

Desenvolvimento da versão em português da Escala de Avaliação de Mania de Bech-Rafaelsen (EAM-BR)

Flávio Shansis*
Marcelo T. Berlim**
Betina Mattevi***
Gabriela Maldonado****
Ivan Izquierdo*****
Marcelo Fleck*****

INTRODUÇÃO

Em 1971, Beigel et al¹ elaboraram a primeira escala de avaliação do estado maníaco. Esta escala foi concebida para ser administrada por enfermeiras que observassem pacientes maníacos em Unidades de Internação psiquiátrica. Desde então, surgiram mais três escalas de avaliação de pacientes maníacos para serem administradas por enfermeiras²⁻⁴. Surgiram também cinco escalas para avaliação do estado maníaco para serem administradas por clínicos⁵⁻⁹ e, ainda, uma escala para avaliação con-

junta por clínicos e enfermeiras¹⁰. A maioria destas escalas^{3,6-8} é derivada da primeira escala elaborada, que foi a Escala de Beigel de Avaliação do Estado Maníaco¹. A escala de Secunda e colaboradores¹⁰, por sua vez, é derivada de uma combinação de instrumentos já existentes, enquanto que a escala para avaliação de mania mais recentemente elaborada, que é a escala de Altman ou CARS-M⁹, é derivada do SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia)¹¹.

Como se observa, portanto, o número de escalas de avaliação de mania é relativamente limitado. Por outro lado, sabe-se que a avaliação de drogas anti-maníacas requer instrumentos adequados para medir tanto a severidade da mania¹², quanto a eficácia de uma determinada medicação. Infelizmente, nem todas as escalas de mania foram testadas em relação a diferentes qualidades psicométricas. Testar tais qualidades é algo necessário para se confirmar se tais instrumentos são efetivamente adequados. Por exemplo, todas as escalas de mania apresentam relatos de confiabilidade aceitáveis⁹, mas apenas algumas apresentam validade concorrente contra escalas de avaliação glo-

Trabalho realizado nos Departamentos de Bioquímica e de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.

* Médico Psiquiatra do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Mestre em Bioquímica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutorando em Bioquímica (UFRGS).

** Médico, Aluno do Curso de Especialização em Psiquiatria do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS, Mestrando em Psiquiatria pela UFRGS

*** Médica, Residente do Serviço de Psiquiatria do HCPA.

**** Médica, Residente do Serviço de Dermatologia Sanitária da Secretaria da Saúde do estado do Rio Grande do Sul.

***** Professor Titular do Departamento de Bioquímica da UFRGS.

***** Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.

bal ou contra outras escalas de mania^{1,3,6,8,9}. Um outro parâmetro, o da validade externa, foi avaliado em quatro destas escalas^{5,8-10}, a partir de mudanças nos seus escores durante tratamento. Já a validade interna foi avaliada a partir da *análise de correlação* em quatro escalas^{1,6,8,13} ou da *análise dos componentes principais* em três destes instrumentos^{2,9,14}; entretanto, estes procedimentos de avaliação da validade interna são mais sugestivos do que conclusivos¹⁵. Desta forma, conclui-se que, além do número limitado de escalas de avaliação de mania disponíveis, muitas delas não foram ainda completamente testadas em relação às suas qualidades psicométricas. A maioria apresenta limitações metodológicas que restringem sua utilidade clínica e diagnóstica¹⁶, assim como sugerem questionamentos sobre os resultados dos ensaios clínicos que as utilizam.

Em países de língua portuguesa, como o Brasil, a situação é ainda mais problemática, na medida em que há apenas um instrumento de avaliação de mania validado que é a Escala de Mania de Young – modificada para o português por Vilela e Loureiro¹⁷. A escala de Young foi criada em 1978⁸ e é, ainda hoje em dia, a mais utilizada em ensaios clínicos que avaliam novas drogas anti-maníacas. Apesar de ser uma escala bastante fácil de ser usada, esta escala possui uma série de limitações metodológicas (como por exemplo, a escolha arbitrária de três itens que recebem pontuação maior do que os oito itens restantes e a pouca valorização de sintomas psicóticos). Nosso grupo disponibilizou, recentemente, a versão em português da Escala de Mania de Altman e colaboradores para ser administrada pelo clínico (EACA-M)¹⁸, assim como criamos um Guia para Avaliação do Estado Maníaco (GAEM)¹⁹ em português, o qual permite serem preenchidas as escalas de Young, Altman e de Bech-Rafaelsen.

Com o intuito de disponibilizar mais um instrumento de avaliação do estado maníaco em nosso meio, que seja válido e confiável, os autores do presente estudo desenvolveram a versão em português da “Bech-Rafaelsen Mania Scale” (BRMaS) de Bech e colaboradores⁷. Esta escala já foi traduzida para o francês²⁰ e para várias línguas nórdicas como o dinamarquês, o finlandês, o norueguês e o sueco²¹. A escala em português chamar-se-á “Escala para Avaliação de Mania de Bech-Rafaelsen” (EAM-BR) ou “Escala de Mania de Bech-Rafaelsen”. Dessa forma, os objetivos desse artigo são: (1) descrever a metodologia de elaboração da versão em português da EAM-BR, (2) transmitir as impressões dos profissionais que a utilizaram e

(3) disponibilizar a escala na íntegra em língua portuguesa (**Anexo 1**).

MÉTODOS

Procedimentos para adaptação da BRMaS para ser utilizada em nosso meio

Inicialmente, um grupo formado por 2 psiquiatras e 3 acadêmicos de medicina brasileiros traduziu a escala original para o português. Em seguida, uma tradutora especializada fez a versão dessa escala do português para o inglês (back-translation). Essa versão em inglês foi, então, enviada para o autor da BRMaS (Per Bech) para que esse a confrontasse com a escala original em inglês. As discrepâncias encontradas foram discutidas entre o autor e o grupo brasileiro com trocas de e-mails, a partir do que foi obtida a tradução definitiva para o português. Esse procedimento, abrangendo a um só tempo o conhecimento dos dois idiomas e do construto clínico de mania, favoreceu a obtenção de uma versão equivalente à original, tanto do ponto de vista da estrutura lingüística quanto do ponto de vista do conteúdo semântico.

Desenvolvimento da Versão Original em Inglês da Escala

A escala descrita no presente artigo, intitulada “Bech-Rafaelsen Mania Scale” (BRMaS)¹³, foi desenvolvida para ser aplicada na forma de uma entrevista semi-estruturada breve conduzida pelo clínico. O objetivo da elaboração por parte de seus autores foi o de incluí-la como um dos pólos de avaliação de “estados maníaco-melancólicos”, no qual o pólo da melancolia seria avaliado pela escala de Hamilton para depressão²². A BRMS investiga a presença versus a ausência de sintomas maníacos, sua severidade e sua mudança em resposta ao tratamento. Ela é derivada primariamente das escalas de mania de Beigel¹ e de Petterson⁵ e contém 11 itens. Cada item é pontuado em uma escala de Likert de 5 categorias, onde 0 = não presente, 1 = bastante leve ou duvidoso, 2 = leve, 3 = moderado, 4 = severo. O último dos itens da escala – referente a “trabalho” – é pontuado na primeira avaliação do paciente e nas avaliações subseqüentes de forma diferente e, por isso, está representado como dois sub-itens distintos. Na construção da escala, os itens foram selecionados pela sua relevância teórica e prática para o comportamento maníaco em oposição à escala de depressão de Ha-

milton⁷. A BRMaS é administrada, em geral, em 15 a 30 minutos, e sua pontuação contempla aspectos relatados pelo paciente e observados pelo entrevistador.

Propriedades Psicométricas da Escala Original

As informações apresentadas abaixo são oriundas de diversos artigos^{12,23,24} que, ao longo dos últimos anos, foram avaliando as diferentes qualidades psicométricas da BRMaS, uma vez que o artigo que a originou⁷ apenas apresentava a confiabilidade inter-avaliadores.

A) AVALIAÇÃO DA CONFIABILIDADE

Confiabilidade Inter-avaliadores

A confiabilidade inter-avaliadores foi determinada, no artigo original, a partir da pontuação feita por quatro psiquiatras na avaliação de 38 pacientes, com idade entre 25 e 70 anos (24 com sintomas depressivos e 14 com sintomas maníacos). Três destes 14 pacientes maníacos foram avaliados em duas ocasiões, o que originou, portanto, 17 avaliações de apresentações de mania. Cabe ressaltar, ainda, que o número de avaliadores variou de paciente para paciente e, como afirmam os próprios autores, “a média dos escores pontuados foi feita independentemente do número de avaliadores”⁷. Usando, portanto, o total de escores obtidos, a confiabilidade inter-avaliadores foi de 0,80 pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) – que é o melhor forma de avaliar este parâmetro²⁵ – e de 0,95 pelo coeficiente de Spearman – método hoje em dia considerado inadequado para avaliação da confiabilidade inter-avaliadores. Em um outro estudo, bem mais recente, publicado em 2001²⁴ com 124 pacientes em episódio maníaco, a confiabilidade inter-avaliadores foi avaliada por dois psiquiatras em 30 destes pacientes. Usando o coeficiente de Pearson (também um método não muito adequado para este fim), o resultado foi de 0,92. De qualquer forma e, independentemente do método utilizado, parece haver uma excelente concordância entre os pontuadores para a grande maioria dos itens.

B) AVALIAÇÃO DA VALIDADE

B.1) Validade de Conteúdo

O conteúdo da BRMaS, como citado anteriormente, foi baseado nas escalas de mania de

Beigel¹ e de Petterson⁵. A BRMaS foi desenvolvida um pouco antes da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-III)²⁶ e da décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)²⁷. Contudo, o universo dos itens para mania é similar ao DSM-III, DSM-IV²⁸ e CID-10. Em outras palavras, a validade de conteúdo da BRMaS parece ser adequada²³.

B.2) Validade Concorrente

A validade concorrente foi aferida através da comparação entre os escores totais da BRMaS e os da Clinical Global Impression Scale (CGI) em uma amostra de 80 pacientes²³. A BRMaS foi comparada à CGI, definindo-se como resposta uma redução de 50% ou mais nos escores desde a avaliação basal até o término do estudo de resposta ultra-rápida de 6 dias a antipsicóticos em quadros de mania. Utilizando-se a BRMS, 52,5% dos pacientes obtiveram resposta, enquanto que com a CGI este índice foi de 30%, e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,01$). A **tabela 1** apresenta a estandarização da BRMaS em termos das categorias apresentadas pela CGI. Desta forma, se observa que a um aumento dos escores na BRMS há um aumento correspondente na CGI. Ao escore de inclusão da CGI de 3 ou mais como apresentando mania, corresponde o escore de 15 ou mais pontos na BRMS.

Tabela 1: Estandarização da Bech-Rafaelsen Mania Scale (BRMaS) quando comparada à Clinical Global Impression Scale (CGI)*

Clinical Global Impression Scale (CGI) (categorias diagnósticas)	BRMaS (média +/- DP) (pontuação na escala)
1. Sem mania	5.2 +/- 1.8
2. Mania duvidosa	10.0 +/- 5.2
3. Mania leve	15.3 +/- 7.0
4. Mania moderada	20.9 +/- 8.0
5. Mania grave	28.6 +/- 7.0
6. Mania severa	32.5 +/- 3.5

* Adaptada de Bech P et al, 2001.²³

B.3) Consistência Interna

Os testes clássicos para avaliação da consistência interna são o Coeficiente α de Cronbach e a Análise dos componentes principais²⁹. Já os testes menos clássicos – como os testes que avaliam o conceito de dimensionalidade –

são os do Coeficiente de Loevinger de homogeneidade³⁰ e a Análise de Rash^{15,31}. A diferença entre estes conceitos é de que a *consistência* é a identificação de um item relacionado a uma variável isolada sem requerer uma estrutura hierárquica entre os itens. Já a *dimensionalidade* requer que os itens relacionados a uma variável isolada também possuam uma estrutura hierárquica ou uma ordem mostrando que alguns itens medem o grau leve da variável, outros, seu grau moderado e, finalmente, outros medem seu grau severo. Se uma ordem hierárquica entre os itens de uma escala consegue ser demonstrada, então o escore total de um item individual possuirá suficiente força estatística.

Um *Coeficiente a de Cronbach* com valores entre 0,70 e 0,90 é considerado adequado. A partir de três estudos que avaliaram no seu total 80 pacientes maníacos, sendo 61 mulheres e 19 homens, que haviam recebido medicação antipsicótica agudamente (zuclopentixol, haloperidol e clorpromazina), foi calculado o *a de Cronbach*. Na avaliação basal, este coeficiente foi de 0,80 e no primeiro dia de medicação foi de 0,90, resultados considerados satisfatórios²³.

Em relação ao Coeficiente de Loevinger de homogeneidade, coeficientes de 30 ou mais são considerados aceitáveis. Nos mesmos estudos citados anteriormente²³, na avaliação basal, ele foi limítrofe (= 0,29), mas no primeiro dia de medicação foi de 0,49.

Em um estudo realizado com 80 pacientes maníacos em uso de lítio ou de anticonvulsivantes²³, a análise dos componentes principais evidenciou um fator geral. Este fator explicou 36,3% da variância na avaliação basal e 52,2% no dia 1. Em outro estudo²⁴ envolvendo 124 pacientes com mania (40 homens e 84 mulheres), a análise dos componentes principais encontrou três fatores que explicavam 40,3% da variância. O primeiro fator e o mais forte pode ser chamado de “fator de ativação-euforia” (29,4%), o segundo refere-se aos itens relacionadas à hostilidade-destrutividade (6%) e o terceiro representa transtorno de sono (4,9%).

Na análise de Rash, uma versão dicotômica dos itens tem sido usada e o nível de rejeição utilizado é de $p \leq 0,01$. No estudo já citado²³, a análise de Rash aceitou os 11 itens da BRMS para constituírem apenas uma dimensão dos estados maníacos. Na avaliação de base, o *p* foi de 0,44 na comparação entre baixos escores com altos escores, e de 0,17 quando comparados os pacientes homens com as mulheres. Em um outro estudo¹², que realizou a

análise da estrutura latente desta escala a partir do Modelo de Rash, os resultados foram bastante semelhantes. Cabe salientar que neste outro estudo foram avaliados 100 pacientes com graus de leve a moderado de mania, enquanto que no outro estudo – que avaliava a eficácia dos antipsicóticos – havia mais pacientes incluídos com mania severa. Portanto, estes dois estudos proporcionam o achado psicométrico mais robusto da BRMS, qual seja: a análise de dimensionalidade pelo método de Rash demonstrou, tanto em pacientes com mania leve e moderada, quanto nos pacientes com mania severa, que esta é uma escala unidimensional. Em outras palavras, que o escore total da BRMS possui “força estatística” para medir a severidade dos estados maníacos.

Importante ressaltar, entretanto, que o trabalho de Licht e Jensen¹² utilizando vários métodos para análise da estrutura latente da BRMS, chegou às seguintes conclusões: a) excluiu o item “trabalho”, pois todos os pacientes estavam internados e, por definição na escala, receberiam pontuações 3 ou 4; b) o modelo estatístico utilizado permitiu simplificar as categorias de escores. Com isso, as categorias que recebiam pontuação 1 e 2 passaram a ser pontuadas como “1” e as categorias que recebiam pontuação 3 e 4 passaram a receber o valor “2”; c) dos dez itens restantes (sem o item “trabalho”), quatro apresentaram parâmetros de baixa discriminação e, por isso, passaram a receber pontuação apenas de 0 e de 1 (para todos os escores acima de zero). Estes itens foram: humor, auto-estima, sono e interesse sexual. Em função destes novos escores, por este trabalho¹², a pontuação na BRMS teoricamente iria variar entre 0 a 16, e não mais 0 a 44 como na versão original. Com isso, Licht e Jensen¹² denominam a escala, que resultou do seu cuidadoso trabalho, de BRMaS-M (ou MaS-M), ou Bech-Rafaelsen Mania Scale Modified. Apesar da robustez da análise psicométrica utilizada, esta versão modificada da escala original não tem sido largamente utilizada.

Impressão dos profissionais que utilizaram a EAM-BR

A versão em português da Escala de Avaliação de Mania de Bech-Rafaelsen (EAM-BR) mostrou ser este um instrumento fácil e objetivo de ser utilizado. Não possui, entretanto, “âncoras” explicativas como as existentes na Escala de Altman original⁹ e na sua versão para o Português de Shansis e colaboradores¹⁸, assim como na Escala de Young modificada em portu-

guês por Vilela e Loureiro¹⁷. Estas âncoras proporcionam uma segurança maior ao entrevistador, o que não ocorre na grande maioria de escalas existentes em psiquiatria. Estas explicações aparecem tanto como definições conceituais ao lado do título de cada item, como também aparecem na forma de exemplos em cada um dos níveis de severidade. Isto facilita enormemente a tarefa de pontuação.

Percebe-se que a EAM-BR é um instrumento com muito bom potencial, de fácil manejo e que possibilita uma boa avaliação de um quadro maníaco eufórico clássico. Apresenta, entretanto, limitações para avaliação de quadros mais graves (não há itens para alucinações, por exemplo, nem pontua outros delírios que não os grandiosos), assim como para quadros subsindrômicos (como aliás, quase todas as escalas de mania). Resultados objetivos das qualidades psicométricas da versão em português da EAM-BR serão objeto de futuras publicações.

DISCUSSÃO

Para a elaboração de EAM-BR, os seus itens foram selecionados pela sua relevância teórica e prática para o comportamento maníaco em oposição à escala de depressão de Hamilton²². Na realidade, esta é uma característica interessante do construto conceitual desta escala que tenta abarcar o largo espectro dos “estados maníaco-melancólicos”.

Por outro lado, chamam a atenção algumas limitações importantes nesta escala, em especial no que diz respeito aos ditos sintomas psicóticos. A EAM-BR não possui nenhum item que avalie alucinações – sintoma bastante comum em quadros de mania grave. Também, avalia pobremente alterações de pensamento. Apenas no item de “auto-estima” aparecem idéias supervalorizadas de grandeza, assim como verdadeiros delírios grandiosos; entretanto, outros tipos de delírios (persecutórios, por exemplo) não são avaliados. Neste aspecto em particular, chama a atenção que a escala de Young⁸ – a escala de mania mais utilizada na literatura – também apresenta importantes falhas na avaliação destes sintomas tão comuns em apresentações maníacas, como os sintomas psicóticos.

Em relação à confiabilidade inter-avaliadores, a EAM-BR apresenta uma excelente concordância entre os pontuadores para a grande maioria dos itens avaliada pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC), que hoje é considerado o melhor padrão de mensuração desta

qualidade psicométrica. Em relação aos estudos de validade, a EAM-BR apresenta excelentes resultados quando são avaliados a sua consistência interna e validação concorrente. Mostrou-se ser bastante sensível às mudanças abruptas ocorridas após o uso de antipsicóticos em quadros maníacos, e esta variação se deu em paralelo àquelas ocorridas na CGI.

No que diz respeito à avaliação da consistência interna, além do Coeficiente α de Cronbach e da Análise dos componentes principais que geralmente são descritos nos estudos de vários instrumentos em psiquiatria, a escala de Bech-Rafaelsen é a única escala de avaliação de mania que apresenta estudos com análise de dimensionalidade. Na análise da estrutura latente desta escala a partir do modelo de Rash, por exemplo, demonstrou, tanto em pacientes com mania leve e moderada, quanto nos pacientes com mania severa, que é uma escala unidimensional: mede, portanto, a severidade dos estados maníacos. No excelente trabalho de Licht e Jensen¹², foram utilizados vários métodos para análise da estrutura latente da BRMS. Neste trabalho o item “trabalho” foi excluído, pois todos os pacientes estavam internados e, por definição na escala, receberiam pontuações 3 ou 4. Além disso, este modelo estatístico permitiu simplificar as categorias de escores (a escala passou a possuir apenas dois escores). Dos dez itens restantes (sem o item “trabalho”), quatro apresentaram parâmetros de baixa discriminação (humor, auto-estima, sono e interesse sexual). A escala que resultou deste cuidadoso trabalho passou a ser chamada de BRMaS-M (ou MaS-M), ou Bech-Rafaelsen Mania Scale Modified. A escala modificada que resultou deste estudo possui robustez na análise psicométrica utilizada, entretanto não tem sido muito utilizada.

Em relação a sua versão em português – a EAM-BR –, todos os cuidados foram tomados para que a mesma mantivesse em outra língua as suas características originais, tanto do ponto de vista da estrutura lingüística quanto do ponto de vista do conteúdo semântico. Para tanto, os autores do presente artigo preocuparam-se em realizar todas as etapas necessárias para este fim, a saber: a) painel bilíngüe de tradução e discussão de todos os itens; b) retrotradução por pessoa habilitada e com larga experiência em versões de escalas em nosso meio; c) envio ao próprio autor da escala da nova versão em inglês originada a partir da sua tradução para o português; d) discussão com o autor dos pontos pendentes, bem como nova discussão entre os participantes do grupo de pesquisadores brasi-

leiros até se chegar a um consenso. Com isso, entende-se que a versão que agora está sendo disponibilizada à comunidade científica de língua portuguesa é a mais próxima possível da escala original.

CONCLUSÕES

Em nosso meio, além do desenvolvimento pelo nosso grupo da versão em Português da Escala Administrada pelo Clínico para Avaliação de Mania (EACA-M) – “Escala de Mania de Altman”¹⁸ –, temos apenas a versão já validada em português da escala de Young modificada (EAM-m) por Vilela e Loureiro¹⁷. Ainda que esta seja a escala mais amplamente utilizada em ensaios clínicos, algumas críticas sobre ela vêm gradativamente ocorrendo na comunidade científica, em especial sobre a sua validade de conteúdo em relação à complexidade das apresentações de uma síndrome maníaca e à falta de mais trabalhos avaliando as suas propriedades psicométricas. A Escala de Mania de Bech-Rafaelsen possui também algumas destas limitações conceituais existentes na escala de Young; entretanto, seus autores e colaboradores vêm publicando trabalhos bastante consistentes que avaliam muitas propriedades psicométricas^{7,12,15,21,23,24}. Neste sentido, a escala de Bech-Rafaelsen vem contribuindo para a comunidade científica interessada em escalas, pois vem sendo submetida a diferentes estudos e demonstra boas qualidades psicométricas.

A sua versão em português aqui apresentada, denominada de Escala de avaliação de mania de Bech-Rafaelsen (EAM-BR), vem se juntar à escala de Young¹⁷ e à escala de Altman publicada por nosso grupo¹⁸, para também ficar disponível à comunidade científica de língua portuguesa. A EAM-BR possui uma versão bem cuidada e contou com a anuência do próprio autor da escala original. Desta forma, os autores do presente trabalho disponibilizam uma nova escala de mania em português que apresenta robustez nas suas qualidades psicométricas e aguardam para que a mesma possa ser testada em nosso meio. Além disso, esperam que a mesma possa melhor guiar a prática diária dos psiquiatras de língua portuguesa no manejo de pacientes maníacos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beigel A, Murphy D, Bunney W. The manic-state rating scale. Scale construction, reliability and validity. Arch Gen Psychiatry 1971; 25: 256-62.
2. Murphy D, Pickar D, Alterman I. Methods for the quantitative assessment of depressive and manic behaviour. In: Burdick E et al. The behaviour of psychiatric patients. New York, Marcel Dekker, 1982.
3. Brierley C, Szabadi E, Rix K, Bradshaw C. The Manchester Nurse Rating Scale for the daily simultaneous assessment of depressive and manic ward behaviours. J Affect Disorders 1988; 15: 45-54.
4. Mazmanian D, Sharma V, Persad E et al. Development and validation of a scale for rating mood states of psychiatric inpatients. Hosp Commun Psychiatry 1994; 45: 238-41.
5. Petterson U, Fyro B, Sedvall G. A new scale for the longitudinal rating of manic states. Acta Psychiatrica Scand 1973; 49: 248-56.
6. Blackburn I, Loudon J, Ashworth C. A new scale for measuring mania. Psychol Medicine 1977; 7: 453-58.
7. Bech P, Rafaelsen O, Kramp P, Bolwig T. The mania rating scale: scale construction and inter-observer agreement. Neuropharmacology 1978; 17: 430-431.
8. Young, R, Biggs J, Ziegler V, Meyer D. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. British J Psychiatry 1978; 133: 429-35.
9. Altman EG, Hedeker DR, Janicak PG, et al. The Clinician-Administered Rating Scale For Mania (CARS-M): Development, reliability, and validity. Biol Psychiatry 1994; 36:124-34.
10. Secunda S, Katz M, Swann A, et al. Mania. Diagnosis, state measurement and prediction of treatment response. J Affect Disorders 1985; 8: 113-21.
11. Endicott J, Spitzer R. A diagnostic interview. The Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1978; 35: 837-44.
12. Licht R, Jensen J. Validation of the Bech-Rafaelsen Mania Scale using latent structure analysis. Acta Psych Scandinavica 1997; 96: 367-72.
13. Bech P, Bolwig T, Kramp P, Rafaelsen O. The Bech-Rafaelsen Mania Scale and the Hamilton Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1979; 49: 420-30.
14. Double D. The factor structure of manic behaviour. Psychol Meas Psychopharmacology 1990; 18: 113-9.
15. Bech P. Rating Scales for Affective Disorders: their validity and consistency. Acta Psychiatr Scand 1981; 64 (Suppl 295): 25-35.
16. Poolsup, N, Li Wan, A, Oyebode, F. Measuring mania and critical appraisal of rating scale. J Clin Pharmacy and Therapeutics 1999; 24: 433-43.
17. Vilela J, Loureiro S. Escala de Avaliação de Mania de Young – Estudo das qualidades psicométricas da versão brasoleira. In: Gorentsein C, Andrade L, Zuairi A. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo, Lemos Editorial, 2000. p. 113-24
18. Shansis F, Berlim M, Mattevi B, Maldonado G, Izquierdo I, Fleck M. Desenvolvimento da Versão em Português da Escala Administrada pelo Clínico para Avaliação de Mania (EACA-M): “Escala de Mania de Altman” Revista Psiq do RS 2003; 25 (3): 412-25.
19. Shansis F, Grevet E, Mattevi B, Berlim M, Maldonado G, Santin A, Fleck M, Izquierdo I. Development and application of the mania rating guide (MRG). Rev Bras Psiquiatr 2003; 25 (2): 91-5
20. Pichot P, Chambon O, Poncet F et al. Echelles d'évaluation des états d'anxiété, de dépression, de manie, de schizophrénie: correspondance avc les syndrome du DSM III. 2me éd. Paris, Masson, 1991.
21. Baastrup P, Ahlfors U, Bejerkentstetd L et al. A controlled Nordic multicentre study of zuclopenthixol acetate in oil solution, haloperidol and zuclopenthixol in the treatment of acute psychosis. Acta Psychiatr Scand 1993; 87: 48-58.

22. Hamilton, M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg* 1960; 23: 56-62.
23. Bech P, Baastrup P, de Bleeker E, Ropert R. Dimensionality, responsiveness and standardization of the Bech-Rafaelsen Mania Scale in the ultra-short therapy with antipsychotics in patients with severe manic episodes. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 25-30.
24. Rossi A, Daneluzzo E, Arduini L, Domenico M, Pollice R, Petrucci C. A factor analysis of signs and symptoms of the manic episode with Bech-Rafaelsen Mania and Melancholia Scales. *J Affect Disorders* 2001; 64: 267-70.
25. Fleiss JL. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. New York: Wiley & Sons, 2nd edition, 1981.
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd (DSM-III)*. Washington DC, American Psychiatric Association, 1980.
27. World Health Organization. *International Classification of Diseases, 10th revision (ICD-10)*. Geneva, World Health Organization, 1993.
28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th (DSM-IV)*. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
29. Bech P. *Rating scales for psychopathology, health status and quality of life. A compendium on documentation in accordance with DSM-III-R and WHO systems*. Berlin, Springer, 1993.
30. Mokken R. *A theory and procedure of scale analysis*. Paris, Mouton, 1971.
31. Rash G. *Probabilistic models for some intelligence and attainment tests*. Chicago, University of Chicago Press, 1980.

RESUMO

No presente artigo, é apresentado o desenvolvimento da versão em português da Bech-Rafaelsen Mania Rating Scale (BRMaS) de Bech e colaboradores intitulada: Escala de Avaliação de Mania de Bech-Rafaelsen (EAM-BR). A EAM-BR foi desenvolvida para ser aplicada na forma de uma entrevista semi-estruturada breve conduzida pelo clínico. Ela investiga a presença versus a ausência de sintomas maníacos, sua severidade e sua mudança em resposta ao tratamento. São descritas as qualidades psicométricas da escala original. Com este artigo, a comunidade científica passa a dispor em português de mais um importante instrumento para avaliação do estado maníaco.

Descritores: Escalas de avaliação, mania, transtorno de humor bipolar.

ABSTRACT

In this article the authors present the development of the Portuguese-language version of a scale intended to evaluate the manic state: Bech-Rafaelsen Mania Rating Scale (BRMaS). The BRMaS was created in order to assist the clinician to evaluate a manic patient in a semi-structured interview. This article provides the scientific community with an important instrument to rate manic presentations in native speakers of Portuguese.

Keywords: Bipolar Disorder. Mania. Semi-Structured Interview.

Title: Development of the Portuguese Version of the Bech-Rafaelsen Mania Rating Scale (BRMaS)

RESUMEN

En este artículo se presenta el desarrollo de la versión en portugués de la Bech-Rafaelsen Mania Rating Scale (BRMaS) de Bech y colaboradores titulada: Escala de la Evaluación de Manía de Bech-Rafaelsen (EAM-BR). La EAM-BR fue desarrollada para ser aplicada en la forma de entrevista semi-estructurada breve conducida por el clínico. Ella investiga la presencia versus la ausencia de síntomas maníacos, su severidad y su mudanza en respuesta al tratamiento. Son descritas las cualidades psicométricas de la escala original. Con este artículo la comunidad científica dispone, en portugués, de un importante instrumento a más para la evaluación del estado maníaco.

Palabras-clave: Escalas de evaluación, manía, trastorno de humor bipolar.

Título: Desarrollo de la versión en Portugués de la Escala de Evaluación de la Manía de Bech-Rafaelsen (EAM-BR)

Endereço para correspondência:
Flávio Shansis
Av. Taquara, 586/606
90460-210 – Porto Alegre – RS
E-mail: shansis.ez@terra.com.br

**ANEXO 1: Escala de Avaliação de Mania de Bech-Rafaelsen (EAM-BR)
(Bech P, Rafaelsen O, Kramp P, Bolwig T, 1978)
Versão em português: Shansis F, Berlim M, Mattevi B, Maldonado G,
Izquierdo I, Fleck M, 2003**

Lista de Definições

1. Atividade (motora)

- 0: Atividade motora normal, expressão facial adequada.
- 1: Atividade motora levemente aumentada, expressão facial vívida (animada).
- 2: Atividade motora um tanto excessiva, gestos vívidos (animados).
- 3: Atividade motora francamente excessiva, movimentando-se a maior parte do tempo. Levanta-se uma ou várias vezes durante a entrevista.
- 4: Constantemente ativo, inquieto e com muita energia. Mesmo se solicitado, o paciente não consegue sentar sossegado.

2. Atividade (verbal)

- 0: Atividade verbal normal.
- 1: Um tanto falante.
- 2: Muito falante, sem intervalos espontâneos na conversação.
- 3: Difícil de interromper.
- 4: Impossível de interromper, domina completamente a conversação.

3. Fuga de idéias

- 0: Discurso coeso, sem fuga de idéias.
- 1: Descrições vívidas (animadas), explicações e elaborações sem perder a conexão com o tópico da conversação. O discurso ainda é coeso.
- 2: Repetidamente, é difícil para o paciente permanecer no tema, uma vez que o paciente é distraído por associações ao acaso (freqüentemente faz rimas, sons, trocadilhos, partes de versos ou música).
- 3: A linha de pensamento é regularmente interrompida por associações dispersivas.
- 4: É difícil a impossível seguir a linha de pensamento do paciente, uma vez que o paciente constantemente pula de um assunto para outro.

4. Voz/Nível de ruído

- 0: Volume de voz normal.
- 1: Fala alto sem ser barulhento.
- 2: Voz discernível à distância, um tanto barulhenta.
- 3: Vociferante, voz discernível à longa distância, barulhento, cantando.
- 4: Gritando, berrando, ou usando outras formas de barulho devido à rouquidão.

5. Hostilidade/destrutividade

- 0: Sem sinais de impaciência ou hostilidade.
- 1: Um tanto impaciente ou irritável, mas o controle está mantido.
- 2: Marcadamente impaciente ou irritável. Provocação mal tolerada.
- 3: Provocativo, faz ameaças, mas pode ser acalmado.
- 4: Violência física manifesta. Fisicamente destrutivo.

6. Humor (sentimentos de bem-estar)

- 0: Humor neutro.
- 1: Humor levemente elevado, otimista, mas ainda adaptado à situação.
- 2: Humor moderadamente elevado, gracejando, rindo.
- 3: Humor marcadamente elevado, exuberante tanto nas atitudes quanto no discurso.
- 4: Humor extremamente elevado, completamente inadequado à situação.

7. Auto-estima

- 0: Auto-estima normal.
- 1: Auto-estima levemente aumentada, vangloriando-se um pouco.
- 2: Auto-estima moderadamente aumentada, vangloriando-se. Uso freqüente de superlativos.
- 3: Gabando-se, idéias irreais.
- 4: Idéias grandiosas; impossível de ser corrigido.

8. Contato

- 0: Contato normal.
- 1: Levemente intrometido, “metendo o bedelho”.
- 2: Moderadamente intrometido e argumentador.
- 3: Dominador, manipulador, diretivo, mas ainda dentro do contexto.
- 4: Extremamente dominante e manipulador, fora do contexto.

9. Sono (média das últimas 3 noites)

- 0: Duração habitual do sono.
- 1: Duração do sono reduzida em 25%.
- 2: Duração do sono reduzida em 50%.
- 3: Duração do sono reduzida em 75%.
- 4: Ausência de sono.

10. Interesse sexual

- 0: Interesse e atividades sexuais habituais.
- 1: Leve aumento do interesse e das atividades sexuais.
- 2: Moderado aumento do interesse e das atividades sexuais.
- 3: Marcado aumento do interesse e das atividades sexuais, como demonstrado pelas atitudes e discurso.
- 4: Completamente e inadequadamente absorto na sexualidade.

11. Trabalho

A. Na primeira avaliação do paciente

- 0: Atividade de trabalho normal.
- 1: Atividade levemente aumentada, mas a qualidade do trabalho está levemente reduzida, uma vez que a motivação está mudando; o paciente está relativamente suscetível a distrações.
- 2: Atividade aumentada, mas motivação claramente flutuante. O paciente tem dificuldades em julgar a qualidade de seu próprio trabalho e a qualidade está de fato diminuída. Freqüentemente discute no trabalho.
- 3: Capacidade para trabalho claramente reduzida e de tempos em tempos o paciente perde o controle. Tem que parar de trabalhar e ser afastado. Se o paciente é hospitalizado, ele pode participar alguma horas por dia das atividades da enfermaria.
- 4: O paciente está (ou deveria estar) hospitalizado e incapaz de participar de atividades de enfermaria.

B. Em avaliações semanais

- 0: a) O paciente retomou o trabalho no seu nível de atividade normal.
b) Quando o paciente não terá nenhum problema em retomar o trabalho normal.
- 1: a) O paciente está trabalhando, mas o esforço está um pouco reduzido devido a ter mudado a sua motivação.
b) É duvidoso se o paciente pode retomar o trabalho normal em escala completa, devido à tendência à distração e mudança de motivação.
- 2: a) O paciente está trabalhando, mas a um nível claramente reduzido, por exemplo, devido a episódios de não-comparecimento.
b) O paciente ainda está hospitalizado ou em dispensa. Ele só está hábil a retomar o trabalho se precauções especiais forem tomadas: supervisão próxima e/ou redução do tempo.
- 3: O paciente ainda está hospitalizado ou afastado e é incapaz de retomar o trabalho. No hospital, ele participa algumas horas por dia nas atividades da enfermaria.
- 4: O paciente ainda está hospitalizado e, em geral, incapaz de participar das atividades da enfermaria.