,23</sup>. O que se observa é que os pesquisadores têm medido um ou dois domínios da funcionalidade, mas falham em medir todos os domínios necessários para uma correta avaliação da capacidade funcional do indivíduo<sup>23</sup>. Em parte, isso se deve à falta de instrumentos disponíveis para avaliação das deficiências funcionais em psiquiatria, em especial o THB, o que gera resultados parciais sobre as reais dificuldades apresentadas por estes pacientes<sup>15,21</sup>.

Entre os instrumentos disponíveis para medir funcionalidade, a *Global Assessment of Functioning* (GAF) é uma das escalas mais usadas em psiquiatria e visa quantificar a funcionalidade do indivíduo em uma faixa que varia de 0-100. Seus resultados, no entanto, além de não fornecerem dados específicos sobre quais as áreas da funcionalidade estão deficientes, avaliam juntamente sintomas clínicos<sup>2,15</sup>. A *WHO Health Organization-Disability Assessment Schedule* (WHO-DAS)<sup>22</sup> é uma escala desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde para avaliar saúde física, saúde mental e os domínios sociais, ocupacionais e emocionais. No entanto, a WHO-DAS é um extenso questionário, constituído de 36 itens, com uma detalhada avaliação da saúde física, o que parece menos relevante do que a saúde mental para um paciente psiquiátrico<sup>22</sup>. Outras medidas de funcionalidade recentemente descritas foram: a *Health Related Quality of Life* (HRQoL)<sup>7</sup>, a *Work and Social Adjustment Scale* (WSAS)<sup>10,16</sup>, a *Life Functioning Questionnaire* (LFQ.)<sup>1</sup> e a *Short Form* (SF-36)<sup>8</sup>. Todas estas escalas, entretanto, são baseadas no auto-julgamento do paciente, e o caráter psicopatológico do THB, como a presença de sintomas de pensamento, alteração de juízo crítico, parece interferir nesta avaliação<sup>2,3,7,10,16</sup>. Outros fatores como mudanças nas medicações, eventos recentes na vida e pobre *insight* também parecem interferir, requerendo mais precaução na interpretação de resultados medidos por escalas de auto-avaliação<sup>4,11,18</sup>. Além disso, outros instrumentos existentes não avaliam as reais dificuldades experimentadas pelos pacientes, uma vez que não foram desenvolvidos exclusivamente para pacientes psiquiátricos, em especial, portadores de THB. Neste contexto, um entendimento das dificuldades que envolvem o funcionamento psicossocial<sup>7,21</sup> e a elaboração de um instrumento que seja capaz de avaliar os múltiplos domínios ao mesmo tempo, parece ser particularmente útil<sup>15,21</sup>.

Assim, a Escala Breve de Funcionamento para o Transtorno do humor Bipolar (FAST) foi desenvolvida com o objetivo de suprir estas deficiências na avaliação de pacientes psiquiátricos, em especial com THB. Visa ser uma escala de fácil aplicação, rápida e objetiva, capaz de avaliar as reais dificuldades no funcionamento psicossocial apresentadas por pacientes psiquiátricos, em especial pacientes bipolares.

## 2. DESCRIÇÃO DA ESCALA

A FAST é um instrumento simples, de fácil e rápida aplicação (tempo: 3-6 minutos) desenvolvido visando avaliar clinicamente as limitações funcionais que apresentam os pacientes com transtorno do humor bipolar. A FAST avalia dificuldades objetivas e, por isto, não é uma escala de qualidade de vida. Sua estrutura permite detectar mudanças ocorridas em um mesmo paciente em diferentes estados de humor (depressão, mania ou eutimia), bem como mudanças mínimas causadas por diferentes tratamentos, melhora ou piora dos sintomas. Por permitir uma avaliação contínua e objetiva das dificuldades funcionais, pode ser um instrumento muito útil tanto para a prática clínica como para a pesquisa.

A FAST é composta de 24 itens que se agrupam em seis áreas específicas de funcionamento: autonomia, trabalho, funcionamento cognitivo, finanças, relações interpessoais e lazer.

**1) Autonomia** refere-se à capacidade do paciente em responsabilizar-se e exercer as atividades sozinho.

**2) Trabalho** refere-se à capacidade de trabalhar, à rapidez e rendimento no desempenhar as funções no trabalho, à capacidade de ser remunerado adequadamente e trabalhar levando em conta seu nível de escolaridade.

**3) Funcionamento Cognitivo** refere-se à capacidade de concentração, atenção, raciocínio, aprendizagem e memória para atividades básicas do dia-a-dia.

**4) Finanças** refere-se à capacidade de administrar o dinheiro e fazer compras equilibradas.

**5) Relações Interpessoais** refere-se às relações com amigos, família, atividades sociais, satisfação sexual e desempenho em defender suas idéias e ideais.

**6) Lazer** refere-se à capacidade de praticar esporte e atividades de lazer.

A FAST é uma escala hétero-aplicada, devendo ser administrada por clínico ou pesquisador previamente treinado. O período de tempo padrão a ser avaliado é referente **aos últimos 15 dias**. A escala proporciona critérios operativos de pontuação para cada item . O clínico deve avaliar as limitações que o paciente apresenta, levando em conta a funcionalidade normal esperada para uma pessoa de mesmo sexo, idade e nível sócio-cultural.

O tempo gasto para a aplicação da escala deve ser avaliado.

### 3. TRADUÇÃO

A escala está disponível em três idiomas: espanhol, português e inglês.

### 4. INSTRUÇÕES PARA APLICAÇÃO

A FAST deve ser aplicada após treinamento específico. A realização deste é de suma importância para que se tenha uma padronização entre aplicadores, o que evitará erros conseqüentes a aplicações diferentes.

É fundamental que a FAST seja apresentada ao paciente de forma clara, comunicando-lhe os objetivos da entrevista e respondendo suas eventuais dúvidas. Inclua n apresentação os pontos a seguir:

- Seu nome e instituição onde trabalha;
- Se é clínico ou pesquisador;
- Que o questionário é importante para obter informações a respeito do THB;
- Que a participação do paciente é voluntária e de fundamental importância para a continuação do trabalho;
- Que as respostas devem ser o mais objetivas possíveis.

As perguntas deverão ser lidas, inicialmente, como se apresentam no questionário. A pergunta “Qual é o grau de dificuldade?” deverá ser feita antes de cada item. Deve-se repetir a pergunta quando houver dúvida ou quando parecer que o paciente não ouviu bem. Deverá ser levado em conta informação adicional obtida através do esposo(a) ou familiar próximo. Como é uma escala hetero-aplicada e de avaliação objetiva, **a pontuação deve refletir a avaliação do clínico e não, necessariamente, a descrição do paciente.**

## 5. PONTUAÇÕES

A FAST proporciona uma pontuação global da funcionalidade do paciente, que pode ser subdividida em pontuações das seguintes dimensões (domínios): autonomia, trabalho, cognição, finanças, relacionamentos sociais e lazer. Cada dimensão é composta de alguns itens cujas pontuações podem oscilar entre 0 e 3. A soma de todos os itens dá a pontuação global. Quanto maior a pontuação, maior a dificuldade.

Os critérios operativos das pontuações são:

**0: nenhuma dificuldade;** a funcionalidade do paciente está adequada ao esperado para seu grupo de referência ou contexto sociocultural: não existe dificuldade em nenhum momento.

**1: pouca dificuldade;** dificuldade mínima, existe um pequeno desvio da normalidade em uma ou mais atividades ou funções.

**2: moderada dificuldade;** dificuldade séria, existe desvio marcado da normalidade na maioria das atividades e funções: paciente moderadamente disfuncional por muito tempo ou gravemente disfuncional por algum período de tempo.

**3: muita dificuldade;** dificuldade extrema, o desvio da normalidade alcançou um ponto crítico: paciente gravemente disfuncional a maior parte do tempo.

## 6. DOMÍNIOS

### 6.1 AUTONOMIA

**1. Ser responsável pelas tarefas de casa:** avalie a capacidade do paciente para identificar e realizar tarefas comuns para manter sua casa funcionando adequadamente, como: arrumar a casa, lavar a louça ou a roupa, cozinhar, trocar uma lâmpada. Muitas vezes o paciente pode não fazer estas tarefas rotineiramente porque alguém as faz. Nestas situações, o importante é avaliar se ele é capaz de identificá-las e fazê-las, caso necessário, ou ter a iniciativa de buscar alguém que as realize. Perguntas complementares como “se seu

esposo(a) ficar doente (ou se a pessoa que lhe ajuda não vier) , você poderá fazer as tarefas de casa? “ podem ser úteis.

0. nenhuma dificuldade, o paciente consegue se responsabilizar pelas tarefas de casa conforme o esperado para seu grupo de referência ou contexto sociocultural.
1. pouca dificuldade: consegue se responsabilizar pelas tarefas de casa com dificuldade mínima, por exemplo, eventualmente demora mais que o esperado para iniciar a resolução de um problema e/ou, às vezes, não executa ou termina a contento.
2. moderada dificuldade: na maioria das vezes, não consegue se responsabilizar pelas tarefas de casa, seja porque não identifica o que tem que ser feito, seja porque não consegue executar a tarefa ou buscar quem a execute, precisando de supervisão de outras pessoas.
3. muita dificuldade: extremamente incapacitado, não conseguindo responsabilizar-se por nada; necessita da ajuda de outras pessoas todo o tempo.

**2. Morar sozinho:** avalie se o paciente é capaz de morar sozinho, organizando sua casa e sua vida sem a necessidade de supervisão. Ainda que o paciente more com outras pessoas, o importante aqui é identificar se ele é capaz de morar sozinho. Perguntas como “ Se fosse necessário, achas que conseguirias morar sozinho?” podem ser úteis.

0. nenhuma dificuldade, consegue morar sozinho sem necessidade de supervisão, de forma comparável a pessoas de seu grupo de referência ou contexto sociocultural.
1. pouca dificuldade: é capaz de morar sozinho na maior parte do tempo, mesmo que com alguma dificuldade, como, por exemplo, com uma eventual desorganização e/ou necessidade de ajuda de alguém, sem, entretanto, esta necessidade de ajuda ser constante.
2. moderada dificuldade: na maioria das vezes, teria bastante dificuldade de morar sozinho, precisando de supervisão muito freqüente. Podem ser incluídos aqui, aqueles que moram (ou conseguiriam morar) sozinhos, mas com supervisão externa constante para organizar suas responsabilidades pessoais e/ou as compras, e/ou fazer a administração

financeira e/ou a limpeza e manutenção de sua casa ( por exemplo, um paciente que mora “sozinho” num apartamento próximo ou nos fundos da casa de familiares, mas que tem toda a organização/gerenciamento de sua casa/vida feita por eles).

3. muita dificuldade, totalmente incapacitado, necessita da ajuda de outras pessoas todo o tempo. Aqui a incapacidade é total: é incapaz de tomar seus fármacos, incapaz de cuidar da casa, incapaz de administrar seu dinheiro, não tendo nenhuma autonomia.

**3. Fazer as compras de casa:** avalie se tem autonomia para fazer compras como de supermercado, padaria, especialmente se sabe se organizar para as compras, organizar uma lista, avaliar o quanto tem de dinheiro para o que precisa ser comprado, comprar o que é necessário e na quantidade necessária, entre outros, ou necessita da ajuda de alguém.

0. nenhuma dificuldade, administra compras de forma comparável ao esperado para seu grupo de referência ou contexto sociocultural.
1. pouca dificuldade: algumas vezes tem dificuldades para ir ou efetuar as compras de forma adequada (não toma iniciativa de ir comprar o que necessita e/ou não organiza adequadamente o que precisa ser comprado).
2. moderada dificuldade: na maioria das vezes, ou não consegue ir ou não consegue organizar/efetuar as compras de forma eficaz, precisando do auxílio externo para fazê-lo, pois o risco de não efetuar a compra adequadamente é grande.
3. muita dificuldade: extremamente incapacitado, não consegue ir até o local da compra e/ou fazer a compra e/ou sentir-se capaz de fazê-la.

**4. Cuidar de si mesmo (aspecto físico, higiene):** avalie os cuidados com higiene e aparência do paciente (dificuldades para tomar banho, fazer a barba, se pentear, se vestir adequadamente). Aqui é muito importante a avaliação do entrevistador.

0. nenhuma dificuldade: aparência física adequada.

1. pouca dificuldade: eventualmente a aparência física está um pouco descuidada (pontua-se aqui pequenos descuidos na aparência ou no vestir que podem destoar do esperado, como barba por fazer, roupa com aparência descuidada, ainda que com a higiene mantida).
2. moderada dificuldade, na maioria das vezes, a aparência física está inadequada (pontua-se aqui pacientes com descuido com a aparência/cuidado com a higiene mais evidentes, que podem até causar certo constrangimento nos que o circundam, seja pelo cheiro ou aparência, sem, contudo, causar total rechaço: barba por fazer há vários dias, cabelo descuidado, roupas algo sujas, higiene feita menos regularmente que o habitual, mas ainda sendo feita por iniciativa do paciente ou como resposta a estímulo externo).
3. muita dificuldade: aparência física totalmente inadequada para a ocasião, higiene só é possível pela iniciativa ou auxílio externo.

## 6.2 TRABALHO

**Para todos os itens deste domínio, por ordem de importância (ou seja, a anterior anula as seguintes):**

- Pacientes que, em consequência de doença psiquiátrica, estejam hospitalizados, em licença médica ou aposentados por invalidez , deverão receber pontuação 3.
- Os **estudantes** deverão ser avaliados de acordo com o desempenho nos estudos. Exceção deve ser feita aos que, já em idade de trabalhar, seguirem apenas estudando, evitando claramente o mercado de trabalho.
- Deve-se considerar **donas-de-casa** as que já eram do lar antes da doença e pontuar de acordo com o seu desempenho nas lides domésticas. Pacientes que, por dificuldades em conseguir trabalho após iniciada a doença, acabaram cuidando da casa, mesmo que há muitos anos, não devem ser consideradas como donas-de-casa(pontuação 3).

- Para pacientes que fazem **trabalhos voluntários**: pontuar a questão 5 de acordo com sua remuneração na ONG ou em outro trabalho, se for o caso; as questões 6,7,8 e 9 devem ser pontuadas de acordo com a função deste trabalho: se o voluntariado for uma forma de reabilitação social como, por exemplo, um paciente deprimido, sem amigos, que busca neste expediente uma forma de convívio social, não deverá ser considerado como trabalho (pontuação 3); se, de outra forma, o paciente exercer um cargo de responsabilidade (a chefia de uma ONG, a liderança de um grupo, por exemplo) e dele estiverem dependentes outras esferas da organização do voluntariado ao qual está ligado, pontuará na como tendo um trabalho remunerado (exceto a questão 5).
- Os demais pacientes deverão ser considerados como trabalhadores.

**5. Realizar um trabalho remunerado:** avalie se o paciente está trabalhando, se consegue manter um trabalho remunerado. Aqui devem ser avaliados tanto trabalhos formais como informais, desde que o paciente obtenha uma remuneração média esperada/adequada **para seu nível sócio-cultural e/ou de formação**.

0. nenhuma dificuldade, o paciente trabalha formal ou informalmente e mantém uma renda média sem grandes oscilações (também pontuam 0 os pacientes **aposentados por tempo de serviço ou idade**).
1. pouca dificuldade: o paciente usualmente mantém um trabalho formal ou informal, mas sua renda sofre um decréscimo em relação ao que poderia receber normalmente, seja porque trabalhe menos, seja porque fique alguns períodos sem conseguir trabalhar. Entretanto, este decréscimo não deverá ser em proporção que comprometa financeiramente a manutenção das necessidades as quais eram de sua responsabilidade previamente.
2. moderada dificuldade: o paciente usualmente não consegue manter um trabalho formal ou informal, ainda que consiga, eventualmente, exercer algum trabalho remunerado. Nesta

situação, a renda média é bastante aquém do necessário para manutenção das necessidades que mantinha previamente.

3. muita dificuldade: totalmente incapacitado, não trabalha. Aqui pontuam, também, os pacientes que, em consequência de doença psiquiátrica, estejam hospitalizados, em licença médica ou aposentados por invalidez.

**Estudantes e donas-de-casa** são não aplicáveis, deverão pontuar 0.

**6. Terminar as tarefas tão rápido quanto necessário:** avalie a velocidade com que o paciente desempenha as atividades, ou seja, realiza estas tarefas dentro de um tempo estimado para as mesmas, ou é mais lento do que o esperado para uma pessoa em condições adequadas de trabalho. **O importante é identificar se a velocidade de execução foi alterada pela doença psiquiátrica.**

0. nenhuma dificuldade, realiza as tarefas numa velocidade esperada para realização da mesma, não diferindo do esperado para seu grupo de referência ou contexto sociocultural.
1. pouca dificuldade: o paciente, algumas vezes, termina as tarefas um pouco mais lentamente que o esperado.
2. moderada dificuldade: o paciente é , na maioria das vezes, incapaz de terminar as tarefas tão rápido quanto necessário/esperado.
3. muita dificuldade: não trabalha ou realiza sempre as tarefas com comprometimento total da velocidade de execução. Aqui pontuam, também, os pacientes que, pela doença psiquiátrica, estão em licença médica, hospitalizados ou em aposentadoria por invalidez.

**Aposentados por tempo de serviço/idade** deverão responder a esta pergunta considerando o período de tempo que trabalhavam.

**7. Obter o rendimento previsto no trabalho:** avalie como o paciente rende nas tarefas que executa no trabalho.

0. nenhuma dificuldade, o paciente consegue um rendimento na execução de suas tarefas dentro do esperado para seu grupo de referência ou contexto sociocultural.
1. pouca dificuldade, o paciente rende um pouco menos que o esperado na execução de suas tarefas.
2. moderada dificuldade: na maioria das vezes, não é capaz de manter o rendimento esperado; rende muito pouco na execução de suas tarefas.
3. muita dificuldade: totalmente incapacitado, não trabalha. Aqui pontuam, também, os pacientes que, pela doença psiquiátrica, estão em licença médica, hospitalizados ou em aposentadoria por invalidez.

**Aposentados por tempo de serviço ou idade** deverão responder a esta pergunta considerando o período de tempo que trabalhavam.

**8. Trabalhar de acordo com seu nível de escolaridade:** avalie se o paciente está trabalhando de acordo com o seu nível de escolaridade/formação. O importante é identificar se há uma inadequação entre o nível de escolaridade/formação e o trabalho que exerce, o que pode sugerir incapacidade.

0. nenhuma dificuldade, o paciente está trabalhando de acordo com seu nível de escolaridade/formação.
1. pouca dificuldade, o paciente tem dificuldade mínima em trabalhar de acordo com seu nível de escolaridade/formação (por exemplo, um arquiteto que trabalha como desenhista).
2. moderada dificuldade, o paciente trabalha, mas em função abaixo do seu nível de escolaridade/formação, por exemplo, se é um engenheiro e trabalha de garçom.
3. muita dificuldade, não trabalha ou trabalha como incapacitado. Aqui pontuam também aqueles que têm licença médica ou por invalidez e os pacientes hospitalizados.

**Aposentados por tempo de serviço** deverão responder se trabalhavam de acordo com seu nível de escolaridade.

**Estudantes e donas-de-casa** são não aplicáveis, deverão pontuar 0.

**9. Ser remunerado de acordo com o cargo que ocupa:** avalie se o paciente está sendo remunerado de acordo com o cargo que ocupa, em comparação a pessoas com mesmo cargo.

0. nenhuma dificuldade, é remunerado adequadamente de acordo com o cargo que ocupa.
1. pouca dificuldade, o paciente recebe uma remuneração ligeiramente inferior aos outros profissionais de seu mesmo nível.
2. moderada dificuldade, o paciente é remunerado bem abaixo do esperado para o cargo que ocupa.
3. muita dificuldade, totalmente incapacitado, não trabalha. Aqui pontuam também aqueles que têm licença médica ou por invalidez conseqüente à doença bipolar e os pacientes hospitalizados.

**Aposentados por idade ou tempo de serviço** deverão ser perguntados sobre sua remuneração, considerando o período de tempo que trabalhavam.

**Estudantes e donas-de-casa** são não aplicáveis, deverão pontuar 0 ou a pontuação que o clínico avaliar em função de um hipotético trabalho.

### 6.3 COGNIÇÃO

**10. Concentrar-se em uma leitura, um filme:** avalie se o paciente é capaz de se concentrar em uma leitura ou filme: se é capaz de lembrar o que leu ou contar o filme/novela que viu. Se o paciente não lê ou não assiste a filmes, tente identificar se o motivo é por ter dificuldade de concentração.

0. nenhuma dificuldade, o paciente consegue se concentrar de acordo com o esperado para seu grupo de referência ou contexto sócio-cultural.
1. pouca dificuldade, o paciente desempenha as atividades intelectuais com dificuldade mínima de concentração. Ainda que, às vezes, possa ter dificuldade em entender um filme, ler um livro, acompanhar uma novela, entre outros, consegue se concentrar

na maior parte das vezes, ou se desconcentrar apenas levemente.

2. moderada dificuldade: o paciente desempenha as atividades intelectuais com esforço por dificuldade de concentração. Por exemplo, necessita ler várias vezes uma notícia no jornal, não é capaz de ver um filme inteiro, se perde no enredo de uma novela, embora assista todos os dias. A dificuldade de concentração é bastante freqüente.
3. muita dificuldade: a capacidade de concentração está extremamente comprometida, não sendo capaz de iniciar uma leitura, entender um filme, acompanhar uma novela.

**11. Fazer cálculos mentais:** avalie a capacidade para realizar cálculos simples, como calcular o troco ao fazer compras. O importante é avaliar o raciocínio com cálculos de adição e/ou subtração usados no dia-a-dia e avaliar se houve alteração na capacidade prévia do paciente. Caso o paciente tenha um baixo nível intelectual ou de escolaridade, avalie se houve piora desta capacidade após iniciada a doença.

0. nenhuma dificuldade, faz cálculos simples mentalmente e/ou não mudou seu padrão em relação ao que tinha antes de iniciada a doença.
1. pouca dificuldade: apresenta um leve decréscimo na capacidade de realizar cálculos mentais simples em relação à sua capacidade prévia, mas ainda consegue fazê-los na maioria das vezes.
2. moderada dificuldade: o paciente apresenta um decréscimo importante na capacidade de realizar cálculos mentais simples em relação à sua capacidade prévia, não conseguindo fazê-los na maioria das vezes.
3. muita dificuldade: o paciente praticamente nunca consegue realizar cálculos mentais simples, considerando que, antes de adoecer, tinha a capacidade de fazê-los.

**12. Resolver adequadamente os problemas:** avalie a capacidade para resolver problemas simples do dia-a-dia, como, por exemplo, o que fazer se lhe

roubam a carteira, se perde o ônibus ou se consegue buscar assistência médica quando necessita.

0. nenhuma dificuldade: consegue resolver problemas do dia-a-dia.
1. pouca dificuldade: embora, em geral, consiga resolver os problemas do dia-a-dia, apresenta, algumas vezes, dificuldades de resolução que não possuía previamente e/ou necessidade de ajuda externa.
2. moderada dificuldade: necessita da ajuda de outros na grande maioria das vezes, conseguindo, muito eventualmente, resolver sozinho problemas do dia-a-dia.
3. muita dificuldade, incapaz de resolver pequenos problemas, necessitando sempre ajuda externa.

**13. Lembrar o nome de pessoas novas:** pergunte se o paciente é capaz de aprender e recordar o nome de pessoas novas, por exemplo, quando lhe apresentam a alguém, e/ou número de telefones e/ou lembrar alguns itens que precisam ser comprados no mercado sem a ajuda de lista escrita. É importante tentar avaliar se o paciente tinha esta dificuldade antes do início da doença, ou se houve piora de sua habilidade anterior.

0. nenhuma dificuldade.
1. pouca dificuldade: há uma leve diminuição da capacidade de lembrar nomes de pessoas novas, lista do mercado, etc.
2. moderada dificuldade: na maioria das vezes, não é capaz de recordar nomes/listas de coisas, havendo uma importante diminuição de sua capacidade prévia.
3. muita dificuldade, nunca lembra os nomes/ listas de coisas.

**14. Aprender uma nova informação:** avalie se o paciente é capaz de aprender coisas como, por exemplo, uma tarefa nova no trabalho, ir até um endereço novo e voltar até ele em outro dia, uma receita de cozinha, operar um novo eletrodoméstico (DVD, MP3, Internet, outros). Se o paciente responde que não se interessa em aprender novas informações, tente identificar se o motivo é por ter dificuldades relacionadas a esta aprendizagem.

0. nenhuma dificuldade, aprende coisas novas como fazia previamente.
1. pouca dificuldade: é capaz de aprender algo novo, com um esforço maior que a média de seu grupo de referência e/ou que sua capacidade anterior à doença.
2. moderada dificuldade: consegue aprender coisas mais simples com um esforço considerável, necessitando várias explicações, evidenciando nítida diminuição de sua capacidade anterior.
3. muita dificuldade, totalmente incapaz de aprender novas tarefas.

#### 6.4 FINANÇAS

**15. Administrar seu próprio dinheiro:** avalie se o paciente consegue administrar o que ganha de forma adequada às suas necessidades.

0. nenhuma dificuldade.
1. pouca dificuldade, o paciente é, na maioria das vezes, capaz de administrar o que ganha de forma adequada, podendo, eventualmente, relatar alguma dificuldade de gerenciamento financeiro sem, contudo, comprometer suas finanças ou necessidades.
2. moderada dificuldade, o paciente não é capaz de administrar o que ganha de forma adequada, não conseguindo manter uma organização financeira, ou necessita ajuda constante de alguém.
3. muita dificuldade, totalmente incapacitado, é totalmente dependente de outros para administrar seu dinheiro.

**16. Fazer compras equilibradas:** avalie se o paciente é capaz de fazer compras equilibradas, sem exageros, de acordo com suas necessidades e finanças.

0. nenhuma dificuldade: sempre faz compras de forma equilibrada.
1. pouca dificuldade: o paciente é, na maioria das vezes, capaz de fazer compras de forma equilibrada sozinho.
2. moderada dificuldade: o paciente, na maioria das vezes, não é capaz de fazer compras equilibradas sozinho.

3. muita dificuldade ou gasta de forma desregrada, não tem a noção adequada dos preços, totalmente dependente de outros para realizar compras ou gastos. de forma adequada.

## 6.5 RELAÇÕES INTERPESSOAIS

**17. Manter uma amizade:** avalie se o paciente fica restrito ao seu círculo familiar ou consegue manter outros contatos

0. nenhuma dificuldade.
1. pouca dificuldade: o paciente mantém amizades e/ou contato, outros que não os familiares, com dificuldade mínima. Por exemplo, tem dificuldade em fazer novas amizades, mas mantém as antigas.
2. moderada dificuldade: o paciente não é capaz de manter suas amizades, restringindo-se, na maioria das vezes, ao convívio familiar ou tendo tendência ao isolamento social.
3. muita dificuldade: extremamente incapacitado, não tem amigos, não faz novos amigos e, mesmo no âmbito familiar, mantém-se predominantemente isolado.

**18. Participar de atividades sociais:** avalie se o paciente participa atividades sociais (aniversários, casamentos, um churrasco, uma visita, entre outros).

0. nenhuma dificuldade.
1. pouca dificuldade: na maioria das vezes, o paciente participa de atividades sociais, comparece a eventos. Eventualmente pode não comparecer (mais do que seria seu habitual anteriormente) ou pode participar menos, ficando mais retraído, evitando situações de maior contato (por exemplo: sem ter atitude ativa de buscar alguém para conversar, saindo mais cedo que todos do evento).
2. moderada dificuldade: na maioria das vezes, o paciente apresenta dificuldade de participar de eventos sociais, não

comparecendo a aniversários, casamentos ou outras situações de convívio fora do âmbito familiar

3. muita dificuldade: não realiza nenhuma atividade social fora do seu circuito familiar ou doméstico e, mesmo neste, participa com bastante restrição.

**19. Dar-se bem com pessoas à sua volta:** avalie como estão as relações do paciente com as pessoas que convive fora do âmbito familiar, ou seja, se consegue ter uma relação cordial e amistosa com pessoas como vizinhos, colegas de trabalho, entre outros.

0. nenhuma dificuldade.
1. pouca dificuldade: na maioria das vezes, o paciente consegue manter uma conversação e ter uma atitude amistosa e gentil com pessoas à sua volta.
2. moderada dificuldade: na maioria das vezes, o paciente tem dificuldade em ter uma atitude amistosa e gentil e em manter uma conversação com pessoas à sua volta. Seu usual é estar em atrito com as pessoas, ou evitá-las por achar que vai se atritar ou por achar difícil se relacionar com elas.
3. muita dificuldade, não é capaz de estabelecer uma mínima relação com pessoas à sua volta.

**20. Conviver com a familiar:** avalie a relação com a família em geral, se tem problemas com uma pessoa, a pontuação será diferente de 0.

0. nenhuma dificuldade.
1. pouca dificuldade: a relação com os familiares está um pouco mais difícil que o habitual.
2. moderada dificuldade: a relação com os familiares está bastante mais difícil que o habitual e, na maioria das vezes, o paciente tem conflitos importantes com a família.
3. muita dificuldade: problemas de convivência familiar importantes que geram um afastamento da família em relação ao paciente e/ou brigas diárias.

**21. Ter satisfação sexual:** avalie se o paciente tem satisfação com sua vida sexual. Aqui importa mais a satisfação, não a frequência de relações. As pessoas que não têm atividade sexual e se dizem satisfeitas assim recebem código 0.

0. está totalmente satisfeito sexualmente
1. está um pouco insatisfeito sexualmente
2. está moderada insatisfeito sexualmente
3. está totalmente insatisfeito sexualmente

**22. Defender os próprios interesses:** avalie se o paciente é capaz de expressar suas idéias e defender o que pensa, como dizer um não quando precisa.

0. nenhuma dificuldade
1. pouca dificuldade, em geral, o paciente é capaz de defender as próprias idéias, de colocar um limite quando necessário, ainda que, algumas vezes não consiga.
2. moderada dificuldade, na maioria das vezes o paciente não é capaz de defender ou expressar os próprios interesses e idéias, de colocar um limite em situações que vão contra seu interesse.
3. muita dificuldade, o paciente não defende suas idéias ou opiniões.

## 6.6 LAZER

**23. Praticar esporte, exercício ou atividade física:** pergunte sobre atividades físicas diárias, tais como, caminhar, nadar, andar de bicicleta, jogos de equipe como futebol, etc. Algumas vezes, o paciente poderá fazer atividade física, sem considerar sê-la, como caminhar quinze minutos até a parada do ônibus todos os dias ou ter um serviço que exige atividade física regular como caminhadas diárias (aqui não se deve considerar esforço físico como levantar objetos pesados ocasionalmente). Deve-se codificar de acordo com o grau de sedentarismo ou atividade física regular do paciente.

0. nenhuma dificuldade, atividade regular, tem o exercício incorporado na sua rotina e reconhece a importância do mesmo.

1. pouca dificuldade, o paciente mantém atividades físicas regulares, dificuldade mínima, ocasionalmente não realiza atividades físicas..
2. moderada dificuldade, o paciente não é capaz de praticar esporte e/ou realiza escassa atividade física, é bastante sedentário.
3. muita dificuldade, não realiza nenhum tipo de atividade física, é totalmente sedentário.

**24. Ter atividades de lazer:** identifique as atividades de lazer do paciente como, por exemplo, visitar os amigos, jogar cartas ou outros jogos, ir ao cinema, passear, ler, assistir televisão. Depois pergunte se ele é capaz de ter tais atividades.

0. nenhuma dificuldade, o paciente tem rotineiramente atividades de lazer.
1. pouca dificuldade, em geral, o paciente é capaz de ter atividades de lazer; eventualmente, tem alguma dificuldade para tê-las.
2. moderada dificuldade, na maioria das vezes, o paciente tem dificuldades para ter atividades de lazer.
3. muita dificuldade, não tem nenhuma atividade de lazer ou não é capaz de ter.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Altshuler L, Mintz J, Leight K. The Life Functioning Questionnaire (LFQ): a brief, gender-neutral scale assessing functional outcome. *Psychiatry Res* 2002;112: 161-182)
2. Altshuler LL, Gitlin MJ, Mintz J, Leight KL, Frye MA. Subsyndromal depression is associated with functional impairment in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002;63(9):807-11 a.
3. Altshuler LL, Post RM, Black DO, Keck PE Jr, Nolen WA, Frye MA, Suppes T, Grunze H, Kupka RW, Leverich GS, McElroy SL, Walden J, Mintz J. Subsyndromal depressive symptoms are associated with functional impairment in patients with bipolar disorder: results of a large, multisite study. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1551-60.
4. Atkinson M, Zibin S, Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *Am J Psychiatry* 1997;154:99-105.
5. Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J, Maser J, Klerman GL. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 1993;150:720-7.
6. Coryell W, Turvey C, Endicott J, Leon AC, Mueller T, Solomon D, Keller M. Bipolar I affective disorder: predictors of outcome after 15 years. *J Affect Disord* 1998; 50:109-116.
7. Dean BB; Gerner D; Gerner RH. A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment. *Curr Medl Res Opin* 2004;20: 139-154.
8. Depp CA, Davis CE, Mittal D, Patterson TL, Jeste DV. Health-related quality of life and functioning of middle-aged and elderly adults with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006;67:215-21.
9. Dion GL, Tohen M, Anthony WA, Waternaux CS. Symptoms and functioning of patients with bipolar disorder six months after hospitalization. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39:652-657.
10. Fagiolini A, Kupfer DJ, Masalehdan A, Scott JA, Houck PR, Frank E. Functional Impairment in the remission phase of bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2005;7:281-285.
11. Gazalle F K, Frey BN, Curi Hallal P, Andreazza AC, Cunha A, Santin A, Kapczinski F, Mismatch between self-reported quality of life and functional assessment in acute mania: a matter of unawareness of illness? *J Affect Disord* 2007 in press.
12. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatr* 1995;152:1635-40.
13. Harrow M, Goldberg JF, Grossman LS, Meltzer HY. Outcome in manic disorders: a naturalistic follow-up study. *Arch Gen Psychiatr* 1990; 47:665-671.
14. MacQueen GM, Young LT, Robb JC, Marriott M, Cooke RG, Joffe RT. Effect of number of episodes on wellbeing and functioning of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101: 374±381.
15. Martinez-Aran A, Vieta E, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Goikolea JM, Salamero M, Malhi GS, Gonzalez-Pinto A, Daban C, Alvarez-Grandi S, Fountoulakis K, Kaprinis G, Tabares-Seisdedos R, Ayuso-Mateos JL. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive features. *Bipolar Disord* 2007 in press.
16. Mundt JC, Marks IM, Shear MK, Greist JH. The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *Br J Psychiatry* 2002;180:461-4
17. O'Connell RA, Mayo JA, Flatow L, Cuthbertson B, O'Brien BE. Outcome of bipolar disorder on long term treatment with lithium. *Br J Psychiatry* 1991; 159:123-129.

18. Revicki D, Matza L, Flood E, Lloyd A. Bipolar Disorder and Health-Related Quality of Life. *Pharmacoecon* 2005; 23:583-594.
19. Strakowski SM, Williams JR, Fleck DE, Delbello MP. Eight-month functional outcome from mania following a first psychiatric hospitalization. *J Psychiatr Res* 2000;34(3):193-200.
20. Tohen M, Greenfield SF, Weiss RD, Zarate CA Jr, Vagge LM. The effect of comorbid substance use disorders on the course of bipolar disorder: a review. *Harv Rev Psychiatry* 1998;6(3):133-41.
21. Vieta E, Cieza A, Stucki G, Chatterji S, Nieto M, Sánchez-Moreno J, Jaeger J, Grunze H, Ayuso-Mateos JL. Developing Core Sets for Persons with Bipolar Disorder Based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Bipolar Disord* 2007; accepted.
22. WHO-DAS II Disability Assessment Schedule: Training Manual: a guide to administration:Classification, Assessment and Terminology Team (CAT), Department for Measurement and Health Information Systems. 2004
23. Zarate CA, Tohen M, Michelle-Land BS, Cavanagh S. Functional Impairment and Cognition in Bipolar Disorder. *Psychiatric Q*

BPD patients and that specific aspects of neurocognition may also be impaired in unaffected siblings of BPD patients. These preliminary data are among the first to demonstrate aggregation of neurocognitive impairment within BPD families, suggesting that specific aspects of neurocognition may serve as endophenotypes in molecular genetic studies. Additional phenotype collection is ongoing, including temperament scales, schizotypy, impulsivity, and suicidal ideation ratings, to determine the potential utility of other clinical traits as endophenotypes in BPD.

**Keywords:** neurocognition, familiarity, bipolar

P35

### Weight management in a cohort of Irish inpatients with Acute Severe Mental Illness (SMI) using a modular behavioral program

C Bushe\*, C Haley\*, D McNamara†, M Fleming McCrossan† and P Devitt§

\*Letterkenny General Hospital, Donegal, †Eli Lilly and Company Limited, Dublin, ‡Cleary House, Letterkenny, Donegal, §Tallagh hospital, Dublin, Ireland

**Introduction:** Patients with severe mental illness may be at risk of weight gain. A number of weight and lifestyle management programs show some degree of success in preventing weight gain or achieving weight loss. These programs have mainly taken place in stable outpatients. Few data exist using such programs in acutely unwell SMI inpatients.

**Method:** A pilot group programs (Acute Solutions for Wellness) designed to address weight and other cardiovascular risk factors commenced 2005 in five geographically diverse centers in Ireland. The program was offered to suitable inpatients with acute forms of SMI referred by the ward staff and consists of eight modules to complete over 4 weeks, each 30 min covering dietary choices, appetite, physical activity and nutrition. Groups were led by trained healthcare professionals usually nurses. Patients received written materials.

**Results:** Data is available from 47 patients (26 females, 21 males) from five centers. Weight gain 14/47, weight maintenance 21/47 and weight loss 12/47. Mean weight change (+0.26 kg, SD 2.02), median 0 kg. Mean weight change in 10/47 in program  $\geq 35$  days + 0.25 kg, SD 3.55 and in 37/47  $\leq 35$  days + 0.262 kg, SD 1.43 ( $P = 0.50$ ). Diagnoses were Schizophrenia 17/47, affective disorders 25/47, non-psychotic diagnoses (personality disorder, anxiety, alcohol misuse) 5/47. Mean follow-up 23.7 (SD 21.6) days, median 14 days (range 6–98 days) with 16/47 engaging with the program  $\geq 21$  days.

**Conclusion:** These preliminary pilot data are supportive of the potential for a weight and lifestyle management program in patients with acute SMI and may offer potential to prevent significant early treatment phase weight gain. Even short periods of engagement with the program may be beneficial.

**Keywords:** weight management, bipolar disorder, behavioral program

P36

### Adaptation and validation of the Portuguese version of the functional assessment short test (FAST) in bipolar patients

A Cacilhas\*, KM Cereser\*, AC Andreazza\*, AR Rosa\*, J Walz\*, A Martínez-Arán†, F Weyne\*, L Da Silveira\*, A Santin†, E Vieta† and F Kapczinski\*

\*Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil, †Hospital Clinic, University of Barcelona, IDIBAPS, Barcelona, Spain

**Background:** Functional Assessment Short Scale (FAST) is a simple interview-administered instrument that assess six specific

areas of functioning: autonomy, occupational functioning, cognitive functioning, financial issues, interpersonal relationships and leisure time. These are very important areas of a person's routine life, and it worthwhile knowing better how Bipolar Disorder (BD) affects them and interferes on patient's daily psychosocial functioning. The original Spanish version is validated in psychiatric population, but a validated Portuguese one is not yet available.

**Methods:** We evaluated 100 outpatients with Bipolar Disorder and 100 controls matched by sex, age and instruction level, using the FAST, HDRS (Hamilton Depression Rating Scale); HAM-A (Hamilton Anxiety Scale), YMRS (Young Mania Rating Scale), GAF (Global Assessment Functioning), Sheehan Disability Scale. All patients had SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV) diagnosis of BD. Control group had no history of BD or schizophrenia, neither had personal or familiar history of neurological disorder.

**Results:** FAST presented a consistent internal validity (Cronbach's alpha of 0.952). Concurrent validity showed highly significant negative correlation within patient group ( $r = -0.840$ ,  $P < 0.001$ ). FAST also showed highly positive significant with all other scales applied within patient group (HDRS = 0.766; HAM-A = 0.687; YMRS = 0.486; SHEEHAN WORK = 0.710; SHEEHAN SOCIAL = 0.723; SHEEHAN FAMILY = 0.690;  $P < 0.001$  for all). Test-retest evaluation showed significant correlation BETWEEN patient and control groups ( $r = 0.900$ ;  $P = 0.001$  for Patients;  $r = 0.870$ ;  $P = 0.001$  for Controls). Bipolar patients showed increased values in all FAST areas compared with controls. **Conclusions:** Our results suggested that Portuguese version of FAST has a very good internal validity, correlates well with GAF, and seems to be an excellent measure of psychosocial functioning of BP.

**Keywords:** functional assessment, bipolar, cognition, autonomy

P37

### A comparison of the neuropsychological correlates of childhood, adolescent and adult bipolar disorders

CM Cahill\* and GS Malhi†

\*University of New South Wales, School of Psychiatry, Sydney Australia, †University of Sydney, Academic Discipline of Psychological Medicine, Sydney, Australia

**Introduction:** There is a growing interest in the area of child and adolescent bipolar disorder. Researchers and clinicians are not agreed on whether the phenomenology of the disorder in younger populations is the same as in the adult version of the disorder. In order to better describe the presentation of the disorder in young people, more specific and sensitive neuropsychological testing is required. We are seeking to clarify what specific neuropsychological aspects of the disorder are the same as in adult onset bipolar and which are different.

**Method:** An adolescent sample of patients with bipolar disorder was recruited and completed a neuropsychological battery designed to assess general neuropsychological performance as well as more sensitive aspects of social cognition.

**Results:** Neuropsychological deficits in adults include difficulties with selective attention, sustained attention and executive functioning, these are also reflected in adolescents with bipolar disorder. These findings are discussed in light of difficulties with diagnostic specificity, comorbidity, heritability and cut-offs for age and disorder. Preliminary findings in studies of young people with bipolar disorder suggest they experience similar neuropsychological symptoms to those found in adults. Suggestions for future research directions will be discussed.

**Keywords:** adolescent, bipolar disorder