



Ispas

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

A QUALIDADE DE VIDA NOS TRANSTORNOS DE HUMOR:
O PAPEL DA FLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA

ELENICE PÓVOA VIANA

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR PEDRO ALMEIDA

Orientador de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR PEDRO ALMEIDA

PROFESSOR DOUTOR FILIPE PEREIRA LOUREIRO

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
MESTRE EM PSICOLOGIA
Especialidade em Psicologia Clínica

2023

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor Pedro Almeida, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Quando reflito sobre a jornada que me trouxe até este ponto, é inevitável o reconhecimento da importância de pessoas que estiveram ao meu lado, se não me apoiando diretamente, de outra forma, contribuindo em áreas diversas da minha vida de forma a permitir que eu pudesse estar mais voltada a realização deste trabalho.

Aos meus orientadores, professores Pedro Almeida e Filipe Loureiro desejo agradecer a valiosa orientação marcada por tanta paciência, sabedoria e comprometimento. Obrigada por me fazerem acreditar que esse era um projeto tranquilamente realizável.

Aos colegas de turma, especialmente aqueles com os quais mantenho ainda contato. Nossa amizade, camaradagem foram o apoio que tornou a minha experiência no ISPA, não apenas educativa, mas também calorosa e enriquecedora.

Preciso agradecer de forma muito especial o professor Miguel Tecedeiro que graças às facilidades do mundo virtual, foi o rosto, a voz e a força que me animaram nas passagens mais difíceis da pandemia ajudando-me a enfrentar os obstáculos de forma gradual. Agora eu já sei como se come um elefante enorme: em pequenas mordidas!

Aos amigos e familiares, agradeço por existirem de forma tão preciosa na minha vida. À amiga Juliana Oliveira, que tantas vezes abriu espaço na sua agenda lotada para conduzir-me pelos labirintos do universo dos sites e aplicativos, minha eterna gratidão. A minha mãe, cujo amor e exemplo continuam a guiar-me pelo caminho, dedico este trabalho com imensa saudade e gratidão!

A meu pai, que enfrenta a distância e a saudade com tamanha paciência, gostaria de expressar o meu mais sincero agradecimento.

Ao mais dedicado companheiro, Ernani de Quadros, que um dia escolheu viver ao lado de quem se esqueceu de parar de estudar, obrigada por todos os lanches, jantares, mimos e agrados trazidos amorosamente à minha mesa de trabalho.

Ramon e Vanessa, obrigada por serem a maior inspiração da minha vida! À medida que encerro este capítulo acadêmico, que foi uma escolha individual, percebo o quão bom é viver de acordo com nossos valores. Espero que descubram os seus e que sigam norteados por eles a fim de alcançarem objetivos que tornem suas vidas o mais significativas possível.

Resumo

Este estudo teve como objetivo investigar a relação entre transtornos de humor e qualidade de vida, focando a importância da flexibilidade psicológica nesta relação. Especificamente, foi proposto investigar o papel moderador da flexibilidade psicológica na relação entre a prevalência de transtornos de humor e qualidade de vida, examinando se altos níveis de flexibilidade psicológica podem atenuar o impacto negativo dos transtornos de humor na percepção da qualidade de vida.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário online aplicado a uma amostra não clínica de 176 participantes (80.7% sexo feminino), com idade média de 36.01 anos ($DP = 16.02$). Os instrumentos usados incluíram o Questionário de Autoavaliação de Hipomania (HCL-32), o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), o Psy-Flex (medindo a flexibilidade psicológica), e a Avaliação Abreviada da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF).

Os resultados revelaram uma associação negativa entre transtornos de humor e qualidade de vida, especialmente qualidade de vida psicológica. Além disso, observou-se uma associação positiva entre flexibilidade psicológica e qualidade de vida. Adicionalmente, a flexibilidade psicológica moderou a relação entre transtornos de humor e qualidade de vida, evidenciando que, para indivíduos com alta flexibilidade psicológica, o impacto dos transtornos de humor na qualidade de vida foi atenuado.

Os resultados deste estudo destacam a importância da flexibilidade psicológica na promoção da qualidade de vida e na mitigação dos efeitos negativos dos transtornos de humor. Isso sugere que intervenções focadas no desenvolvimento da flexibilidade psicológica podem ser relevantes na melhoria da qualidade de vida em indivíduos com transtornos de humor.

Palavras-chave: transtornos de humor, hipomania, depressão, qualidade de vida, flexibilidade psicológica

Abstract

This study aimed to investigate the relationship between mood disorders and quality of life, with a focus on the importance of psychological flexibility in this connection. Specifically, the study sought to explore the moderating role of psychological flexibility in the relationship between the prevalence of mood disorders and quality of life, examining whether high levels of psychological flexibility can mitigate the negative impact of mood disorders on perceived quality of life.

Data collection was conducted through an online questionnaire administered to a non-clinical sample of 176 participants (80.7% female), with an average age of 36.01 years ($SD = 16.02$). The instruments used included the Hypomania Checklist-32 (HCL-32), the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Psy-Flex (measuring psychological flexibility), and the World Health Organization's Abbreviated Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF).

The results revealed a negative association between mood disorders and quality of life, especially psychological quality of life. Additionally, a positive association was observed between psychological flexibility and quality of life. Furthermore, psychological flexibility moderated the relationship between mood disorders and quality of life, indicating that, for individuals with high psychological flexibility, the impact of mood disorders on quality of life was attenuated.

The findings of this study underscore the importance of psychological flexibility in promoting quality of life and mitigating the negative effects of mood disorders. This suggests that interventions focused on developing psychological flexibility may be relevant in improving the quality of life in individuals with mood disorders.

Keywords: mood disorders, hypomania, depression, quality of life, psychological flexibility

Índice

Introdução.....	1
Revisão da literatura.....	2
Transtornos de humor.....	2
Transtorno Afetivo Bipolar.....	2
<i>Transtorno Depressivo Maior</i>	5
<i>Qualidade de Vida nos transtornos de humor</i>	8
Flexibilidade Psicológica.....	8
O Presente Estudo.....	11
Método.....	12
Amostra.....	12
Instrumentos.....	13
<i>Questionário de Autoavaliação de Hipomania-32 (HCL-32) - Versão Brasileira</i>	13
<i>Patient Health Questionnaire (PHQ-9)</i>	14
<i>Psy-Flex</i>	14
<i>Avaliação abreviada da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF)</i>	15
Procedimento.....	15
Resultados.....	16
Estatísticas descritivas.....	16
Testes das Hipóteses.....	18
<i>Categorização de participantes relativamente a presença de transtorno de humor</i>	19
Discussão.....	21
Limitações e propostas de estudos futuros.....	23
Conclusão e Implicações Clínicas.....	24
Referências bibliográficas.....	26
Anexos.....	30
Anexo A - Critérios Diagnósticos do DSM-5.....	30
Anexo B – Questionário aplicado e respetivos instrumentos.....	32
Anexo C – Outputs relativos a caracterização da amostra.....	46

Lista de Tabelas

Tabela 1. <i>Processos que contribuem para a inflexibilidade e flexibilidade psicológica</i>	9
Tabela 2. <i>Estatísticas descritivas e consistência interna dos instrumentos aplicados</i>	17
Tabela 3. <i>Classificação dos Participantes entre os Transtornos Avaliados</i>	17
Tabela 4. <i>Tabela de correlações de Pearson entre HCL-32 e PHQ-9 e as dimensões do WHOQOL-BREF</i>	18
Tabela 5. <i>Tabela de correlações de Pearson entre o Psy-Flex as dimensões do WHOQOL-BREF</i>	19
Tabela 6. <i>Testes de Diferença de Médias para os grupos com Transtorno de Humor presente e ausente em Relação à Qualidade de Vida</i>	20
Tabela 7. <i>Testes de moderação para as diferentes dimensões de qualidade de vida, tendo como preditor a presença (vs. ausência) de transtorno de humor e como moderador a flexibilidade psicológica</i>	21

Lista de Figuras

Figura 1. <i>O modelo hexagonal da flexibilidade psicológica</i>	10
Figura 2. <i>Efeito do transtorno de humor na saúde física moderado pela flexibilidade psicológica</i>	21

Introdução

“Apenas nas estórias infantis vive-se feliz para sempre” - é o que cresci ouvindo dizerem. Ainda hoje causa-me um certo incômodo essa sentença tão fatalista, embora o mundo tenha se revelado um tanto caótico e desafiador depois da infância. Entretanto, mesmo que a felicidade possa não ser desse mundo, flagro-me sempre a acreditar que somos sim, capazes de lograr uma relativa boa qualidade de vida se bem dominarmos aquilo que se apresenta como ameaça. Interessa-me desde então, caminhos, possibilidades e alternativas capazes de fortalecer qualquer perspectiva mais otimista e alegre sobre a vida.

Dentre as múltiplas circunstâncias que podem interferir na felicidade ou qualidade de vida de alguém situa-se, sem dúvida alguma, a sua saúde mental. Os transtornos de humor, desde seus episódios breves até às condições mais incapacitantes, afetam de 10 a 20% da população mundial (Coleman et al., 2020). Durante o período de perturbação de humor, alguns sintomas persistem e representam uma mudança notável em relação ao comportamento habitual (American Psychiatric Association, 2014)

E como retornar ao comportamento habitual? Ou mais, como ajustar um comportamento ideal para lidar não apenas com os sintomas, mas com as consequências dos mesmos, dado que estes afetam áreas tão importantes da vida? Torna-se aqui relevante a identificação dos sinais de mania, depressão ou sintomas em geral; a busca pela ajuda médica e psicoterapêutica; fazer adesão ao tratamento incluindo uso de medicação; evitar danos nas relações familiares, na vida social e no trabalho. Em outras palavras, é necessária uma boa adaptação às novas demandas.

A Flexibilidade Psicológica refere-se a uma série de processos dinâmicos que se desenrolam ao longo do tempo, relacionando-se com o modo como uma pessoa se adapta às demandas situacionais flutuantes, reconfigura os recursos mentais, muda a perspectiva e equilibra desejos, necessidades e domínios da vida conflitantes (Kashdan & Rottenberg, 2010).

Sabe-se da influência da genética na abertura de quadros que afetam a saúde mental dos indivíduos, mas, a maneira como um diagnóstico deste cariz é recebido, compreendido e enfrentado, pode ter relevância, interferindo na qualidade de vida desse sujeito.

O objetivo do presente estudo envolveu três frentes, sendo a primeira, compreender a relação entre os transtornos de humor e a qualidade de vida dos indivíduos afetados por eles. Em segundo lugar, analisar o impacto da flexibilidade psicológica na qualidade de vida e por fim, examinar se a flexibilidade psicológica atua como um moderador no efeito dos transtornos de humor na qualidade de vida, investigando se ela pode alterar os efeitos negativos dessas condições.

Revisão da literatura

Transtornos de humor

Os transtornos do humor são um grupo de doenças psiquiátricas que podem afetar simultaneamente as emoções, a energia e a motivação de uma pessoa (Rakofsky & Rapaport, 2018). As formas mais comuns de transtorno de humor são o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) e o Transtorno Depressivo Maior (TDM), ainda agrupados no CID-11 como transtornos de humor, mas já apresentados em capítulos distintos no DSM V (Coleman et al., 2020).

Esses transtornos são caracterizados por respostas afetivas disfuncionais associadas a alterações na regulação emocional, conteúdo dos pensamentos e volição (Claudio & Andrea, 2022). De acordo com esses autores, a perturbação na resposta emocional de um indivíduo às circunstâncias externas é tão clinicamente significativa nos quadros de transtorno de humor que resulta em comportamento mal adaptativo.

As consequências desses transtornos para a saúde podem ser observadas pela variedade de sintomas que podem estar presentes nesses quadros como: autoestima inflada; humor deprimido; aumento da atividade dirigida a objetivos; diminuição de interesse ou prazer em atividades; insônia ou hipersonia; redução ou aumento do apetite e perda ou ganho significativo de peso independente de dieta; distratibilidade ou fuga de ideias; envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas; sentimentos de inutilidade; pensamentos recorrente de morte ou até a própria tentativa de suicídio (American Psychiatric Association, 2014).

Em todo o mundo, os transtornos de humor estão entre as condições de saúde mental mais prevalentes e onerosas (Morton et al., 2022). Por esse motivo, Morton et al. (2022) referem que a otimização do tratamento para tais transtornos é uma prioridade de saúde pública. Para pacientes com transtornos de humor que não se beneficiam da psicoterapia ou que não toleram os medicamentos devem ser inclusive consideradas intervenções que envolvem a aplicação de forças físicas (terapias somáticas) para induzir mudanças neuroquímicas em específicas regiões do cérebro (Rakofsky & Rapaport, 2018).

Transtorno Afetivo Bipolar

Os transtornos bipolares, classicamente conhecidos como “psicose maníaco depressiva”, são transtornos mentais graves, crônicos e recorrentes (Colom & Vieta, 2006).

Trata-se de um transtorno considerado altamente genético, com uma herdabilidade de 89%. No entanto, embora a genética desempenhe um grande papel na determinação do início da doença, Rakofsky e Rapaport (2018) afirmam que fatores ambientais também influenciam, uma vez que episódios podem ser desencadeados por eventos que afetam os ritmos circadianos ou até mesmo por estímulos gratificantes como apaixonar-se ou iniciar um projeto criativo.

Por ser baseado exclusivamente em critérios clínicos, o diagnóstico dos transtornos bipolares está sujeito a controvérsia (Colom & Vieta, 2006). É importante observar por exemplo que, apesar de o transtorno bipolar ser caracterizado por episódios de mania ou hipomania, os pacientes mais comumente experimentam sintomas depressivos, o que resulta serem frequentemente diagnosticados equivocadamente (Fritz et al., 2017).

A fase depressiva do transtorno maníaco-depressivo é frequentemente acompanhada por apatia predominando sobre tristeza, inibição psicomotora sobre ansiedade e hipersônia sobre insônia. Comparada com a depressão unipolar, na depressão bipolar há: menos anorexia e perda de peso; maior labilidade emocional; maior probabilidade de desenvolver sintomas psicóticos em casos graves; idade de início do transtorno é mais jovem; maior incidência de episódios pós-parto (Colom & Vieta, 2006). Ao longo de sua doença, os pacientes passarão mais tempo deprimidos do que em estados de humor elevado (Rakofsky & Rapaport, 2018).

A mania é o estado definidor do transtorno bipolar I, consistindo na saída do comportamento básico, momento em que o humor se eleva, podendo estar também irritável ou disfórico (Cerimele et al., 2013). A sintomatologia básica da fase maníaca é definida pela ocorrência de uma mudança de humor (euforia, expansividade, irritabilidade, autoestima excessiva, grandiosidade e outros), conforme amplamente descrito no DSM-V (ver Anexo A). Acredita-se que na mania, tal mudança deve ser grave o suficiente para causar uma deterioração acentuada na atividade social/ profissional do paciente (Colom & Vieta, 2006).

O transtorno bipolar II é igualmente crônico, porém composto na maioria das vezes por depressão recorrente e pelo menos um episódio hipomaníaco (Cerimele et al., 2013). As dificuldades de detectar a hipomania (ver Anexo A) são a principal fonte de erros na identificação do bipolar tipo II que é confundido com transtorno unipolar e transtornos de personalidade. Na fase de hipomania, o humor elevado não chega à intensidade própria da mania, mas padrões de comportamento socialmente positivos são combinados com a expressão patológica do humor alterado fazendo parecer uma hipomania virtuosa (Colom & Vieta, 2006).

A presença de alterações cognitivas durante as fases de hipomania e depressão é indubitável e faz parte dos critérios diagnósticos. No entanto, embora essas alterações cognitivas não sejam a causa da hipomania, elas desempenham um papel significativo na gravidade dos sintomas, portanto, a detecção precoce de mudanças cognitivas permite intervenção oportuna (Colom & Vieta, 2006)

De acordo com Cerimele et al. (2013) comportamentos altamente prevalentes em pacientes com transtorno bipolar como o hábito de fumar e o sedentarismo trazem consequências de risco para a saúde. Esses pacientes têm aproximadamente 8 vezes mais risco de cometerem suicídio e duas vezes mais risco de morrerem por doenças médicas. Apesar da crescente eficácia das ferramentas farmacológicas disponíveis, os transtornos bipolares afetivos continuaram sendo uma fonte significativa de morbidade e mortalidade, causando sérios danos à qualidade de vida dos afetados (Colom & Vieta, 2006).

As taxas de suicídio, maiores no transtorno bipolar do que na população em geral, indicam a necessidade de otimizar as opções terapêuticas disponíveis e desenvolver abordagens inovadoras. O manejo do transtorno bipolar tem por objetivo reduzir os sintomas agudos e a possibilidade de recaída (Manhas et al., 2019). Entretanto, como já dito anteriormente, uma particularidade importante da história natural do transtorno bipolar referida por Fritz et al. (2017) é que muitas vezes este transtorno começa com episódios de depressão e, portanto, com um diagnóstico inicial de transtorno depressivo maior, para só mais tarde, à medida que os sintomas maníacos se evidenciam, se possa chegar ao diagnóstico preciso de bipolaridade e por conseguinte ao início de um tratamento adequado.

Postas as dificuldades de se chegar a este diagnóstico mais acertado, toda e qualquer particularidade pode ser de grande importância. A idade média de início é de 18.2 anos para o transtorno bipolar I e 20.3 anos para aqueles com transtorno bipolar II (Rakofsky & Rapaport, 2018). Sintomas associados, como pensamentos acelerados, grandiosidade, distração e impulsividade são fundamentais para o diagnóstico de bipolaridade tipo I (Cerimele et al., 2013). A ideação suicida ou pensamentos recorrentes de morte podem ocorrer em todas as fases da doença bipolar (Cerimele et al., 2013). Episódios depressivos têm uma duração média de 15 semanas, enquanto a duração mediana é de 7 semanas para episódios maníacos e 3 semanas para hipomania (Rakofsky & Rapaport, 2018).

O reconhecimento da depressão bipolar pode levar ao uso de intervenções apropriadas que diferem de maneiras importantes dos tratamentos usados para o transtorno depressivo maior (Cerimele et al., 2013). Ultrapassada a fase do diagnóstico, para o transtorno bipolar, pode-se

dizer que o tratamento de primeira linha é a farmacoterapia ou a combinação de psicoterapia e medicamentos, mas nunca a psicoterapia sozinha (Rakofsky & Rapaport, 2018).

No tocante ao uso de fármacos, Sachs et al. (2014) abordaram a questão do uso simultâneo de múltiplos medicamentos psicotrópicos por pacientes em tratamento para transtorno bipolar. O estudo que desenvolveram indica que a polifarmácia pode ser benéfica em algumas situações (como aquelas em que os clínicos se baseiam em evidências) mas também aponta riscos e custos associados, incluindo a resposta inadequada a cinco ou mais medicamentos psicotrópicos ao longo de seis meses. Entretanto, a não adesão à terapia medicamentosa em pacientes com transtornos afetivos bipolares pode causar efeitos deletérios nos pacientes e em suas famílias (Manhas et al., 2019). Medicamentos como o lítio, que é um estabilizador de humor, os antimaníacos e antidepressivos são usados por terem eficácia na prevenção de novos episódios de humor (Rakofsky & Rapaport, 2018).

Como ferramenta terapêutica, Colom e Vieta (2006) citam as cognições que por desempenharem um papel fundamental na hipomania podem ser usadas para melhorar a organização do comportamento (redução de estímulos, adiamento de decisões, aumento do padrão de sono) e a adesão terapêutica que é tradicionalmente baixa em pacientes bipolares. Estabelecer uma ordem causal entre estados emocionais, cognitivos e comportamentais é desafiador, porém, é claro que há um processo de retroalimentação entre emoções e cognição, influenciando o comportamento e afetando aspectos biológicos como acontece na ausência de fadiga em pacientes maníacos. Portanto, reconhecer e abordar as mudanças cognitivas durante episódios hipomaníacos é fundamental no diagnóstico e no tratamento da condição (Colom & Vieta, 2006).

Outras ferramentas que estão sendo integradas ao cuidado de rotina do transtorno bipolar e que são amplamente aceitas pelo público geral são as tecnologias digitais (Faurholt-Jepsen et al., 2019). Segundo esses autores, as medições frequentes e detalhadas do humor representam uma oportunidade importante para obter uma compreensão melhor da natureza, correlações e implicações clínicas do transtorno de humor.

Transtorno Depressivo Maior

O transtorno depressivo maior é uma doença psiquiátrica cuja prevalência ao longo da vida é de 16%. A abertura do quadro ocorre na idade média de 32 anos, sendo também caracterizado por um componente genético significativo, uma herdabilidade de 37% (Rakofsky

& Rapaport, 2018). Trata-se de um quadro de humor deprimido ou de perda de interesse ou prazer, no qual os sintomas presentes, muito bem descritos no DSM-V (ver Anexo A) representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior. Seja por relato subjetivo ou por observações feitas por outras pessoas, sabe-se que há nesses contextos um sentimento de tristeza, vazio, desesperança e em casos de crianças e adolescentes, pode haver irritabilidade no humor (American Psychiatric Association, 2014).

Os tratamentos para o Transtorno Depressivo Maior incluem psicoterapia focada na depressão, farmacoterapia, a combinação de psicoterapia e medicamentos (Rakofsky & Rapaport, 2018). Sobre as intervenções farmacológicas, Baune e Renger (2014) relatam o impacto de diferentes classes de antidepressivos na função cognitiva, destacando que alguns podem melhorar o desempenho cognitivo, enquanto outros podem ter efeitos negativos. Além disso, os estudiosos referem abordagens não farmacológicas, como a terapia de reabilitação cognitiva, que tem mostrado eficácia na melhora de alguns aspectos da função cognitiva em pacientes com depressão.

Acerca do transtorno depressivo maior, uma discussão trazida por Baune e Renger (2014) é a importância da disfunção cognitiva, referindo-se ao quanto a depressão está associada a déficits cognitivos significativos e ao quanto esses déficits podem persistir mesmo após a diminuição dos sintomas depressivos. As consequências do transtorno depressivo para a saúde ficam então ainda mais claras quando se observa a relação existente entre esses déficits cognitivos e o funcionamento geral e psicossocial dos pacientes com depressão (Baune & Renger, 2014)

Terapias como a cognitivo-comportamental baseada em *mindfulness* ou a terapia de aceitação e compromisso, pertencentes a uma terceira onda de psicoterapias, demonstram eficácia no tratamento do transtorno depressivo e seus benefícios podem ser mais duradouros do que a farmacoterapia interrompida após um ano, no entanto, de acordo Rakofsky e Rapaport (2018) a eficácia da psicoterapia depende da cognição intacta do paciente, ou seja, da sua capacidade de introspecção.

Enfim, é importante reconhecer e tratar os déficits cognitivos na depressão, além dos sintomas emocionais (Baune & Renger, 2014), mas é igualmente importante saber os recursos terapêuticos não de se esgotam por aqui. Os tratamentos somáticos, que incluem terapia de luz intensa e outras formas de neuroestimulação, são considerados quando a psicoterapia e múltiplas tentativas de medicamentos não são eficazes (Rakofsky & Rapaport, 2018). Para todos os efeitos, em qualquer situação, entende-se que melhorar a adesão ao tratamento pode

ter um impacto maior na saúde de uma população do que qualquer tratamento médico específico (Manhas et al., 2019).

Um conjunto de instrumentos está hoje disponível para se medir os transtornos de humor. Alguns estudos têm medido os transtornos de humor com base na utilização do Questionário de Avaliação de Hipomania-32 (HCL32), usado na triagem para identificar possíveis episódios de hipomania em pacientes com transtorno bipolar e o Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9), usado na triagem para a depressão.

Um bom exemplo disso pode ser dado por Fei et al. (2021), que avaliaram a confiabilidade e validade da versão chinesa da Escala de Resultados de Depressão Clinicamente Útil (CUDOS-M chinês) em pacientes com episódios depressivos maiores utilizando também o PHQ-9 e a HCL-32 durante a avaliação dos pacientes. Eles procuraram validar uma medida única de transtorno de humor que englobasse no mesmo instrumento, tanto a mania como a depressão e escolheram como medidas de validade convergente, o HCL-32 e o PHQ-9 confirmando a sua importância, eficácia e transversalidade empírica no estudo desse transtorno. Em outro estudo, Sasdelli et al. (2013) compararam a eficácia do Mood Disorder Questionnaire (MDQ) e do HCL-32 na triagem de sintomas de transtorno bipolar em pacientes com sintomas de depressão e ambos mostraram utilidade. O HCL também se mostrou melhor que o MDQ no estudo realizado por Soares et al. (2010), que avaliaram a confiabilidade e validaram sua versão brasileira. Os resultados deste estudo mostraram que o HCL-32 é confiável, válido na avaliação dos sintomas de hipomania em indivíduos brasileiros, sendo útil na identificação de sinais de transtorno bipolar em contextos clínicos e de pesquisa no Brasil. Ao avaliar a eficácia de três instrumentos de triagem para transtornos do espectro bipolar, Carvalho et al. (2015) igualmente concluíram, entre outros resultados, que o HCL-32 foi mais preciso na detecção do transtorno bipolar do tipo II.

Relativamente ao Questionário de Saúde do Paciente, é possível também encontrar evidência na literatura que suporte sua importância. Ao realizar uma análise psicométrica de 13 estudos relacionados ao PHQ-9 na sua versão em inglês e com o objetivo de avaliar a confiabilidade e a validade da medida entre os anos de 2012 e 2022, Kalkbrenner et al., (2022) chegaram a resultados que sugerem que o instrumento mede a depressão de maneira apropriada e sólida. São resultados que encorajam o uso do mesmo como uma ferramenta confiável e válida para avaliar sintomas de depressão em diversos contextos, incluindo prática clínica e pesquisa.

Qualidade de Vida nos transtornos de humor

Ambas as condições, Transtorno Depressivo Maior e Transtorno bipolar, estão associadas a baixa qualidade de vida e aumento da mortalidade, sendo o transtorno depressivo maior a segunda principal causa de incapacidade no mundo (Rakofsky & Rapaport, 2018). Assim, quando o conceito de saúde é ampliado e passa a ser entendido como “um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença e enfermidade” (World Health Organization, 1998), a qualidade de vida recebe maior atenção nos cuidados de saúde tanto nos processos de avaliações quanto nos de intervenções.

A Organização Mundial de Saúde define a Qualidade de Vida como “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, no contexto dos sistemas de valores e cultura nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”(Skevington et al., 2004). Há uma questão de interpretação individual que a OMS, ao medir a qualidade de vida, pretende observar: o quanto as pessoas estão satisfeitas ou incomodadas com aspectos importantes de suas vidas (Skevington et al., 2004).

Na flexibilidade psicológica, assim como na interpretação da qualidade de vida, há também um componente de percepção individual. Segundo Hayes et al. (2012), no contexto de uma maior flexibilidade psicológica, a dor psicológica inerente a situações difíceis pode ser aceita pelo que é aprendida com ela, podendo a atenção e o foco serem direcionados para comportamentos que melhoram a vida.

Ainda sobre a relação entre o construto da flexibilidade psicológica e a qualidade de vida percebida, vale ressaltar que Lappalainen et al. (2021) recentemente examinaram se algumas estratégias previam a angústia psicológica e a qualidade de vida em 149 cuidadores familiares e concluíram que a flexibilidade psicológica estava significativamente relacionada a qualidade de vida.

Flexibilidade Psicológica

A flexibilidade psicológica tem sido chamada na psicologia de um “construto escorregadio para definir”, característica que pode ser atribuída à abundância de termos que se referem a processos semelhantes (por exemplo, flexibilidade cognitiva [CF; Lezak, 2004; Martin & Rubin, 1995], flexibilidade de enfrentamento [Cheng, 2001; Kato, 2012], flexibilidade explicativa [Fresco et al. 2007]) (Cherry et al., 2021).

De acordo com Cherry et al. (2021), os construtos de flexibilidade existiam muito antes do surgimento da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e se alguém estiver interessado em examinar a “flexibilidade psicológica” irá se deparar com termos, definições, medidas e teorias além da própria ACT. Esses autores acreditam que a pesquisa sobre a flexibilidade psicológica parece operar em silos diferentes e com poucos esforços para concordar com uma definição conceitual do construto.

No entanto, a flexibilidade psicológica é um modelo que sustenta a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e se concentra em processos coerentemente relacionados que contribuem para a adaptabilidade humana e seu oposto, a psicopatologia e o sofrimento humano, portanto, é simultaneamente um modelo de psicopatologia, um modelo de saúde psicológica e um modelo de intervenção psicológica (Hayes et al., 2012).

De acordo com a ACT (ver Tabela 1), seis processos contribuem para a inflexibilidade psicológica, nomeadamente a atenção inflexível, a interrupção dos valores escolhidos, a inação ou a impulsividade, o apego a um eu conceitualizado, a fusão cognitiva e a evitação experiencial. Por outro lado, em correspondência, outros seis processos produzem a flexibilidade psicológica: a atenção flexível ao momento presente, os valores escolhidos, a ação comprometida, o eu como contexto, a defusão e a aceitação (ACBS- Association of Contextual Behavioral Science).

Tabela 1

Processos que contribuem para a inflexibilidade e flexibilidade psicológica

Inflexibilidade Psicológica	Flexibilidade Psicológica
Atenção inflexível	Atenção flexível ao momento presente
Interrupção dos valores escolhidos	Valores escolhidos
Inação ou impulsividade	Ação comprometida
Apego a um eu conceitualizado	Eu como contexto
Fusão cognitiva	Defusão
Evitação experiencial	Aceitação

Esses seis processos estão descritos por Steven Hayes na página da Associação para Ciência Comportamental Contextual e resumidamente pode-se explicá-los como a seguir: 1) A aceitação é uma alternativa à evitação experiencial, envolve a aceitação ativa e consciente dos

eventos privados decorrentes da história pessoal, sem tentativas desnecessárias de alterar sua frequência ou forma, especialmente quando isso causaria danos psicológicos; 2) Desfusão Cognitiva - mudança na maneira como alguém interage ou se relaciona com os pensamentos, criando contextos nos quais suas funções não úteis são reduzidas. O resultado da desfusão geralmente é uma diminuição na credibilidade ou na ligação aos eventos privados, em vez de uma mudança imediata em sua frequência; 3) Estar Presente - contato contínuo e não julgador com eventos psicológicos e ambientais à medida que ocorrem, de forma a experimentar o mundo de forma mais direta, para que o comportamento seja mais flexível e, assim, as ações mais alinhadas com os valores; 4) Self como Contexto - ponto de vista a partir do qual pode-se estar ciente do próprio fluxo de experiências. É um senso de si mesmo como um local ou perspectiva; 5) Valores - São qualidades escolhidas da ação proposital que nunca podem ser obtidas como um objeto, mas podem ser instanciadas momento a momento. A ACT utiliza uma variedade de exercícios para ajudar o cliente a escolher direções de vida em vários domínios, enfraquecendo processos verbais que possam levar a escolhas baseadas em evitação, conformidade social ou fusão. Na ACT, aceitação, desfusão, estar presente etc., não são fins em si mesmos; em vez disso, eles preparam o caminho para uma vida mais vital e consistente com os valores; 6) Ação Comprometida - ação eficaz ligada aos valores escolhidos.

O modelo do hexágono (ver Figura 1), ilustra os seis processos utilizados pela ACT para atingir o objetivo de uma maior flexibilidade psicológica (ACBS- Association of Contextual Behavioral Science)

Figura 1

O modelo hexagonal da flexibilidade psicológica



Fonte: Psicologia na Medicina (Macedo et al., 2018)

A esquiiva experiencial e sua relação com a psicopatologia foram alvo de estudo de (Akbari et al., 2022). Eles avaliaram durante 18 anos o papel transdiagnóstico da esquiiva experiencial na depressão e em outros transtornos. Os resultados apoiam a natureza dimensional funcional e transdiagnóstica da esquiiva experiencial na depressão.

Tomando outro problema de saúde pública como as doenças cardiovasculares (DCVs), mais um estudo faz referência a dificuldade dos pacientes em aderir às recomendações de autocuidado, aos sintomas psicológicos que enfrentam e à suas qualidades de vida prejudicada. Zhang et al. (2023) desenvolveram um estudo com o objetivo de revisar as evidências para determinar os efeitos da ACT sobre os resultados de saúde desses pacientes. Eles concluíram que a ACT pode promover a capacidade de autocuidado e a qualidade de vida nos casos estudados.

A eficácia terapêutica da ACT para reduzir a depressão e aumentar a aceitação da dor e a flexibilidade psicológica em mulheres com câncer de mama foi demonstrada por Ghorbani et al. (2021). Eles acreditam na relação dessas mudanças com a melhoria da aceitação de pensamentos e sentimentos associados ao câncer e ao aumento da flexibilidade psicológica, que é o objetivo principal do tratamento com ACT. O câncer de mama é o mais comum em mulheres em todo o mundo provocando múltiplos sintomas psicológicos (Ghorbani et al., 2021). O estudo teve como objetivo investigar o impacto da ACT na depressão, aceitação da dor e flexibilidade psicológica em mulheres casadas com câncer de mama. Os resultados mostraram que o tratamento com ACT reduziu significativamente as pontuações médias de depressão em comparação com o grupo de controle e que as pontuações médias de aceitação da dor e flexibilidade psicológica aumentaram significativamente em comparação com o grupo de controle (Ghorbani et al., 2021).

O Presente Estudo

Assim, e revista a literatura na secção anterior, é proposto que a presente dissertação tem como objetivo principais:

1) Estudar a relação entre transtorno de humor e qualidade de vida: um dos principais objetivos desse estudo foi compreender a maneira como os transtornos de humor afetam a qualidade de vida percebida. Para tal, investigou-se como a presença e a intensidade desses transtornos em uma amostra não-clínica influenciam a percepção global da qualidade de vida dos indivíduos.

2) Estudar a relação entre a flexibilidade psicológica na qualidade de vida: procurar-se-á analisar a relação entre a prevalência da flexibilidade psicológica nos indivíduos e a sua qualidade de vida percebida. Este objetivo surge da constatação de evidência da influência da flexibilidade psicológica na capacidade de adaptação a situações desafiadoras, na reconfiguração de recursos mentais, no equilíbrio de demandas conflitantes, e na percepção da qualidade de vida.

3) Estudar o papel moderador da flexibilidade psicológica: com base na evidência acima descrita, e na Revisão de Literatura, é proposto o papel moderador da flexibilidade psicológica na relação entre a prevalência dos transtornos de humor e qualidade de vida. Especificamente, busca-se verificar se altos níveis de flexibilidade psicológica podem atenuar o impacto negativo dos transtornos de humor na percepção da qualidade de vida.

Assim, as hipóteses que orientam este estudo são as seguintes:

Hipótese 1 - Quanto maiores os níveis de transtorno de humor, menores os níveis de qualidade de vida percebidos.

Hipótese 2 - Quanto maiores os níveis de flexibilidade psicológica, maiores os níveis de qualidade de vida percebidos.

Hipótese 3 - Existe um efeito moderador da flexibilidade psicológica na relação entre o transtorno de humor e a qualidade de vida: especificamente, para indivíduos com maiores níveis de flexibilidade psicológica menor será o impacto dos níveis de transtorno de humor na qualidade de vida.

Método

Amostra

Para que a recolha dos dados do presente estudo correlacional fosse realizada, disponibilizou-se um código *Quick Response* (QR) em redes sociais (Instagram e WhatsApp) ao qual tiveram acesso os participantes que voluntariamente responderam ao questionário ali apresentado. O instrumento esteve ativo entre os meses março e junho de 2023. A coleta de dados para esta pesquisa foi realizada através de uma amostragem não probabilística utilizando métodos de conveniência e snowball

Dentre os 176 participantes que completaram o questionário na sua totalidade e que foram considerados para a análise dos resultados estão 32 (18.2%) do sexo masculino, 142 (80.7%) do sexo feminino e 2 (1.1%) que não informaram o sexo, como apresentado na Tabela 1 no Anexo B.

Com as faixas etárias compreendidas entre os 17 e os 75 anos, a idade média dos mesmos é de 36.01 anos ($DP = 16.02$), conforme Tabela 2 no Anexo B.

A grande maioria dos participantes é nascida no Brasil, 165 (93.8%), havendo 8 (4.5%) nascidos em Portugal e 3 (1.7%) que não forneceram esta informação (Tabela 3 no Anexo B).

Um dos participantes (0.6%) tem o Ensino Fundamental como escolaridade máxima, seguido de 57 (32.4%) com o Ensino Médio concluído, 94 (53.4%) licenciados ou bacharéis, 20 (11.4%) mestres e 4 (2.3%) doutores (Tabela 4 no Anexo B).

Sobre acompanhamento psicológico, 58 (33.0%) dos participantes relatam nunca o terem tido, 69 (39.2%) já o tiveram no passado, 15 (8.5%) alegam ter apenas quando precisam muito e 34 (19.3%) dizem ter sessões semanais (Tabela 5 no Anexo B). O uso de medicação prescrita por psiquiatra foi afirmado por 37 (21%) dos participantes, tendo os outros 139 (79.0%) alegado não estarem medicados (Tabela 6 no Anexo B). Participantes na presente amostra não apresentaram diferenças significativas nos escores do HCL-32 e do PHQ-9 em função das variáveis de acompanhamento psicológico ou do uso de medicação prescrita (Tabelas 7-10 no Anexo B).

Instrumentos

Questionário de Autoavaliação de Hipomania-32 (HCL-32) - Versão Brasileira

O Questionário de Autoavaliação de Hipomania-32 originalmente desenvolvido por Angst et al. (2005) é um instrumento constituído por 32 itens, que permite avaliar sintomas de hipomania de forma dicotômica através de respostas de sim (presente ou típico em mim) ou não (não presente ou típico em mim). Nas instruções deste questionário, é indicado aos participantes que em diferentes períodos durante a vida todos sentem mudanças ou oscilações em energia, atividade e humor – “altos e baixos” ou “para cima e para baixo” – sendo-lhes pedido que se foquem nos “períodos altos” ou “para cima” para cada um dos 32 pensamentos ou emoções apresentadas (indicando se estão ou não presentes durante esses períodos). O HCL-32 foi adaptado para a população brasileira por Soares et al. (2010). Na sua validação para esta

população, este instrumento evidenciou uma consistência interna alta, com alfa de Cronbach de .79, indicando que os itens do questionário são suficientemente homogêneos. As pontuações totais são obtidas através da soma de respostas “sim” aos 32 itens. Na validação do HCL-32 na população brasileira, foi sugerido como *cut-off* (valor de corte) um escore de 18 respostas “sim” ou mais, distinguindo entre o transtorno bipolar e o transtorno depressivo maior com uma sensibilidade de 0.75 e especificidade de 0.58.

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

O Questionário de Saúde do Paciente, originalmente desenvolvido por Kroenke e colaboradores (2001) é composto por 9 itens capazes de avaliar a presença e a gravidade dos sintomas de depressão. A cada um dos 9 itens (sintomas) apresentados aos participantes, é pedido que indiquem através de uma escala entre 0 (nenhuma vez), 1 (vários dias), 2 (mais de metade dos dias), e 3 (quase todos os dias), a frequência com que foram incomodados por estes sintomas nas últimas duas semanas. As pontuações totais são obtidas através da soma das respostas para dar uma medida geral da gravidade da depressão variando de 0 a 27. Os escores de 5, 10, 15 e 20 representam depressão leve, moderada, moderadamente grave e grave, respectivamente. O PHQ-9 foi adaptado para a população brasileira por Santos et al. (2013). A análise contínua identificou o ponto de corte maior ou igual a 9 como de máxima sensibilidade (77.5%) e especificidade (86.7%) Sua consistência interna é revelada pelos valores do alfa de Cronbach variando entre 0,80 a 0,89.

Psy-Flex

Desenvolvido por Gloster et al. (2021), o Psy-Flex é um instrumento constituído por seis itens formulados de modo que avaliem, de maneira breve, a presença (em vez da ausência) das habilidades que medem a flexibilidade psicológica. Cada item se refere a uma das habilidades nas quais a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) se concentra ao desenvolver flexibilidade psicológica e bem-estar com um paciente (Gloster et al., 2021), nomeadamente o momento presente, a aceitação, os valores, a desfusão, a ação comprometida e o eu como contexto. Os itens são avaliados em uma escala de 1 (“muito raramente”) a 5 (“muitas vezes”). No estudo de validação original, este instrumento demonstrou alta consistência interna, com um alfa de .91. A tradução e adaptação para a língua portuguesa foram apresentadas por Cunha e Temido (2021) e Cunha et al. (2023). No Psy-Flex, não existe um

ponto de corte de forma a classificar os participantes, sendo que pontuações mais altas representam maior flexibilidade psicológica.

Avaliação abreviada da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF)

A WHOQOL-BREF é a versão reduzida de um instrumento mais abrangente, o WHOQOL-100. Desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (Skevington et al., 2004), o instrumento conta com 26 itens, organizados em diferentes escalas tipo Likert de cinco pontos (e.g., 1 - Muito insatisfeito a 5 - Muito satisfeito, 1 - Nada a 5 - Extremamente), em cada qual, o participante deve indicar seu grau de concordância ou intensidade. Este instrumento avalia quatro dimensões de qualidade de vida, especificamente, Saúde Física, Saúde Psicológica, Relações Sociais e Ambiente, e ainda uma dimensão de Saúde Geral. Suas qualidades psicométricas foram analisadas utilizando dados transversais obtidos em 23 países. Trata-se de uma avaliação da qualidade de vida com validade transcultural e que abrange quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental. Os valores do coeficiente alfa de Cronbach são aceitáveis para os domínios da saúde física .82, psicológica .81, ambiente .80 e relações sociais .68. Também nesta escala não existe um ponto de corte de forma a classificar os participantes, sendo pontuações mais altas representativas de maior qualidade de vida.

Procedimento

Através das redes sociais, os participantes voluntariamente acessaram ao *link* que lhes permitia responder ao questionário criado na plataforma Qualtrics para fins desta pesquisa (questionário em Anexo B). A seção inicial era composta pelas instruções gerais e pelo consentimento informado. Os blocos seguintes trouxeram os instrumentos de medida escolhidos, nomeadamente o Questionário de Autoavaliação de Hipomania-32 (HCL-32) - Versão Brasileira, o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), o Psy-Flex, e a Avaliação abreviada da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF). Na sequência, estavam os campos para registro dos dados demográficos e o último bloco foi usado para os agradecimentos finais.

Resultados

As estatísticas descritivas referentes aos instrumentos aplicados serão apresentadas inicialmente nesta seção, nomeadamente o Questionário de Autoavaliação de Hipomania-32 (HCL-32) Versão Brasileira, o Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9), o Psy-Flex, e a Avaliação Abreviada da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF). A seguir, será feita a análise dos dados, quando as hipóteses propostas para este estudo serão testadas

Estatísticas descritivas

Na Tabela 2 são apresentadas as estatísticas descritivas e a consistência interna dos instrumentos aplicados e respectivas subdimensões. Em relação ao HCL-32, as estatísticas descritivas deste instrumento revelaram que a média da sua pontuação foi de 17.30 ($DP = 5.11$). Adicionalmente, e interpretando as proporções de participantes em função do valor de corte (Tabela 3), verificou-se que 54% dos participantes apresentou indicativo de hipomania. O valor de alfa de Cronbach obtido para esta medida (.80) demonstra uma boa consistência interna. Em relação ao PHQ-9, a média da pontuação foi de 9.19 ($DP = 6.64$). Dentre os participantes, 43.8% apresentaram manifestação de depressão (Tabela 3). Também para esta medida, foi obtido um bom indicador de consistência interna (.89). No Psy-Flex, a média da pontuação da flexibilidade psicológica entre os participantes foi de 20.07 ($DP = 4.52$), tendo esta medida evidenciado um valor de consistência interna adequado (.76), e no WHOQOL-BREF, as médias obtidas para as diferentes dimensões foram de 7.25 ($DP = 1.52$) para a Saúde geral, 25.23 ($DP = 4.91$) para a Saúde física, 20.32 ($DP = 4.25$) para a Saúde psicológica, 10.22 ($DP = 2.21$) para Relações sociais, e 28.93 ($DP = 2.21$) para o Ambiente. Para esta medida, os valores de consistência interna foram de uma forma geral aceitáveis, com exceção para a dimensão de relações sociais (.55), com um valor que evidencia menor qualidade de consistência interna. Os valores mínimos e máximos possíveis para estas diferentes dimensões encontram-se como nota da Tabela 2. De maneira análoga aos dois últimos instrumentos, não existe um ponto de corte específico para classificar as pessoas que preenchem estes instrumentos, sendo os resultados interpretados de forma contínua, levando em consideração as respostas individuais de cada pessoa às diferentes dimensões consideradas. Maiores pontuações indicam uma melhor avaliação da flexibilidade psicológica e da qualidade de vida.

Os valores de assimetria e curtose observados na Tabela 2, evidenciam também que não se verificaram problemas de sensibilidade nos instrumentos aplicados, estando abaixo de 3 e de 8 (Marôco, 2018).

Tabela 2

Estatísticas descritivas e consistência interna dos instrumentos aplicados

	Média	Desvio-Padrão	Assimetria	Curtose	Mínimo	Máximo	α
HCL-32	17.30	5.11	-0.36	0.17	2.00	31.00	.80
PHQ-9	9.19	6.64	0.87	0.06	0.00	27.00	.89
Psy-Flex	20.07	4.52	-0.20	-0.08	8.00	30.00	.76
WHOQOL-BREF							
Saúde geral	7.25	1.52	-0.38	-0.19	3.00	10.00	.63
Saúde física	25.23	4.91	-0.86	1.38	8.00	35.00	.82
Saúde psicológica	20.32	4.25	-0.49	-0.24	7.00	29.00	.82
Relações sociais	10.22	2.21	-0.34	0.15	3.00	15.00	.55
Ambiente	28.93	4.68	-0.50	0.31	14.00	38.00	.76

Nota: HCL-32 = Questionário de Autoavaliação de Hipomania; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire; Psy-Flex = Questionário de Flexibilidade Psicológica; WHOQOL-BREF = Avaliação abreviada da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde. O valores mínimos e máximos possíveis para cada subdimensão deste instrumento são: Saúde geral [2-10], Saúde física [7- 35], Saúde psicológica [6-30], Relações sociais [3-15], Ambiente [8-40].

Tabela 3

Classificação dos Participantes entre os Transtornos Avaliados

Instrumento	Transtorno presente	Transtorno ausente
	n (%)	n (%)
HCL-32	95 (54.0%)	81 (46.0%)
PHQ-9	77 (43.8%)	99 (56.3%)
Transtorno de humor	55 (31.3%)	121 (68.8)

Nota: Percentagem de participantes com transtorno de humor baseadas na presença de ambos os transtornos em simultâneo.

Testes das Hipóteses

Seguidamente, são testadas as hipóteses propostas. De forma a testar a primeira hipótese de que existe uma associação negativa entre os transtornos de humor e a qualidade de vida dos participantes (H1), foram realizadas correlações de *Pearson* entre as diferentes dimensões de qualidade de vida medidas pelo WHOQOL-BREF e as variáveis de hipomania e depressão, medidas pelos HCL-32 e PQH-9 (ver Tabela 4). Os resultados evidenciaram que houve uma relação negativa e significativa entre hipomania e qualidade de vida psicológica ($r = -.18, p = .018$). Observou-se, ainda, que houve associações negativas e significativas entre depressão e qualidade de vida geral ($r = -.50, p = .001$), saúde física ($r = -.66, p < .001$), psicológica ($r = -.73, p < .001$), relações sociais ($r = -.33, p < .001$) e ambiente ($r = -.28, p < .001$). Esses resultados sugerem que maiores níveis de transtornos de humor estão associados a menores indicadores de qualidade de vida, suportando a primeira hipótese em estudo.

Tabela 4

Tabela de correlações de Pearson entre HCL-32 e PHQ-9 e as dimensões do WHOQOL-BREF

	1)	2)	3)	4)	5)	6)
1) HCL-32	1					
2) PHQ-9	.28**	1				
WHOQOL-BREF						
3) Saúde geral	-.01	-.50**	1			
4) Saúde física	-.15	-.66**	.68**	1		
5) Saúde psicológica	-.18*	-.73**	.64**	.69**	1	
6) Relações sociais	.03	-.33**	.50**	.47**	.46**	1
7) Ambiente	.05	-.28**	.52**	.44**	.48**	.31**

Nota: **. Correlação significativa ao nível de $p = .01$; *. Correlação significativa ao nível de $p = .05$.

Objetivando-se testar a segunda hipótese de que existe uma associação positiva entre flexibilidade psicológica e as diferentes dimensões da qualidade de vida (H2), também foram realizadas análises de correlação de *Pearson* (ver Tabela 5). Verificou-se uma associação significativa e positiva entre flexibilidade psicológica e qualidade de vida geral ($r = .33, p < .001$), relações sociais ($r = .22, p = .004$), ambiente ($r = .22, p = .004$), saúde física ($r = .44, p < .001$) e psicológica ($r = .50, p < .001$). Esses resultados endossam a hipótese de que uma maior flexibilidade psicológica está associada com maiores indicadores de qualidade de vida,

suportando assim a hipótese em estudo.

Tabela 5

Tabela de correlações de Pearson entre o Psy-Flex as dimensões do WHOQOL-BREF

	1)	2)	3)	4)	5)
1) Psy-Flex	1				
WHOQOL-BREF					
2) Saúde geral	.33**				
3) Saúde física	.44**	.68**			
4) Saúde psicológica	.50**	.64**	.69**		
5) Relações sociais	.22**	.50**	.47**	.46**	
6) Ambiente	.22**	.52**	.44**	.48**	.31**

Nota: **. Correlação significativa ao nível de $p = .01$;

Apesar de não terem sido propostas hipóteses relativas à relação entre flexibilidade psicológica e transtornos de humor, os escores destas diferentes variáveis foram correlacionados através de correlações de *Pearson*, tendo-se verificado uma correlação significativa negativa entre o Psy-Flex e o PHQ-9 ($r = -.49$, $p < .001$) e uma correlação marginalmente significativa negativa entre o Psy-Flex e o HCL-32 ($r = -.14$, $p = .057$).

Categorização de participantes relativamente a presença de transtorno de humor

Para avaliar a relação entre a presença de transtorno de humor e as variáveis de interesse desta pesquisa, os participantes deste estudo foram classificados segundo os instrumentos de avaliação estabelecidos: o Questionário de Autoavaliação de Hipomania-32 (HCL-32) - Versão Brasileira e o Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Assim, foram classificados como tendo transtorno de humor presente 31.3% ($n = 55$) dos participantes, sendo esta percentagem baseada na presença de hipomania e depressão em simultâneo (ver Tabela 3). Considerou-se ausente o transtorno de humor quando apenas se verificou a presença de hipomania ou depressão ou quando nenhum está presente.

Com base nas duas categorias criadas, com transtorno presente vs. ausente, realizou-se um teste *t* de Student para amostras independentes com o objetivo de verificar se as médias das dimensões da qualidade de vida eram diferentes entre os participantes com indicativo de

transtornos de humor e aqueles sem indicativo de transtornos de humor, conforme pontos de corte descritos anteriormente (Tabela 6). As análises observaram que os participantes sem indicativo de transtornos de humor obtiveram maiores médias de saúde geral, $t(174) = 2.92$, $p = .004$, $d = 0.48$, saúde física, $t(174) = 4.85$, $p < .001$, $d = 0.79$, saúde psicológica, $t(174) = 5.81$, $p < .001$, $d = 0.95$, relações sociais, $t(174) = 2.25$, $p = .026$, $d = 0.37$, e ambiente, $t(174) = 1.78$, $p = .077$, $d = 0.29$, quando comparados aos respondentes com indicativo de transtornos de humor. Estes resultados suportam, ainda que recorrendo a uma operacionalização diferente do transtorno de humor, a primeira hipótese em estudo, demonstrando que em grupos de participantes com transtorno de humor presente (vs. ausente), os níveis de qualidade de vida percebidos foram inferiores.

Tabela 6

Testes de Diferença de Médias para os grupos com Transtorno de Humor presente e ausente em Relação à Qualidade de Vida

Dimensão	Transtorno Presente		Transtorno Ausente		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Saúde geral	6.76	1.45	7.47	1.51	2.92	.004	0.48
Saúde física	22.73	4.87	26.37	4.26	4.85	.000	0.79
Saúde psicológica	17.78	3.77	21.47	3.96	5.81	.000	0.95
Relações sociais	9.67	2.24	10.47	2.16	2.25	.026	0.37
Ambiente	28.00	5.11	29.34	4.43	1.78	.077	0.29

De forma a testar a terceira hipótese de que a flexibilidade psicológica modera o efeito negativo do transtorno de humor na qualidade de vida, foi realizado um teste de moderação na extensão PROCESS (Modelo 1) do SPSS (Hayes, 2022), tendo como variável preditora o transtorno de humor (presente vs. ausente conforme descrito anteriormente), como variável moderadora a flexibilidade psicológica (o escore do Psy-Flex) e como variáveis dependentes as diferentes dimensões de qualidade de vida do WHOQOL-BREF. Assim, foi testado um modelo de moderação para cada variável dependente. Na Tabela 7 são reportadas as interações obtidas, evidenciadoras de efeitos de moderação. Os resultados obtidos demonstram que foi

observada uma moderação significativa para a dimensão de saúde física, $B = 0.47$, $p = .005$. Foi gerado o gráfico da Figura 2, para auxiliar na interpretação dessa moderação. Conforme sugerido pelo gráfico, para participantes com baixa flexibilidade psicológica, a maior probabilidade de presença de transtorno de humor está negativamente associada com saúde física, $b = -4.31$, $p < .001$. Por outro lado, para participantes com elevada flexibilidade psicológica, essa associação não foi significativa, $b = -0.10$, $p < .934$. O mesmo padrão de moderação foi encontrado para a dimensão de saúde psicológica e relações sociais, ainda que essas não tenham atingido significância.

Tabela 7

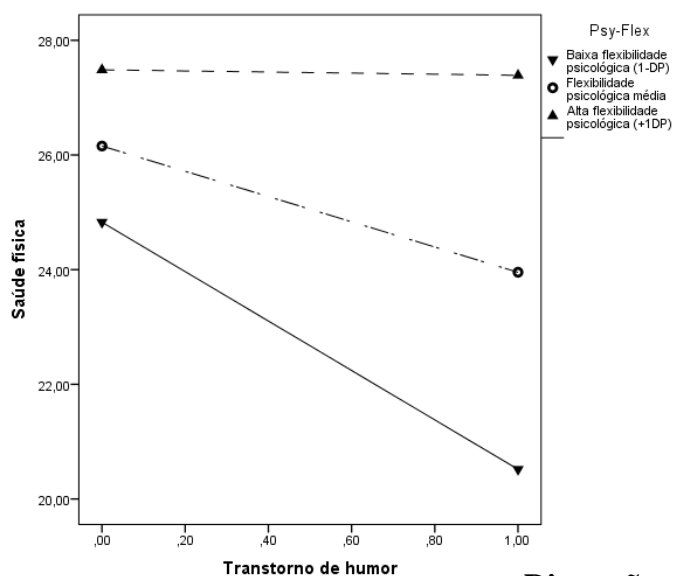
Testes de moderação para as diferentes dimensões de qualidade de vida, tendo como preditor a presença (vs. ausência) de transtorno de humor e como moderador a flexibilidade psicológica

Preditor	Moderador	Variável dependente	B	p	Baixo Psy-Flex		Alto Psy-Flex	
					b	p	b	p
Transtorno de humor	Psy-Flex	Saúde geral	-0.02	.791	-0.42	.176	-0.56	.158
		Saúde física	0.47	.005	-4.31	.000	-0.10	.934
		Saúde psicológica	0.16	.238	-3.33	.000	-1.86	.055
		Relações sociais	0.15	.085	-1.10	.019	0.23	.703
		Ambiente	-0.31	.083	0.23	.821	-2.61	.039

Nota: para a variável preditora Transtorno de humor, presença = 1 e ausência = 0.

Figura 2

Efeito do transtorno de humor na saúde física moderado pela flexibilidade psicológica



Discussão

Nesta dissertação de mestrado, foram investigadas as relações entre transtornos de humor, flexibilidade psicológica e qualidade de vida em uma amostra de uma população não clínica de 176 participantes. Os resultados obtidos fornecem insights significativos e contribuem para a compreensão das interações complexas entre essas variáveis.

As estatísticas descritivas iniciais revelaram que uma parcela significativa da amostra apresentou indicativos de transtornos de humor, segundo os instrumentos aplicados. Mais especificamente, 54% dos participantes apresentaram indicativos de hipomania, e 43.8% manifestaram sintomas de depressão. Esses números sugerem a prevalência dos sintomas descritos nos instrumentos HCL-32 e PHQ-9, respectivamente. Além disso, a análise da flexibilidade psicológica e da qualidade de vida demonstrou que, em média, os participantes relataram uma boa flexibilidade psicológica e qualidade de vida em diferentes dimensões.

Os resultados do estudo suportaram a primeira hipótese de que existe uma associação negativa entre transtornos de humor e a qualidade de vida dos participantes. Especificamente, correlações de Pearson revelaram que maior pontuação no HCL-32 (indicando maior hipomania) estava relacionada a uma qualidade de vida associada à saúde psicológica mais baixa. Além disso, a presença de depressão, medida pelo PHQ-9, mostrou uma associação negativa significativa com todas as dimensões da qualidade de vida. Isso implica que o transtorno de humor, tanto em sua forma hipomaniaca quanto depressiva, está relacionado a uma diminuição na percepção da qualidade de vida. Já ao categorizar os participantes do presente estudo como tendo transtorno de humor presente ou ausente, com base na presença hipomania e depressão em simultâneo, os resultados suportam igualmente a hipótese, ao demonstrar que participantes com transtorno de humor presente apresentaram níveis de qualidade de vida inferiores em todas as dimensões (embora marginalmente na dimensão de qualidade de vida ambiente). Isso é um achado relevante, destacando a importância de considerar a saúde mental ao avaliar a qualidade de vida dos indivíduos.

Os resultados também confirmaram a segunda hipótese de que a flexibilidade psicológica está positivamente associada à qualidade de vida. Quanto maiores os níveis de flexibilidade psicológica nos participantes da amostra, melhores os níveis de qualidade de vida em várias dimensões, incluindo saúde geral, saúde física, saúde psicológica, relações sociais e ambiente. Isso sugere que indivíduos que são capazes de se adaptar a situações desafiadoras e regular suas emoções de forma eficaz tendem a relatar uma melhor qualidade de vida. Essa descoberta destaca a importância da promoção da flexibilidade psicológica como uma estratégia para melhorar a qualidade de vida.

Adicionalmente, embora este estudo não tenha levantado hipóteses específicas para a associação entre a flexibilidade psicológica e transtornos de humor, foi ainda assim verificado que quanto maior a flexibilidade psicológica, menores os níveis de hipomania e de depressão. Portanto, numa análise adicional fica reforçada a importância desta variável, não apenas por sua relação positiva com a qualidade de vida demonstrada pelo teste da segunda hipótese, como também na sua relação negativa com a depressão e a hipomania.

Relativamente à hipótese de moderação proposta, especificamente, de que para indivíduos com maiores níveis de flexibilidade psicológica o impacto dos níveis de transtorno de humor na qualidade de vida será menor, os resultados indicaram uma interação significativa entre a flexibilidade psicológica e a presença de transtorno para a variável de saúde física. Confirmando nossa expectativa, para participantes com baixa flexibilidade psicológica, a presença de transtorno de humor estava fortemente associada a uma saúde física comprometida – não sendo essa associação significativa para aqueles com alta flexibilidade psicológica. O mesmo padrão foi identificado para outras dimensões de qualidade de vida (e.g., relações sociais), embora não tenha sido significativo. Isso sugere que a flexibilidade psicológica pode atuar como um fator de proteção contra o impacto negativo dos transtornos de humor na qualidade de vida, incluindo a saúde física. Essa descoberta é relevante para a prática clínica, pois sugere que intervenções direcionadas à promoção da flexibilidade psicológica podem ser benéficas para melhorar a qualidade de vida, especialmente no que diz respeito à saúde física.

Limitações e propostas de estudos futuros

Primeiramente, é importante destacar que os resultados obtidos se baseiam nas respostas dos participantes a escalas de auto-relato, ou seja, as condições clínicas não foram diagnosticadas formalmente. Eles foram identificados como apresentando transtornos de humor com base em suas respostas aos instrumentos, o que pode não refletir completamente as complexidades clínicas desses transtornos. Portanto, futuros estudos podem procurar replicar esses resultados em populações clínicas, incluindo indivíduos que tenham sido diagnosticados por profissionais de saúde mental. Isso permitiria uma avaliação mais precisa das associações entre transtornos de humor e qualidade de vida.

Uma outra limitação do estudo se relaciona à instrução da escala de hipomania (HCL-32), que não especifica um período de referência em particular, mas aborda os períodos "para cima" de maneira geral. Essa abordagem pode ter contribuído para a observação de associações

mais fracas com as dimensões de qualidade de vida, sendo significativas apenas para a saúde psicológica. Embora a escala tenha sido validada com essa instrução, futuros estudos poderiam considerar a exploração de diferentes instruções que possam capturar com maior precisão as nuances da relação entre transtornos de humor e diversas dimensões de qualidade de vida. A variação nas instruções poderia enriquecer a compreensão das associações em jogo.

Além disso, é relevante mencionar que este estudo se concentrou na avaliação das relações entre transtornos de humor e qualidade de vida em uma amostra específica. Futuros estudos podem estender essa investigação para diferentes grupos populacionais, levando em consideração fatores como idade, gênero, status socioeconômico e cultura. Isso permitiria uma análise mais abrangente das associações e a identificação de possíveis variações nas relações entre transtornos de humor e qualidade de vida em diferentes contextos.

Outro aspecto a ser considerado é a possibilidade de realizar estudos longitudinais, que permitiriam investigar as mudanças nas relações entre transtornos de humor e qualidade de vida ao longo do tempo. Esses estudos poderiam ajudar a identificar padrões de evolução e fornecer insights valiosos para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e tratamento mais eficazes.

Por fim, a presente pesquisa se concentrou em instrumentos específicos para avaliar transtornos de humor e qualidade de vida. Futuros estudos podem explorar a inclusão de medidas adicionais, como avaliações clínicas mais abrangentes, para aprofundar a compreensão das associações e considerar uma gama mais ampla de fatores que podem influenciar a qualidade de vida em indivíduos com transtornos de humor.

Conclusão e Implicações Clínicas

Este estudo fornece evidências robustas das relações entre transtornos de humor, flexibilidade psicológica e qualidade de vida. Os resultados destacam a importância de avaliar e tratar os transtornos de humor para melhorar a qualidade de vida das pessoas. Além disso, indicam que o desenvolvimento da flexibilidade psicológica pode ser uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade de vida e mitigar o impacto negativo dos transtornos de humor, principalmente na saúde psicológica.

No entanto, é importante lembrar que futuras pesquisas podem explorar ainda mais essas relações e considerar outras variáveis de influência como por exemplo o cronótipo dos participantes. Além disso, intervenções clínicas baseadas na promoção da flexibilidade

psicológica podem ser desenvolvidas e avaliadas para melhorar a qualidade de vida das pessoas com transtornos de humor.

Em última análise, este estudo contribui significativamente para o campo da psicologia e saúde mental, fornecendo evidências que podem orientar a prática clínica e a pesquisa futura. A promoção da flexibilidade psicológica e o tratamento adequado dos transtornos de humor são estratégias que podem ter um impacto positivo na qualidade de vida das pessoas.

Referências bibliográficas

- Akbari, M., Seydavi, M., Hosseini, Z. S., Krafft, J., & Levin, M. E. (2022). Experiential avoidance in depression, anxiety, obsessive-compulsive related, and posttraumatic stress disorders: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 24, 65–78. <https://doi.org/10.1016/J.JCBS.2022.03.007>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5* (5ª ed.). American Psychiatric Association. <http://institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>
- Angst, J., Adolfsson, R., Benazzi, F., Gamma, A., Hantouche, E., Meyer, T. D., Skeppar, P., Vieta, E., & Scott, J. (2005). The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 88(2), 217–233. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.05.011>
- Association of Contextual Behavior Science. (n.d.). ACBS. 2023.
- Baune, B. T., & Renger, L. (2014). Pharmacological and non-pharmacological interventions to improve cognitive dysfunction and functional ability in clinical depression – A systematic review. *Psychiatry Research*, 219(1), 25–50. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.013>
- Carvalho, A. F., Takwoingi, Y., Sales, P. M. G., Soczynska, J. K., Köhler, C. A., Freitas, T. H., Quevedo, J., Hyphantis, T. N., McIntyre, R. S., & Vieta, E. (2015). Screening for bipolar spectrum disorders: A comprehensive meta-analysis of accuracy studies. *Journal of Affective Disorders*, 172, 337–346. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.024>
- Cerimele, J. M., Chwastiak, L. A., Chan, Y. F., Harrison, D. A., & Unützer, J. (2013). The presentation, recognition and management of bipolar depression in primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 28(12), 1648–1656. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2545-7>
- Cherry, K. M., Hoeven, E. Vander, Patterson, T. S., & Lumley, M. N. (2021). Defining and measuring “psychological flexibility”: A narrative scoping review of diverse flexibility and rigidity constructs and perspectives. *Clinical Psychology Review*, 84. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101973>
- Claudio, A., & Andrea, F. (2022). Circadian neuromarkers of mood disorders. In *Journal of Affective Disorders Reports*, 10. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100384>
- Coleman, J. R. I., Gaspar, H. A., Bryois, J., Byrne, E. M., Forstner, A. J., Holmans, P. A., de Leeuw, C. A., Mattheisen, M., McQuillin, A., Whitehead Pavlides, J. M., Pers, T. H., Ripke, S., Stahl, E. A., Steinberg, S., Trubetskov, V., Trzaskowski, M., Wang, Y., Abbott, L., Abdellaoui, A., ... Breen, G. (2020). The Genetics of the Mood Disorder Spectrum: Genome-wide Association Analyses of More Than 185,000 Cases and

- 439,000 Controls. *Biological Psychiatry*, 88(2), 169–184. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.10.015>
- Colom, F., & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. Cambridge University Press.
- Cunha, M., & Temido, A. M. (2021). *A versão portuguesa da Psy-Flex. Manuscrito não publicado*. Instituto Superior Miguel Torga, Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-comportamental da Universidade de Coimbra.
- Cunha, M., Temido, A., Pinto-Gouveia, A., & Galhardo, A. (2023). Assessing psychological flexibility by the Psy-Flex and its relationship with mental health. *European Psychiatry*, 66(S1), S368-S369. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.800>
- Faurholt-Jepsen, M., Geddes, J. R., Goodwin, G. M., Bauer, M., Duffy, A., Vedel Kessing, L., & Saunders, K. (2019). Reporting guidelines on remotely collected electronic mood data in mood disorder (eMOOD)—recommendations. *Translational Psychiatry*, 9(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0484-8>
- Fei, Y., Liu, L., Zheng, D., Li, X., Li, W., Yang, H., Yang, B., Yi, Z., Huang, L., Wang, Y., Wang, P., Li, Z., & Wang, Z. (2021). Reliability and validity of the Chinese version of the CUDOS-M in patients with mood disorders: A multicenter study across China. *Journal of Affective Disorders*, 294, 723–729. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.014>
- Fritz, K., Russell, A. M. T., Allwang, C., Kuiper, S., Lampe, L., & Malhi, G. S. (2017). Is a delay in the diagnosis of bipolar disorder inevitable? *Bipolar Disorders*, 19(5), 396–400. <https://doi.org/10.1111/bdi.12499>
- Ghorbani, V., Zanjani, Z., Omid, A., & Sarvizadeh, M. (2021). Trends in Psychiatry and Psychotherapy Efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on depression, pain acceptance, and psychological flexibility in married women with breast cancer: a pre-and post-test clinical trial. *Trends Psychiatry Psychother*, 43(2). <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0022>
- Gloster, A. T., Block, V. J., Klotsche, J., Villanueva, J., Rinner, M. T. B., Benoy, C., Walter, M., Karekla, M., & Bader, K. (2021). Psy-Flex: A contextually sensitive measure of psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 22, 13–23. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.09.001>
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis : a regression-based approach*. The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy The Process and Practice of Mindful Change* (2^a ed.). Guilford Press.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 865–878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>

- Kalkbrenner, M. T., Ryan, A. F., Hunt, A. J., & Rahman, S. R. (2022). Internal Consistency Reliability and Internal Structure Validity of the English Versions of the Patient Health Questionnaire-9 and the Generalized Anxiety Disorder-7: A Psychometric Synthesis. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 56(2), 124-137 <https://doi.org/10.1080/07481756.2022.2091460>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lappalainen, P., Keinonen, K., Pakkala, I., Lappalainen, R., & Nikander, R. (2021). The role of thought suppression and psychological inflexibility in older family caregivers' psychological symptoms and quality of life. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 129–136. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.04.005>
- Lucena-Santos, P., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D., & Silva Oliveira, M. (2017). Cognitive Fusion Questionnaire: Exploring measurement invariance across three groups of Brazilian women and the role of cognitive fusion as a mediator in the relationship between rumination and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 53–62. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.004>
- Macedo, A. F. de., Pereira, A. T., & Madeira, N. (2018). *Psicologia na medicina*. Lidel.
- Manhas, R. S., Manhas, G. S., Manhas, A., Sharma, R., Chapa, J. R., & Akhter, R. (2019). Prevalence of Non-Adherence to Treatment among Patients of Bipolar Affective Disorder. *Journal of Medical Science And Clinical Research*, 7(6). <https://doi.org/10.18535/jmscr/v7i6.107>
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics (7ª ed.)*. ReportNumber.
- Marshall, E. J., & Brockman, R. N. (2016). The relationships between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 60–72. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.30.1.60>
- Morton, E., Foxworth, P., Dardess, P., Altimus, C., DePaulo, J. R., Talluri, S. S., Michalak, E. E., Rinvelt, P. D., Corrigan, P. W., & Turvey, C. (2022). “Supporting Wellness”: A depression and bipolar support alliance mixed-methods investigation of lived experience perspectives and priorities for mood disorder treatment. *Journal of Affective Disorders*, 299, 575–584. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.032>
- Rakofsky, J., & Rapaport, M. (2018). Mood Disorders. *Behavioral Neurology and Psychiatry*, 24(3), 804-827. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000604>
- Sachs, G. S., Peters, A. T., Sylvia, L., & Grunze, H. (2014). Polypharmacy and bipolar disorder: What's personality got to do with it? *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 17(7), 1053–1061. <https://doi.org/10.1017/S1461145713000953>
- Santos, I. S., Tavares, B. F., Munhoz, T. N., de Almeida, L. S. P., da Silva, N. T. B., Tams, B. D., Patella, A. M., & Matijasevich, A. (2013). Sensibilidade e especificidade do

- Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saude Publica*, 29(8), 1533–1543. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00144612>
- Sasdelli, A., Lia, L., Luciano, C. C., Nespeca, C., Berardi, D., & Menchetti, M. (2013). Clinical Study Screening for Bipolar Disorder Symptoms in Depressed Primary Care Attenders: Comparison between Mood Disorder Questionnaire and Hypomania Checklist (HCL-32). *Psychiatry Journal*, 2013, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2013/548349>
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group q. *Quality of Life Research*, 299–310.
- Soares, O. T., Moreno, D. H., Moura, E. C. de, Angst, J., & Moreno, R. A. (2010). Reliability and validity of a Brazilian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) compared to the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(4), 416–423. doi:10.1590/s1516-44462010000400015
- World Health Organization. (1998). *WHOQOL User Manual Programme on Mental Health Division of Mental Health and Prevention of Substance abuse. World Health Organization.*
- Zhang, X., Ma, H., Lam, C. Y., Ho, G. W., & Mak, Y. W. (2023). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on self-care, psychological symptoms, and quality of life in patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 46–58. <https://doi.org/10.1016/J.JCBS.2023.05.007>

Anexos

Anexo A - Critérios Diagnósticos do DSM-5

Anexo A1. Critérios Diagnósticos do DSM-5 para Episódio Maníaco

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com duração de pelo menos 1 semana (ou qualquer duração, se a hospitalização for necessária).

- Durante o período de humor anormal e elevado, três (ou mais) dos seguintes sintomas estão presentes (quatro se o humor é apenas irritável):
- Autoestima grandiosa ou inflada.
- Redução da necessidade de sono (por exemplo, sente-se descansado após apenas 3 horas de sono).
- Maior fala do que o habitual ou pressão para continuar falando.
- Fuga de ideias ou sensação de que os pensamentos estão acelerados.
- Distratibilidade (ou seja, atenção excessivamente desviada pelas pistas externas ou uma incapacidade de manter o foco nas conversas).
- Aumento acentuado na atividade direcionada a objetivos (socialmente, no trabalho ou na escola, ou sexualmente) ou agitação psicomotora.
- Envolvimento excessivo em atividades prazerosas que têm um alto potencial para consequências dolorosas.

Anexo A2. Critérios Diagnósticos do DSM-5 para Episódio Hipomaníaco

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com duração de pelo menos 4 dias consecutivos.

- Durante o período de humor anormal e elevado, três (ou mais) dos seguintes sintomas estão presentes (quatro se o humor é apenas irritável):
- Autoestima grandiosa ou inflada.
- Redução da necessidade de sono (por exemplo, sente-se descansado após apenas 3 horas de sono).
- Maior fala do que o habitual ou pressão para continuar falando.
- Fuga de ideias ou sensação de que os pensamentos estão acelerados.
- Distratibilidade (ou seja, atenção excessivamente desviada pelas pistas externas ou uma incapacidade de manter o foco nas conversas).
- Aumento acentuado na atividade direcionada a objetivos (socialmente, no trabalho ou na escola, ou sexualmente) ou agitação psicomotora.
- Envolvimento excessivo em atividades prazerosas que têm um alto potencial para consequências dolorosas.

Anexo A3. Critérios Diagnósticos do DSM-5 para Transtorno Depressivo Maior**

****A.**** Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é ou (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

- Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado pelo relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste, vazio, sem esperança) ou observação feita por outros (por exemplo, parece lacrimoso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser irritabilidade no humor.)
- Interesse ou prazer acentuadamente diminuído em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado pelo relato subjetivo ou observação).
- Perda significativa de peso sem fazer dieta ou ganho de peso (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.
- Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
- Agitação psicomotora ou retardo quase todos os dias (observável por outros, não apenas sentimentos subjetivos de inquietação ou desaceleração).
- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não apenas autocrítica ou culpa por estar doente).
- Capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (seja por relato subjetivo ou observação de outros).
- Pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico ou tentativa de suicídio ou um plano específico para o suicídio.

Anexo B – Questionário aplicado e respetivos instrumentos

Desde já agradeço sua participação.

Esse questionário que tem cerca de 15 minutos é parte do meu mestrado em Psicologia Clínica. Seus dados serão tratados com todo anonimato e confidencialidade. Não há respostas certas ou erradas, peço apenas que as responda com sinceridade e atenção. Em caso de dúvida, poderá sempre enviar um email para 27417@alunos.ispa.pt. Caso concorde em participar, clique abaixo em: "Página seguinte".

[Página seguinte](#)

Questionário de Autoavaliação de Hipomania-32 (HCL-32) - Versão Brasileira

Página 1/5

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

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

Muito pior do que o normal

Pior do que o normal

Um pouco pior que o normal

Nem pior nem melhor que o normal

Um pouco melhor que o normal

Melhor que o normal

Muito melhor que o normal

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

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

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

...sempre são mais para estáveis e equilibrados

...geralmente são maiores

...geralmente são menores

...frequentemente passam por períodos de altos e baixos

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

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

Em tal estado:

	Sim	Não
Preciso de menos sono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu me sinto com mais energia e mais ativo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fico mais autoconfiante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me entusiasmo mais com meu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fico mais sociável (faço mais ligações telefônicas, saio mais)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quero viajar ou viajo mais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho tendência a dirigir mais rápido ou a me arriscar mais enquanto dirijo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Sim	Não
Gasto mais ou gasto dinheiro demais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me arrisco mais em minha vida diária (no meu trabalho e/ou outras atividades)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fico mais ativo(a) fisicamente (esporte, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planejo mais atividades e projetos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho mais idéias, fico mais criativo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fico menos tímido(a) e inibido(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso roupas/ maquiagens mais coloridas e extravagantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sim	Não
Quero me encontrar ou de fato me encontro com mais pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fico mais interessado(a) em sexo e/ou tenho meu desejo sexual aumentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paquero mais e/ou fico mais ativo(a) sexualmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falo mais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso mais rápido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faço mais piadas ou trocadilhos quando falo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu me distraio com mais facilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sim	Não
Eu me envolvo com muitas coisas novas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meus pensamentos pulam de assunto rapidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Faço coisas mais rapidamente e/ou com mais facilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fico mais impaciente e/ou fico irritado(a) mais facilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posso ser cansativo(a) e/ou irritante para os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu me envolvo em mais discussões e disputas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meu humor fica melhor, mais otimista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sim	Não
Bebo mais café	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fumo mais cigarros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebo mais álcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso mais drogas (sedativos, tranquilizantes, estimulantes, entre outros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	Positivo e negativo	Positivo	Negativo	Nenhum impacto
Vida familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vida social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recreação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

Positivamente (encorajando ou apoiando)

Neutros

Negativamente (preocupadas, aborrecidas, irritadas, críticas)

Positivamente e negativamente

Nenhuma reação

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

1 dia

2-3 dias

4-7 dias

maior que 1 semana

maior que 1 mês

Não posso julgar, não sei

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

Sim

Não

8. Se sim, por favor, calcule quantos dias você passou nesses "altos" durante os últimos 12 meses.

Levando **todos os dias** em conta foram cerca de: (indique quantos dias no espaço abaixo)

Página seguinte

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Página 2/5

Durante as ÚLTIMAS 2 SEMANAS, com que frequência você foi incomodado(a) por qualquer um dos problemas abaixo?

	Nenhuma vez 0	Vários dias 1	Mais das metade dos dias 2	Quase todos os dias 3
1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Se sentir "para baixo", deprimido(a) ou sem perspectiva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Se sentir cansado(a) ou com pouco energia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Falta de apetite ou comendo demais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nenhuma vez 0	Vários dias 1	Mais das metade dos dias 2	Quase todos os dias 3

6. Se sentir mal consigo mesmo(a) - ou achar que você é um fracasso, ou que decepcionou sua família ou você mesmo(a).
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas como ler jornal ou ver televisão.
8. Lentidão para se movimentar ou falar, ao ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto - estar tão agitado(a) ou inquieto(a) que você fica andando de um lado para o outro mais do que de costume.
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a).

[Página seguinte](#)

Psy-Flex

Página 3/5

Agora, preciso que responda sobre SUAS EXPERIÊNCIAS relativas às ÚLTIMAS 2 SEMANAS.

Indique com que frequência viveu cada uma delas, usando a escala fornecida abaixo:

Muito raramente	Raramente	De vez em quando	Frequentemente	Muitas vezes
1	2	3	4	5

1. Mesmo que eu esteja noutro lugar com meus pensamentos, em momentos importantes, posso me concentrar no que está acontecendo naquele momento.

2. Se necessário, posso deixar que pensamentos e experiências desagradáveis aconteçam sem ter que me livrar deles imediatamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Eu posso olhar para pensamentos impeditivos à distância sem que eles me controlem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Mesmo quando os pensamentos e as experiências me perturbam, consigo perceber algo como um sentido de estabilidade e calma dentro de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Eu determino o que é importante para mim e decido como quero investir minha energia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Eu me envolvo completamente em coisas que são importantes, úteis ou significativas para mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Avaliação abreviada da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde
(WHOQOL-BREF)**

Página 4/5

Por fim, as questões abaixo são sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as 2 ÚLTIMAS SEMANAS.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e marque o número e lhe parece a melhor resposta.

Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Muito ruim 1	Ruim 2	Nem ruim nem boa 3	Boa 4	Muito boa 5
-----------------	-----------	--------------------------	----------	----------------

Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito, nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	--	-----------------	-----------------------

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas ÚLTIMAS 2 SEMANAS.

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas ÚLTIMAS 2 SEMANAS.

	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. O quanto você aproveita a vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. O quanto você consegue se concentrar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

As questões seguintes são sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nas 2 ÚLTIMAS SEMANAS.

	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Em que medidas você tem oportunidades de atividade de lazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

As questões seguintes são sobre **quão bem ou satisfeito(a)** você se sentiu a respeito de vários aspectos da sua vida nas ÚLTIMAS 2 SEMANAS.

	Muito ruim 1	Ruim 2	Nem ruim nem bom 3	Bom 4	Muito bom 5
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A questão seguinte refere-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas ÚLTIMAS 2 SEMANAS.

	Nunca 1	Algumas vezes 2	Frequentemente 3	Muito frequentemente 4	Sempre 5
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Página seguinte](#)

Questões de natureza sociodemográfica

Página 5/5

Chegou à última página deste questionário!

Para finalizar, preciso apenas de algumas informações gerais, lembrando que seus dados serão tratados com todo anonimato e confidencialidade.

Em que país você nasceu e em que país você vive hoje? (Exemplo: se nasceu no Uruguai e vive no Brasil: URUGUAI / BRASIL)

Sexo:

Feminino

Masculino

Outro

Prefiro não dizer

Idade:

Escolaridade máxima obtida:

Ensino fundamental

Ensino médio

Licenciatura/Bacharelado

Mestrado

Doutorado

Você tem acompanhamento psicológico inserido na sua rotina?

Não, nunca tive.

No momento não, mas já tive no passado.

Sim, mas só quando preciso muito.

Sim, tenho sessões semanais com meu (minha) psicólogo(a), mesmo quando estou bem.

Você usa medicação prescrita por psiquiatra?

Não

Sim

Caso use medicação, fique à vontade para responder abaixo:

Qual medicação?

Há quanto tempo faz uso
dessa medicação?

Clique em "Página seguinte" para terminar sua participação neste questionário.

[Página seguinte](#)

Anexo C – Outputs relativos a caracterização da amostra

Tabela 1

Caracterização da Amostra por Sexo

Sexo	Número de Participantes	%
Feminino	142	80,7%
Masculino	32	18,2%
Outro	2	1,1%

Tabela 2

Caracterização da Amostra por Idade

	Idade:
Mean	36,01
Std. Deviation	16,022
Minimum	17
Maximum	75

Tabela 3

Caracterização da amostra em função do país de residência

	N	%
Brasil	165	93,8%
Portugal	8	4,5%
Missing	3	1,7%

Tabela 4

Caracterização da amostra em função da escolaridade máxima obtida

	N	%
Ensino fundamental	1	0,6%
Ensino médio	57	32,4%
Licenciatura/Bacharelato	94	53,4%
Mestrado	20	11,4%
Doutorado	4	2,3%

Tabela 5*Caracterização da amostra em função do acompanhamento psicológico*

	N	%
Não, nunca tive.	58	33,0%
No momento não, mas já tive no passado.	69	39,2%
Sim, mas só quando preciso muito.	15	8,5%
Sim, tenho sessões semanais com meu (minha) psicólogo(a), mesmo quando estou bem.	34	19,3%

Tabela 6*Caracterização da amostra em função da medicação prescrita por psiquiatra*

	N	%
Não	139	79,0%
Sim	37	21,0%

Tabela 7*ANOVA a um fator (Acompanhamento psicológico) para os escores de HCL-Total e PHQ-Total*

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
HCL_Total * Você tem acompanhamento psicológico inserido na sua rotina?	Between Groups	35,658	3	11,886	,451	,717
	Within Groups	4529,381	172	26,334		
	Total	4565,040	175			
PHQ_Total * Você tem acompanhamento psicológico inserido na sua rotina?	Between Groups	272,418	3	90,806	2,101	,102
	Within Groups	7433,014	172	43,215		
	Total	7705,432	175			

Tabela 8

Médias dos escores de HCL-Total e PHQ-Total para os diferentes grupos da variável Acompanhamento psicológico

Você tem acompanhamento psicológico inserido na sua rotina?		HCL_Total	PHQ_Total
Não, nunca tive.	Mean	16,8276	8,4828
	N	58	58
	Std. Deviation	4,84184	5,76207
No momento não, mas já tive no passado.	Mean	17,2319	8,5507
	N	69	69
	Std. Deviation	5,62856	6,19187
Sim. mas só quando preciso muito.	Mean	17,7333	9,2000
	N	15	15
	Std. Deviation	4,16562	7,93905
Sim, tenho sessões semanais com meu (minha) psicólogo(a), mesmo quando estou bem.	Mean	18,0588	11,7059
	N	34	34
	Std. Deviation	4,91097	7,88374
Total	Mean	17,3011	9,1932
	N	176	176
	Std. Deviation	5,10744	6,63559

Tabela 9

ANOVA a um fator (Utilização de medicação prescrita) para os escores de HCL-Total e PHQ-Total

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
HCL_Total * Você usa medicação prescrita por psiquiatra?	Between Groups	12,170	1	12,170	,465	,496
	Within Groups	4552,870	174	26,166		
	Total	4565,040	175			
PHQ_Total * Você usa medicação prescrita por psiquiatra?	Between Groups	122,591	1	122,591	2,813	,095
	Within Groups	7582,841	174	43,580		
	Total	7705,432	175			

Tabela 10

*Médias dos escores de HCL-Total e PHQ-Total para os diferentes grupos da variável
Utilização de medicação prescrita*

Você usa medicação prescrita por psiquiatra?		HCL_Total	PHQ_Total
Não	Mean	17,1655	8,7626
	N	139	139
	Std. Deviation	5,05706	6,41735
Sim	Mean	17,8108	10,8108
	N	37	37
	Std. Deviation	5,33249	7,26421
Total	Mean	17,3011	9,1932
	N	176	176
	Std. Deviation	5,10744	6,63559