

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS - UCPEL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

FANNY HELENA MARTINS SALLES

FATORES PSICOSSOCIAIS E BIOLÓGICOS
NOS PORTADORES DE SOFRIMENTO PSÍQUICO
ATENDIDOS NO CAPS II- BAGÉ

Pelotas
2016

FANNY HELENA MARTINS SALLES

**FATORES PSICOSSOCIAIS E BIOLÓGICOS
NOS PORTADORES DE SOFRIMENTO PSÍQUICO
ATENDIDOS NO CAPS II- BAGÉ**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas – UCPEL, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Saúde e Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

Pelotas
2016

**FATORES PSICOSSOCIAIS E BIOLÓGICOS
NOS PORTADORES DE SOFRIMENTO PSÍQUICO
ATENDIDOS NO CAPS II- BAGÉ**

Conceito final: _____

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a.Dra. Taiane de Azevedo Cardoso

Prof^a. Dra. Liliane da Costa Ores

Prof. Dr. Jean Pierre Oses

Prof^a. Dr. Karen Jansen

Orientador - Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

AGRADECIMENTOS

Agradeço de forma especial:

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento pela cordialidade e empenho para que este estudo fosse realizado e a comunidade de Pelotas que tão gentilmente me acolheu, assim como os colegas e professores do doutorado.

Aos colegas e usuários do Centro de Atenção Psicossocial II de Bagé que colaboraram desde o início da investigação e sem os quais esta não seria possível.

A Universidade da Região da Campanha que disponibilizou meu tempo para que eu pudesse frequentar as aulas e efetivar os estudos.

Aos queridos colegas do curso de psicologia que precisaram abrir mão de minha participação em projetos dos quais eu deveria fazer parte durante dois anos.

Ao meu marido e companheiro Luis Olavo que soube compreender minha ausência, incentivando-me a prosseguir mesmo nas horas mais difíceis.

As minhas três filhas ‘Helena’, ‘Luísa’ e ‘Silvia’ que me incentivaram em todos os momentos; especialmente à ‘Silvia’, que também doutoranda muito contribuiu com seu vasto saber de pesquisadora.

Ao meu orientador ‘Professor Dr. Ricardo Azevedo Silva’, que com seu entusiasmo e conhecimento não me deixou esmorecer.

Muito especialmente ao ‘Pedro San Martin Soares’ e a ‘Thaise Campos Mondin’, dois jovens talentos que tão maduramente comprometeram-se com a ciência, colocando seus saberes a serviço do desenvolvimento humano. Obrigada pelo companheirismo e disponibilidade sempre!

Ainda agradeço as colegas ‘Carolina Wiener’ e ‘Mariane’ que despretensiosamente me auxiliaram com técnicas fundamentais pra este estudo.

Agradeço finalmente à vida que oportunizou que eu chegasse até aqui, aprendendo com doutores em conhecimento e em convivência humana.

Com certeza termino este estudo sentindo-me, acima de tudo, melhor pessoa.

Muito obrigada a todos!

“Mas se com a idade a gente dá para repetir certas histórias, não é por demência senil, é por que certas histórias não param de acontecer em nós até o fim da vida”.

(Chico Buarque de Holanda)

RESUMO

Este estudo investigou indicadores psicopatológicos, psicossociais e biológicos na demanda populacional que buscou atenção no ambulatório de saúde mental do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS II- Bagé, de julho de 2013 a outubro de 2014. A presente tese se propõe a dois objetivos: 1) avaliar os níveis séricos do Fator de Crescimento Neural (NGF) e verificar possíveis associações entre NGF e a capacidade funcional nos pacientes psiquiátricos; e 2) avaliar a associação entre risco de suicídio, transtornos mentais e trauma na infância. Este foi um estudo transversal com uma amostra realizada por conveniência. Ao total, 376 usuários foram avaliados, de ambos os sexos, a partir dos 19 anos, que realizaram o primeiro atendimento nesta unidade especializada de saúde. A avaliação diagnóstica, bem como a presença de risco de suicídio foi realizada através da entrevista clínica estruturada Mini Plus (DSM-IV TR). A presença de eventos traumáticos foi verificada pelo Questionário sobre traumas na infância e/ou na adolescência (CTQ), de funcionalidade através da escala Functioning Assessment Short Test (FAST). Por fim, a coleta de material biológico foi realizada para a mensuração dos níveis séricos de NGF, através do método de ELISA. As análises estatísticas foram realizadas através do SPSS 22.0. Os níveis de NGF estiveram significativamente aumentados nos pacientes com transtorno obsessivo compulsivo e transtorno de ansiedade generalizada, quando comparados aos pacientes sem estes transtornos. NGF foi negativamente associado com os domínios de autonomia e cognição. O risco de suicídio esteve associado a maiores escores de trauma na infância. Na análise ajustada para idade e classe socioeconômica, o risco de suicídio manteve-se associado ao trauma infantil ($p=0.039$) e aos domínios de abuso emocional ($p=0.027$) e negligência emocional ($p=0.044$). Estas evidências comprovaram a necessidade de uma melhor compreensão da interação entre fatores psicossociais e os transtornos mentais para desenvolver formas de atenção protetivas ao sofrimento psíquico e ao risco de suicídio, tornando sua prevenção prioridade na agenda do CAPS e de toda rede de atenção em políticas públicas.

Palavras chave: Transtornos mentais. Fator de Crescimento Neural. Funcionalidade. Trauma na infância. Suicídio.

ABSTRACT

This study investigated psychopathological, psychosocial and biological indicators on the population that seeks attention in the *Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II)* Bagé, from July 2013 to October 2014. This thesis proposes two objectives: 1) to evaluate the serum NGF levels in psychiatric patients and to verify a possible association between serum NGF levels and functionality; and 2) to evaluate the association between risk of suicide, mental disorders and trauma in childhood. This was a cross-sectional study with a sample made for convenience. In total, 376 individuals were evaluated, of both sexes, aged from 19 y-old, who held the first service in this specialized health unit. The diagnostic evaluation, as well as the presence of suicide risk was performed using structured clinical interview Mini Plus (DSM-IV TR). The presence of traumatic events was assessed by the Questionnaire on trauma in childhood and / or adolescence (CTQ). Functionality was assessed through the Functioning Assessment Short Test (FAST) scale. Finally, the collection of biological material was performed to measure the serum levels of NGF, using ELISA method. Statistical analyzes were performed using SPSS 22.0. NGF levels were significantly increased in patients with obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder as compared to patients without these disorders. NGF was negatively associated with the domains of autonomy and cognition. Suicide risk was associated with greater trauma scores in childhood. In the adjusted analysis after control for age and socioeconomic status, suicide risk remained associated with childhood trauma ($p = 0.039$) and the domains of emotional abuse ($p = 0.027$) and emotional neglect ($p = 0.044$). Such evidence increases the need for a better understanding of interaction between psychosocial factors and mental disorders to develop forms of protective attention to psychological distress and risk of suicide, making prevention a priority in the CAPS and the entire network of care in public policies.

Keywords: Mental disorders. Neural growth factor. Functionality. Childhood trauma. Suicide.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

ARTIGO 1

Tabela 1 – Sample distribution and median (IQR) of serum NGF levels according to demographic and clinical characteristics	45
Tabela 2 – Functioning scores according to clinical characteristics	46
Tabela 3 – Multivariate Linear regression of the relation between NGF and Functioning scores and domains	47

ARTIGO 2

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas e clínicas de acordo com o risco de suicídio.....	60
Tabela 2 – Trauma infantil e risco de suicídio em pacientes com transtorno de humor, ansiedade e psicóticos	61
Figura 1 – Diferenças entre médias do CTQ de acordo com risco de suicídio nos grupos diagnósticos.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
BD	<i>Bipolar Disorder</i>
BDNF	<i>Brain-derived neurotrophic factor</i>
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CTQ	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- IV</i>
FAST	<i>Functional Assessment Screening Tool</i>
GAD	<i>Generalized Anxiety Disorder</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IEN - Indicador Econômico Nacional
IMC	Índice de Massa Corporal
MINI	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
NGF	<i>Nerve Growth Factor</i>
OCD	<i>Obsessive-compulsive Disorder</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Panamericana de Saúde
PPG	Programa de Pós-Graduação
RDoc	<i>Research Domain Criteria</i>
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TB	Transtorno Bipolar
TA	Transtorno de Ansiedade
TH	Transtorno de Humor
THB	Transtorno de Humor Bipolar
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TP	Transtorno do Pânico
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UCPEL	Universidade Católica de Pelotas
URCAMP	Universidade da Região da Campanha

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
PARTE I – PROJETO	13
1 IDENTIFICAÇÃO.....	14
1.1 Título	14
1.2 Doutoranda	14
1.3 Orientador.....	14
1.4 Instituição	14
1.5 Curso	14
1.6 Linha de Pesquisa	14
1.7 Data	14
2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	15
2.1 Introdução.....	15
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo Geral	17
3.2 Objetivos Específicos	17
3.3 Hipótese(s).....	17
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
4.1 Estratégia de busca	21
5 MÉTODOS	22
5.1 Delineamento	22
5.2 Cálculo da amostra	22
5.3 Critérios de Inclusão.....	22
5.4 Critérios de Exclusão.....	23
5.5 Instrumentos	23
5.5.1 Características da amostra	23
5.5.2 Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus).....	23
5.5.3 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) – Trauma na infância.....	23
5.5.4 Functional Assessment Screening Tool (FAST)	24
5.5.5 Definição de Variáveis	24
5.6 Pessoal Envolvido	25
5.7 Processamento e Análise dos Dados	26
5.8 Considerações Éticas	26
5.9 Cronograma	27
5.10Orçamento	27
6 REFERÊNCIAS.....	28
ARTIGO 1	33
ARTIGO 2.....	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
ANEXO (S).....	65
ANEXO I – Mini International Neuropsychiatric Interview.....	66
ANEXO II – Escala Breve de Funcionamento (FAST)	117
ANEXO III – Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).....	118

ANEXO IV – ABEP.....	120
ANEXO V – Questionário epidemiológico.....	121

APRESENTAÇÃO

Este trabalho segue a formatação para teses e dissertações do Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL), e será apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde e Comportamento. Esta tese será dividida em três partes: a primeira referente ao projeto, aprovado pelo comitê de ética da universidade em maio de 2013 (16429713.9.0000.5339), com o título: Fatores psicossociais e biológicos nos portadores de sofrimento psíquico atendidos no CAPS II-Bagé. Sua territorialidade contempla os municípios que compõem a 7ª Coordenadoria de Saúde: Dom Pedrito, Lavras, Hulha Negra, Candiota, Aceguá, Colônia Nova e Bagé /RS. A segunda parte é referente aos artigos resultantes deste projeto, o primeiro intitulado "*Mental disorders, functional impairment and nerve growth factor (NGF)*"; e o segundo "*Risco de suicídio e trauma na infância em usuários do CAPS/Bagé*". A terceira parte responde as hipóteses elaboradas no projeto de acordo com os resultados alcançados na conclusão do trabalho, buscando encontrar as respostas dos objetivos desta tese.

PARTE I – PROJETO

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

PROJETO DE DOUTORADO

Fanny Helena Martins Salles

FATORES PSICOSSOCIAIS E BIOLÓGICOS NOS PORTADORES DE SOFRIMENTO
PSÍQUICO ATENDIDOS NO CAPS II- BAGÉ/RS

Projeto de pesquisa elaborado para o Doutorado
em Saúde e Comportamento da Universidade
Católica de Pelotas, sob orientação do Prof. Dr.
Ricardo Azevedo da Silva.

Pelotas, Maio de 2013

1 IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título:

Fatores psicossociais e biológicos nos portadores de sofrimento psíquico atendidos no Centro de Atendimento Psicossocial II (Caps II) Bagé/RS

1.2 Doutoranda:

Fanny Helena Martins Salles

1.3 Orientador:

Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva.

1.4 Instituição:

Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.5 Curso:

Doutorado em Saúde e Comportamento

1.6 Linha de Pesquisa:

Estudo dos fatores psicossociais e biológicos nos portadores de sofrimento psíquico.

1.7 Data:

Maio de 2013.

2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 Introdução

O presente estudo busca aprimorar os conhecimentos científicos na atenção prestada aos usuários do Centro de Atendimento Psicossocial II- Bagé, no sentido de verificar os diagnósticos psicopatológicos mais prevalentes e as associações com a capacidade funcional, fatores biológicos e trauma na infância dos usuários do CAPS/Bagé. Este estudo poderá contribuir para o desenvolvimento de uma maior acuidade nas estratégias terapêuticas.

De acordo com Salles (2010)¹, desde 1975 vem se desenvolvendo em Bagé, modos de enfrentar a questão da doença mental segundo as diretrizes da reforma sanitária e da reestruturação da assistência em saúde mental, consagradas nas conferências estaduais e nacionais de saúde e de saúde mental, bem como da “Declaração de Caracas”, da OMS/OPS. No ano de 2004, o Serviço de Saúde Mental, como era chamado, foi instituído como Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS) por preencher os requisitos legais do Ministério da Saúde.

Com uma população de 121.000 habitantes, Bagé é o município sede da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde a qual é referência em saúde mental para Aceguá, Candiota, Hulha Negra, Lavras do Sul e Dom Pedrito. O ambulatório do CAPS II presta assistência a essa população com uma abrangência de 187.000 habitantes. A Unidade possui aproximadamente 15.000 usuários cadastrados¹.

No campo das clínicas psiquiátrica e psicológica, o ambulatório do CAPS II tem sido desafiado a buscar respostas a sua clientela em sofrimento mental que vá além da prescrição medicamentosa e do atendimento individual. A prevalência por diagnóstico realizada por Marques et al (2007)² em doze equipes das Estratégias de Saúde da Família em Bagé, assinalou grande incidência de psicoses esquizofrênicas(33%) e psicoses afetivas (22%), alcançando 55% do total geral, sendo estas as pessoas que menos aderem ao tratamento psicológico. Nos estudos de prevalência dos diagnósticos realizados em CAPS, 28,8% dos pacientes eram portadores de quadros psicóticos, 22% de transtornos afetivos e 20% de transtornos decorrentes do uso de substâncias.³ Em outro encontrou-se 34,4% dos usuários no grupo F30 (transtornos do humor); 25,6% no grupo F20 (esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes)⁴. Em Maceió, predominaram os diagnósticos de esquizofrenia (53,9%); transtornos de humor (35,7%); e transtornos neuróticos (10,4%)⁵.

Sendo o CAPS um serviço público de saúde para onde ocorre expressivo número de portadores de sofrimento psíquico, torna-se um espaço por excelência para que se efetivem estudos que identifiquem a clientela e suas necessidades. Assim, as entrevistas psiquiátricas, os inventários e escalas que medem fatores psicossociais são os instrumentos por excelência para estudos descritivos que ordenam e classificam as características dos fenômenos e que procuram explicá-los, analisando as variáveis que influenciam ou causam o surgimento dos mesmos.

Estudos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças mentais têm sido foco de atenção das pesquisas na área de saúde mental. Dentre esses, as experiências traumáticas ocorridas precocemente na vida dos indivíduos. A correlação entre traumas na infância e psicopatologia na vida adulta abrangem uma ampla gama de desfechos, desde dificuldades no funcionamento psicológico, alterações biológicas (disfunções no eixo hipotálamo-pituitário-adrenal, estudos de imagem estrutural e funcional, entre outros), até o desfecho de suicídio⁶⁻⁷.

Desta forma, o primeiro objetivo desta tese será avaliar os níveis séricos de NGF em pacientes psiquiátrico, bem como verificar as associações entre NGF e funcionalidade. O segundo objetivo será verificar a associação entre risco de suicídio, transtornos mentais e trauma na infância.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Investigar indicadores psicopatológicos, psicossociais e biológicos na demanda populacional que busca atenção no ambulatório de saúde mental do CAPS II-Bagé.

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar a prevalência de transtornos mentais nos usuários do CAPS II.
- Verificar associações entre os níveis de NGF e os transtornos mentais.
- Correlacionar os níveis de NGF e suas associações com a funcionalidade dos usuários do CAPS.
- Verificar a prevalência de risco de suicídio e as associações com transtornos de humor, ansiedade e psicóticos.
- Verificar associações entre trauma na infância e risco de suicídio entre os usuários do CAPS.

3.3 Hipótese(s)

- Os transtornos mais prevalentes serão os transtornos de humor, seguidos pelos transtornos de ansiedade e transtornos psicóticos.
- Maiores níveis de NGF estarão presentes em usuários diagnosticados com transtorno de humor.
- Haverá uma correlação moderada positiva entre níveis de NGF e funcionalidade.
- Prevalência de risco de suicídio estará presente em 20% da população estudada e estará associada a todos os transtornos avaliados.
- Trauma na infância estará associado ao risco de suicídio entre os pacientes do CAPS II.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Os transtornos mentais comumente presentes na população atendida nos serviços públicos de saúde mental estão associados a déficits na autonomia, interferindo no gerenciamento da própria vida dos indivíduos. Como exemplo, nas situações de primeiro episódio psicótico, os déficits funcionais podem não estar relacionados aos sintomas positivos da doença mas a instância psicossocial⁸. Transtornos estes, que agravados pela alta prevalência de risco de suicídio demandam a necessidade de atenção por parte dos serviços de saúde pública para um redirecionamento nas terapêuticas usuais. Além do tratamento medicamentoso, faz-se necessário conhecer o entorno social, bem como as variáveis biológicas e o nível de autonomia que as pessoas conseguem estabelecer nas atividades da vida diária.

Em uma estrutura baseada na neurociência, a investigação denominada *Research Domain Criteria* (RDoc) propõe ampliar as opções terapêuticas, incorporando os sintomas mas reclassificando os transtornos mentais. Esta reclassificação baseia-se no agrupamento de semelhanças fisiopatológicas subjacentes e não só através de observações fenomenológicas. Estes marcadores podem permitir entender melhor os transtornos psiquiátricos como doenças com repercussões sistêmicas⁹⁻¹⁰.

Nesse sentido, recentes pesquisas que avaliam a fisiopatologia dos transtornos mentais têm sugerido que as neurotrofinas podem ter um importante papel nos mecanismos envolvidos nos transtornos mentais. O fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) tem sido amplamente estudado, porém poucos estudos avaliam o papel do fator de crescimento neural (NGF) nos transtornos mentais¹¹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴. As neurotrofinas são proteínas que permitem a sobrevivência de neurônios do SNC. Déficit na produção e utilização destas proteínas podem levar a disfunções do SNC¹⁵. Descobertas recentes apontam para a produção de NGF dinamicamente regulada a seus receptores, desenvolvendo-se por toda a vida adulta e envelhecimento com uma variedade surpreendente de neurônios, células gliais e células não neurais. Evidências sugerem que o NGF contempla funções neuroprotetoras e de reparação¹⁶. O manejo dos transtornos psiquiátricos somente é avaliado atualmente por instrumentos clínicos que não consideram bases biológicas nas funções cerebrais. Uma maior exploração dos marcadores biológicos e sua associação com desfechos clínicos, como o nível funcionalidade do paciente, permitem uma visão ampla e significativa do estado de saúde da pessoa⁸⁻¹⁷.

Prejuízos na funcionalidade referem-se a limitações impostas pela doença a determinadas funções na vida cotidiana da pessoa portadora de transtorno mental. O funcionamento psicossocial diz respeito às capacidades sociais e ocupacionais e o quanto a pessoa consegue viver de forma independente¹⁸⁻¹⁹.

Diferentes estudos envolvendo NGF evidenciaram os níveis séricos significativamente menores em pacientes esquizofrênicos, no primeiro episódio de psicose e com uso inicial de medicações. Outro estudo também mostrou menores níveis séricos em pacientes com transtorno bipolar em episódio, quando comparados a controles e pacientes com TB em eutímia²⁰⁻²¹⁻²². Estes resultados não se mantêm estáveis, o que denota a necessidade de aprofundamento dos estudos.

Os transtornos mentais são responsáveis por uma carga maior de doenças do que o Virus da Imunodeficiência Humana (HIV), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida(SIDA) e a malária combinadas²³. A metade de todos os transtornos mentais desenvolvem-se na adolescência ou no início da idade adulta e se não tratados persistem ao longo da vida adulta, resultando em deficiência severa e/ou rendimento funcional diminuído²⁴⁻²⁵. Estes transtornos tem sido relacionados com maus tratos na infância e quando ocorrem durante os primeiros cinco anos de vida podem ser ainda mais prejudiciais pois coincidem com a janela de vulnerabilidade para processos típicos de desenvolvimento, influenciando o risco de depressão e ideação suicida²⁶. O impacto no sistema nervoso central é particularmente crítico sendo um importante determinante etiológico⁷. Neste sentido, pessoas expostas a algum tipo de trauma na infância, tornam-se menos capazes de lidar com traumas na vida adulta, sendo esses também capazes de levar ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade e depressão²⁷. Um estudo encontrou que adolescentes e adultos jovens com histórico de maus tratos na infância apresentaram um risco três vezes maior para depressão e comportamento suicida, quando comparados aos que não sofreram tais abusos²⁸. Assim, a ocorrência de traumas sofridos durante a infância é conhecida por aumentar o risco de transtornos de humor e de ansiedade na idade adulta²⁹⁻³⁰⁻³¹⁻³². Estudos com muita frequência sinalizam o desfecho de suicídio³³⁻³⁴⁻³⁵.

O suicídio constitui uma importante questão de saúde pública no mundo inteiro. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, até 2020, mais de 1,5 milhões de pessoas irão cometer suicídio³⁶. O Brasil ocupa a 67ª posição em uma classificação mundial, em números absolutos porém está entre os 10 países com mais suicídios³⁶⁻³⁷. Fatores que contribuem para o suicídio podem variar entre grupos demográficos e populacionais

específicos porém os mais vulneráveis, como os jovens, os idosos e os excluídos sociais necessitam maiores esforços na prevenção do suicídio³⁸. As doenças mentais (principalmente depressão e abuso/dependência de álcool e drogas) estão entre os principais fatores associados ao suicídio, assim como a ausência de apoio social. Histórico de suicídio na família, forte intenção suicida, eventos estressantes e características sócio demográficas tais como pobreza, desemprego e baixo nível educacional também são agravantes³⁹. Investigação conduzida no Estado do Rio Grande do Sul em 2004 relatou taxas de suicídio que variaram entre 9 e 11 mortes por 100.000 habitantes⁴⁰. Seguindo as diretrizes nacionais de prevenção do suicídios, em diferentes cidades do país, algumas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial(CAPS) realizaram estudos buscando identificar as características psicossociais desta demanda⁴¹⁻⁴²⁻⁴³. O trauma de infância se mostrou como fator de risco para o suicídio. Evidências de estudos transversais e prospectivos indicam fortes implicações do maltrato infantil nesta psicopatologia e ainda mais relevantes diante do uso de álcool, depressão e desordens alimentares. Investigações demonstraram a negligência e abuso emocional fortemente associados ao suicídio, bem como abusos físico e sexual e negligência física⁴⁴⁻⁴⁵⁻⁴⁶. Assim, estudos em amostras clínicas em unidades de saúde mental que acolhem populações vulneráveis são importantes para avaliar a relação entre diferentes tipos de trauma na infância e risco de suicídio.

4.1 Estratégia de busca

Palavras	Artigos encontrados
	Base De dados
	Pubmed
NGF (AND) mental disorders	622
NGF (AND) functional impairment	43
Mental disorder (AND) Functional impairment	794
Childhood trauma (AND) mood disorders	516
Childhood trauma (AND) suicide risk	216
Childhood trauma (AND) depression	1024
Childhood trauma (AND) bipolar disorder	119

5 MÉTODOS

5.1 Delineamento

Este será um estudo transversal com uma amostra realizada por conveniência no CAPS II – Bagé-RS. Os participantes da pesquisa serão os usuários que procuraram o Caps II- Bagé pela primeira vez, para atendimento psiquiátrico e/ou psicológico.

5.2 Cálculo da amostra

A amostra referente ao trauma será calculada a partir do estudo de Larsson et al (2013), este estudo encontrou uma proporção de 82% dos pacientes com espectro esquizofrênico ou transtorno afetivo (incluindo transtorno bipolar e depressão maior com características psicóticas) que tiveram trauma na infância. No caso específico dos transtornos afetivos a prevalência foi de 77%, implicando em uma amostra de 262 usuários⁴⁷.

A amostra referente a prevalência de transtornos mentais no CAPS II foi calculada a partir do estudo de Santos et al. (2013), cuja prevalência do diagnóstico de transtornos de humor foi de 35,7 o que implica uma amostra de 284 usuários com os parâmetros 95% de confiança e limite de 3⁵.

A amostra referente a funcionalidade foi calculada com base no estudo de Rosa et al. (2007) que demonstrou diferenças entre pacientes e controles nas áreas específicas da funcionalidade, tais como: autonomia, trabalho, cognição, finanças e relacionamentos. A média total da FAST foi de 18.55 (DP: 13.19) para pacientes e 6.7 (DP: 4.72) para controles ($p<0.001$). Neste raciocínio, a amostra foi de 11 pacientes em cada grupo⁴⁸. Assim o tamanho amostral foi baseado no maior encontrado com um acréscimo de 30 % para perdas e recusas totalizando 376 usuários.

5.3 Critérios de Inclusão

O CAPS II recebe 42 usuários/dia para atendimento psicológico e psiquiátrico, a partir dos 19 anos de ambos os sexos. Destes, 5 (12%) são ingressantes na Unidade de Saúde e como amostra 2(dois) representam 40% dos novos usuários e estima-se que 3(três) serão excluídos pelos critérios a seguir.

5.4 Critérios de Exclusão

Usuário ser menor de 19 anos, apresentar déficit cognitivo e/ou estar em crise (confusão mental e/ou agitação psicomotora) observáveis clinicamente.

5.5 Instrumentos

5.5.1 Características da amostra

Para a caracterização da amostra, será utilizado um questionário sócio-demográfico, com variáveis sobre sexo, idade, situação conjugal, doenças clínicas e uso de drogas. A avaliação socioeconômica foi realizada pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)⁴⁹, que baseia-se no acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe da família.

5.5.2 Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus)

Entrevista diagnóstica padronizada breve. Este instrumento é destinado à utilização na prática clínica e de pesquisa, objetivando classificar os entrevistados de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Edição (DSM-IVTR) e Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Será utilizada a versão do MINI 5.0 em português, desenvolvida para o uso em cuidados primários e ensaios clínicos⁵⁰.

5.5.3 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) – Trauma na infância

O trauma de infância será avaliado através do Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Esta é uma escala de auto relato que investiga a história de negligência e / ou abuso na infância em cinco domínios de trauma: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência emocional e negligência física. A versão original do instrumento apresentou bons coeficientes de validade e confiabilidade, com medianas de consistência interna variando de $\alpha = 0,66$ para $\alpha = 0,92$ ⁵¹. A versão brasileira é apropriada para avaliação de pessoas com mais de 12 anos de idade (Grassi-Oliveira, Stein, & Pezzi, 2006). O CTQ é uma escala de Likert de fácil

compreensão, composta por 28 sentenças de situações traumáticas, ocorridas durante a infância⁵².

5.5.4 Functional Assessment Screening Tool (FAST)

A FAST é uma entrevista de 24 itens elaborada para avaliar áreas prejudicadas do funcionamento cotidiano. Autonomia refere-se à capacidade do paciente de fazer as tarefas diárias sozinho e tomando suas próprias decisões; o funcionamento profissional refere-se à capacidade de manter um emprego remunerado, eficiência na execução das tarefas, trabalhar na área para a qual foi capacitado e ganhar de acordo com o posto de trabalho. Funcionamento cognitivo está relacionado com a capacidade de: concentração (realizar cálculos mentais simples, resolver problemas, aprender novas informações e lembrar-se do que aprendeu; questões financeiras envolvem a capacidade de gerir as finanças de forma equilibrada. Relações interpessoais referem-se às relações com amigos, família, participação na vida social, relações sexuais, e a capacidade de defender ideias e opiniões. Tempo de lazer refere-se à capacidade de realização de atividades físicas (esporte, exercícios) e o gozo de passatempos. As pontuações são determinados pela soma dos itens, que variam de 0 (indicando que não há problemas) a 3 (indicando uma limitação grave), num período de 15 dias anteriores à aplicação da escala, portanto quanto mais alta a quantificação dos itens maior a disfuncionalidade cotidiana⁵³.

5.5.5 Definição de Variáveis

Variáveis dependentes

NGF

Risco de suicídio

Variáveis independentes

Gênero (dicotômica: feminino/masculino)

Classificação socioeconômica (ordinal)

Idade (contínua)

Estado civil (categórica)

Índice de massa corporal (contínua)

Medicação psiquiátrica (dicotômica)

Abuso de álcool (dicotômico)
 Depressão Maior/Transtorno bipolar/ Transtorno obsessivo compulsivo/ Transtorno de
 pânico/Transtorno de ansiedade generalizada/ esquizofrenia (dicotômico)
 Uso de tabaco (dicotômico)
 Transtorno de Humor (dicotômica)
 Transtorno de Ansiedade (dicotômica)
 CTQ (contínua)
 Negligência emocional (contínua)
 Negligência física (contínua)
 Abuso sexual (contínua)
 Abuso físico (contínua)
 Abuso emocional (contínua)
 FAST (contínua)
 Autonomia (contínua)
 Trabalho (contínua)
 Cognição (contínua)
 Relações interpessoais (contínua)
 Lazer (contínua)

5.6 Pessoal Envolvido

A equipe de pesquisa será formada por quatro psicólogas treinadas e integrantes da equipe do CAPS II. As psicólogas serão as responsáveis pela aplicação da entrevista MINI-Plus. As demais escalas e questionário estarão a cargo de acadêmicos de psicologia da Universidade da Região da Campanha (URCAMP) devidamente capacitados para esta tarefa, sendo acompanhados por um professor orientador da universidade. A coleta de sangue e a mensuração do Índice de Massa Corporal (IMC) serão realizadas por 2 técnicas de enfermagem integrantes do corpo de funcionários do CAPS. A centrifugação do sangue e posterior congelamento será responsabilidade de duas alunas bolsistas e um professor bioquímico do laboratório do curso de farmácia/ URCAMP. A análise do material biológico ficará sob o encargo da equipe de profissionais do Laboratório de Neurociências da Universidade Católica de Pelotas.

5.7 Processamento e Análise dos Dados

No processamento e análise de dados para a codificação dos instrumentos será realizada dupla entrada dos dados no programa EpiInfo 6.04d. Para que possa ser realizada uma checagem automática dos dados no momento da digitação utilizaremos o comando CHECK, além disso, será testado no mesmo software a consistência na digitação comparada a duas entradas de dados. Para análise dos dados utilizar-se-á os programas SPSS 22.0 que permitirá a análise da frequência, agrupando as variáveis por classes de ocorrência. Para análise bivariada, serão utilizados os testes Qui-quadrado e test-t e correlação de Pearson quando as variáveis apresentarem uma distribuição normal. Para distribuições desviantes da normalidade serão utilizados os testes de Mann-Whitney-U, Kruskal-Wallis e Spearman. Regressão logística para controlar possíveis confundidores. Todos os valores $p < 0.05$ serão considerados estatisticamente significativos.

5.8 Considerações Éticas

Foram respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996. Será assegurado o direito à confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não possam ser identificados. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da universidade em maio de 2013 (16429713.9.0000.5339). Os sujeitos assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido.

5.9 Cronograma

	2013						2014						2015	
Atividades	Bimestre													
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2
Revisão da Literatura	X	x		X	X	x	x	x	X	x	x	x		
Elaboração do projeto	x	x	X								x			
Envio ao comitê de Ética	X	x	X											
Treinamento de entrevistadores	X	x	X	x										
Coleta de dados	X			X	X	x	x	x	x	x	x			
Processamento dos dados				X	x	x	x	x	X	x	x			
Análise								x	X	x	x	x	x	X
Redação do artigo								x	X	x	x	x	x	X
Divulgação dos achados								x	X	x	x	x	x	X

5.10 Orçamento

Despesas de Custeio	Quantidade	Valor Individual	Valor Total (R\$)
Material de Consumo			
Fotocópias dos instrumentos	23.200	0,12	2.784,00
Material para as coletas	400	3,50	1.400,00
Human NGF DuoSet	01	3.963,00	3.963,00
Total (R\$) →			8.147,00

Este estudo conta com o apoio financeiro do CNPQ e FAPERGS para a sua realização.

6 REFERÊNCIAS

1. Salles FHM. *Projeto Terapêutico Do Centro de Atenção Psicossocial II de Bagé-RS*,. Bagé; 2010.
2. Marques F. *Prevalência de Diagnósticos Psiquiátricos Nas Populações Atendidas Pelo Programa de Saúde Da Família Em Bagé*. Bagé - RS; 2007.
3. Ananias A, Eduardo C, Vidal L. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. *Mental*. 2013;19(32):235-248.
4. Paula CTC. Perfil Epidemiológico dos Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na Cidade de Recife. *Cad Bras Saúde Ment*. 2010;2(4-5):94-106. <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1106>.
5. Santos GF, Nascimento YCML, Veríssimo RCSS, Cavalcante JC, Brêda MZ, Holanda JBL. O perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Enferm (Lisboa)*. 2013;7(3):679-687. doi:10.5205/reuol.3161-26181-6-LE.0703201306.
6. Mello MF, Schoedl A, Pupo M, et al. Adaptação transcultural e consistência interna do Early Trauma Inventory. *Cad saúde pública*. 2010;26(4):713-724. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400014.
7. Raparia E, Coplan JD, Abdallah CG, et al. Impact of childhood emotional abuse on neocortical neurometabolites and complex emotional processing in patients with generalized anxiety disorder. *J Affect Disord*. 2016;190:414-423. doi:10.1016/j.jad.2015.09.019.
8. Stouten LH, Veling W, Laan W, van der Helm M, van der Gaag M. Psychosocial functioning in first-episode psychosis and associations with neurocognition, social cognition, psychotic and affective symptoms. *Early Interv Psychiatry*. 2015:1-14. doi:10.1111/eip.12210.
9. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, et al. Research Domain Criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry*. 2010;167(7):748-751. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09091379.
10. Kupfer DJ, Regier DA. Neuroscience, clinical evidence, and the future of psychiatric classification in DSM-5. *Am J Psychiatry*. 2011;168(7):672-674. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11020219.
11. Jeon HJ, Kang E-S, Lee EH, et al. Childhood trauma and platelet brain-derived neurotrophic factor (BDNF) after a three month follow-up in patients with major depressive disorder. *J Psychiatr Res*. 2012;46(7):966-972. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.04.006.
12. Barbosa IG, Huguet RB, Sousa LP, et al. Circulating levels of GDNF in bipolar disorder. *Neurosci Lett*. 2011;502(2):103-106. doi:10.1016/j.neulet.2011.07.031.
13. Brunoni AR, Machado-Vieira R, Zarate CA, et al. Assessment of non-BDNF

- neurotrophins and GDNF levels after depression treatment with sertraline and transcranial direct current stimulation in a factorial, randomized, sham-controlled trial (SELECT-TDCS): An exploratory analysis. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. 2015;56:91-96. doi:10.1016/j.pnpbp.2014.08.009.
14. Piccinni A, Veltri A, Costanzo D, et al. Decreased plasma levels of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) during mixed episodes of bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2015;171:167-170. doi:10.1016/j.jad.2014.08.058.
 15. Angelucci F, Ricci V, Spalletta G, et al. Reduced serum concentrations of nerve growth factor, but not brain-derived neurotrophic factor, in chronic cannabis abusers. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2008;18(12):882-887. doi:10.1016/j.euroneuro.2008.07.008.
 16. Sofroniew M, Howe C, Mobley W. Nerve Growth Factor Signaling, Neuroprotection and Neural Repair. *Annu Rev Neurosci*. 2001;24:1217-1281. doi:10.1146/annurev.neuro.24.1.1193.
 17. Fang SC, Schnurr PP, Kulish AL, et al. Psychosocial Functioning and Health-Related Quality of Life Associated with Posttraumatic Stress Disorder in Male and Female Iraq and Afghanistan War Veterans: The VALOR Registry. *J Women's Heal*. 2015;00(0):1-9. doi:10.1089/jwh.2014.5096.
 18. Zarate C, Tohen M, Land M, Cavanagh S. Functional Impairment and Cognition in Bipolar Disorder. *Psychiatr Quartely*. 2000;71(4):309-329.
 19. Ustün B, Kennedy C. What is “functional impairment”? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry*. 2009;8(2):82-85.
 20. Parikh V, Evans DR, Khan MM, Mahadik SP. Nerve growth factor in never-medicated first-episode psychotic and medicated chronic schizophrenic patients: Possible implications for treatment outcome. *Schizophr Res*. 2003;60(2-3):117-123. doi:10.1016/S0920-9964(02)00434-6.
 21. Kale A, Joshi S, Pillai A, et al. Reduced cerebrospinal fluid and plasma nerve growth factor in drug-naïve psychotic patients. *Schizophr Res*. 2009;115(2-3):209-214. doi:10.1016/j.schres.2009.07.022.
 22. Barbosa IG, Huguet RG, Neves FS, et al. Impaired nerve growth factor homeostasis in patients with bipolar disorder. *World J Biol Psychiatry*. 2011;12(3):228-232.
 23. Murray CJL, Vos T, Lozano R, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions , 1990 – 2010 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;380(9859):2197-2223. doi:10.1016/S0140-6736(12)61689-4.
 24. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders : the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;1-11. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x.
 25. Lund C, Silva MD, Plagerson S, et al. Poverty and mental disorders : Breaking the cycle in low-income and middle-income countries Global Mental Health 1 Poverty and mental

- disorders : breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Glob Ment Heal*. 2011;378:1502-1514. doi:10.1016/S0140-6736(11)60754-X.
26. Dunn E, McLaughlin K, Slopen N, Rosand J, Moller J. Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: results from the national longitudinal study of adolescent health. *Depress Anxiety*. 2013;30:955-964. doi:10.1002/da.22102.
 27. Fossion P, Leys C, Kempenaers C, Braun S, Verbanck P, Linkowski P. Depression, anxiety and loss of resilience after multiple traumas: an illustration of a mediated moderation model of sensitization in a group of children who survived the Nazi Holocaust. *J Affect Disord*. 2013;151(3):973-979. doi:10.1016/j.jad.2013.08.018.
 28. Brown J, Cohen P, Johnson J, Smailes EM. Childhood Abuse and Neglect: Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(12):1490-1496.
 29. Terr L. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry*. 1991;148:10-20.
 30. van der Kolk BA. The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child Adolesc Psychiatr Clin*. 2003;12:293-317.
 31. Follette V, Polusny M, Bechtle A, Naugle A. Cumulative trauma: the impact of child sexual abuse, adult sexual assault and spouse abuse. *J Trauma Stress*. 1996;9(1):25-35.
 32. Suliman S, Mkabale S, Fincham D, Ahmed R, Stein DJ, Seedat S. Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder , anxiety , and depression in adolescents. *Compr Psychiatry*. 2009;50(2):121-127. doi:10.1016/j.comppsy.2008.06.006.
 33. Fossion P, Leys C, Kempenaers C, Braun S, Verbanck P, Linkowski P. Disentangling Sense of Coherence and Resilience in case of multiple traumas. *J Affect Disord*. 2014;160:21-26. doi:10.1016/j.jad.2014.02.029.
 34. Lipschitz DS, Winegar RK, Nicolaou AL, Hartnick E, Wolfson M, Southwick S. Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behavior in adolescent inpatients. *J Ment Disord*. 1999 AD;187(1):32-39.
 35. Tanaka M, Wekerle C, Schmuck M, Paglia-Boak A. The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse Negl*. 2011;35(10):887(10):887-898.
 36. Bertolote J, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*. 2002;7(2-6).
 37. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2010- Anatomia dos Homicídios no Brasil. *Inst Sangari*. 2010;5:1-151.
 38. World Health Organization. *Public Health Action for the Prevention of Suicide: A Framework*.; 2012.

39. Skogman K, Alsén M, Öjehagen A. Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide A follow-up study of 1052 suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39(2):113-120. doi:10.1007/s00127-004-0709-9.
40. Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA, Werner J. Epidemiological aspects of suicide in Rio Grande do Sul , Brazil. *Rev Saude Publica.* 2004;38(6):804-810.
41. BRASIL M da S. *Prevenção Do Suicídio/ Manual Dirigido a Profissionais Das Equipes de Saúde Mental.*; 2006.
42. Oliveira MI V, Bezerra Filho JG, Lima MVN, Ferreira CC, Garcia LU, Goes LSP. Psychosocial characteristics of patients with a history of suicide attempts at a Center for Psychosocial Care (CAPS). *Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool Drog.* 2013;9(3):136-143. doi:10.11606/issn.1806-6976.v9i3p136-143.
43. Heck RM, Kantorski LP, Borges AM, Lopes, CV Santos MC, Pinho LB. Ação dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. *Texto Context Enferm.* 2012;21(1):26-33.
44. Park S, Hong JP, Jeon HJ, Seong S, Cho MJ. Childhood Exposure to Psychological Trauma and the Risk of Suicide Attempts : The Modulating Effect of Psychiatric Disorders. *Korean Neuropsychiatr Assoc.* 2015;12(2):171-176.
45. Jin H, Roh M, Kim K, et al. Early trauma and lifetime suicidal behavior in a nationwide sample of Korean medical students. *Journal Affect Disord.* 2009;119:210-214. doi:10.1016/j.jad.2009.03.002.
46. Carlier IVE, Hovens JGFM, Streevelaar MF. Characteristics of suicidal outpatients with mood , anxiety and somatoform disorders : The role of childhood abuse and neglect. *Int J Soc Psychiatry.* 2016:1-11. doi:10.1177/0020764016629701.
47. Larsson S, Andreassen OA, Aas M, et al. High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Compr Psychiatry.* 2013;54(2):123-127.
48. Rosa AR. Marcadores biológicos e nível de funcionalidade em pacientes bipolares. 2007.
49. ABEP. Critério de Classificação Econômica do Brasil. *Assoc Bras Empres Pesqui - www.abep.org – abep@abep.org.* 2012:1-4.
50. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(3):106-115. doi:10.1590/S1516-44462000000300003.
51. Bernstein D, Stein J, Newcomb M, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire &. *Child Abuse Negl.* 2003;27:169-190. doi:10.1016/S0145-2134(02)00541-0.
52. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e Validação de Conteúdo da Versão em Português do Childhood Trauma Questionnaire[Translation and Content Validation of the

Childhood Trauma Questionnaire]. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 249–255. No Title. *Rev Saude Publica*. 2006;2:249-255.

53. Cacilhas A, Magalhães P, Ceresér K, et al. Validity of a short functioning test (FAST) in Brazilian outpatients with bipolar disorder. *Value Health*. 2009;12(4):624-627. doi:10.1111/j.1524-4733.2008.00481.x.

ARTIGO 1

ARTIGO 1 – Aceito para publicação em "Psychology Research and Behavior Management", maio, 2016

TITLE - MENTAL DISORDERS, FUNCTIONAL IMPAIRMENT AND NERVE GROWTH FACTOR (NGF)

ABSTRACT

Nerve growth factor (NGF) is an important member of the neurotrophin family, and its alteration has been associated with psychiatric disorders. Functionality consists of the activities that an individual can perform, as well as, their social participation, which is an important factor in analysing the carrier living conditions of psychiatric suffering. Several studies have evaluated functionality in bipolar disorder however, no studies have evaluated the functionality in other mental disorders. There are still few studies investigating the association between functionality and biological bases of mental disorders. The aims of this study were to evaluate the serum NGF levels in psychiatric patients. Also, we aimed to verify a possible association between serum neurotrophic levels and functionality. This is a cross-sectional study with a convenient sample from a Public Mental Health Service from the south of Brazil. The final sample was composed of 286 patients enrolled from July 2013 to October 2014. We collected data using a socio-demographic questionnaire, the diagnosis was confirmed using the International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) and a Functioning Assessment Short Test (FAST). The serum NGF levels were determined using the ELISA method. Statistical analyses were performed using IBM SPSS Statistic 21.0. NGF serum levels were increased significantly in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) when compared with patients with no OCD ($p = 0.015$). An increase in NGF serum levels in generalized anxiety disorder patients (GAD) was observed when compared with patients with no GAD ($p = 0.047$). NGF was negatively associated with autonomy ($p = 0.024$; $r = -0.136$), work ($p = 0.040$, $r = -0.124$) and cognition ($p = 0.024$, $r = -0.137$), thereby showing that changes in serum levels of NGF are associated with functionality in mental disorders.

Keywords: NGF. Mental disorders. Functional impairment.

INTRODUCTION

Nerve growth factor (NGF) is an important member of the neurotrophin family and is produced mainly in the cortex, hippocampus and hypothalamus. It has a role in the survival of sympathetic and some sensory and central cholinergic neurons. Additionally, NGF acts outside of the nervous system, particularly within the neuroendocrine and immune system. Previous studies have evaluated the role of altered NGF in animal and human models, in overall, found a reduction in NGF levels, mainly in major depression^{1,2,3,4,5,6,7}. NGF has an important role in neuronal survival, differentiation, connectivity and plasticity during development and adulthood, and affected by stress, are good candidates for the transduction of the effects of adverse events to changes in brain function^{1, 8,9}. Since that NGF have a relevant role in the maintenance of neuronal homeostasis, changes in their levels have been implicated in the diverse neuropsychiatric disorders⁴. Thus, It has been recently suggested that NGF is involved in the pathophysiology of psychiatric disorders^{2,3}. In mice, NGF release was associated with an increase in behavioural stress³. In human studies, Diniz et al. 2013, found reduced levels of NGF in subjects with late-life depression⁴. Moreover, antidepressants treatment has restored NGF levels in both clinical and experimental studies⁵. Recently, our group has shown that NGF and BDNF, but not GDNF, were associated with the clinical features of MDD in patients¹⁰. The management of psychiatric disorders is evaluated by clinical assessments and do not consider the related biological basis of brain functions. Moreover, more useful biomarkers in psychiatry field are needed to be explored to better understand of mental disorders. Thus, the identification of biological parameters could improve the diagnosis and treatment of these disorders.

Functionality consists of activities that an individual can perform, as well as their social participation. Functional impairment in mental disorders is a well-known fact. Furthermore, the concept of functional impairment is complex, involving different domains of functioning and areas of life. Functionality is an important factor to evaluate the patient to understand the living conditions of psychiatric suffering^{11,12}. Several studies have evaluated functionality in bipolar disorder^{13,14,15,16,17,18,19}, however, to the best of our knowledge, no studies have evaluated the functionality in other mental disorders. There are still few studies investigating the association between functionality and biological bases of mental disorders.

The commonly present mental disorders in the population are associated with functioning deficits, interfering with the management of one's life, however, are not considered

biological parameters. Thus, the aims of this study were to evaluate the serum NGF levels in psychiatric patients and to verify a possible association between serum NGF levels and functionality in patients from the Brazilian public mental health service.

METHODS

Participants

This was a cross-sectional study from the Public Mental Health Service (Bage, Brazil) and uses a convenient sample. Subjects were 19 years of age or above, of either gender and in their first psychiatry and/or psychological care. The total sample was composed of 286 subjects who participated between July 2013 and October 2014. The project was approved by the ethical committee of the Catholic University of Pelotas (16429713.9.0000.5339) and all subjects have signed an informed consent.

Data collection

For data collection, we used a socio-demographic questionnaire to obtain information, such as age, education, economic status, and marital status. The economic classification was performed using the criteria of the Brazilian Association of Research Companies, which is based on the accumulation of material goods and education of household head. This classification fits people into classes (A, B, C, D, or E) from the scores achieved, in which the letter “A” refers to the highest socioeconomic status and “E” refers to the lowest²⁰. There were no participants belonging to the class E in this sample. Body mass index (BMI) was calculated by weight/height. Participants were asked about current psychiatric medication use. The diagnosis was conducted by trained psychologists of the Mental Health Service using the structured diagnostic interview - International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I), according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) diagnostic criteria²¹. The mental disorders evaluated were: major depression, bipolar disorder, obsessive-compulsive disorder (OCD), panic disorder (PD), generalized anxiety disorder (GAD) and schizophrenia. Moreover, suicide risk was evaluated.

To measure the individual functionality, we used the Functioning Assessment Short Test (FAST). FAST is a 24-item interview designed to assess the damaged areas of everyday functioning, which included the objective evaluation of six specific areas of functionality:

autonomy, work, cognition, interpersonal skills, finance, and leisure¹⁶. Scores were determined by the sum of items, ranging from 0 (indicating no problems) to 3 (indicating a severe limitation) over a period of 15 days prior to the application of the scale¹³. Therefore, the higher scores, higher is the functional impairment. Comorbidity was calculated through diagnosis group: Anxiety disorder (GAD, OCD, and TP), mood disorder (major depression and bipolar disorder) and psychotic disorders (Schizophrenia and others psychotic disorders) and after the sum of each group separated.

Biochemical analyses

For the biochemical analyses, 10 mL of blood were drawn from each subject by venipuncture into an anticoagulant-free vacuum tube at baseline and post-intervention. All venous blood samples were taken in the morning (between 9:00 and 11:00 am). The blood was at room temperature for 30 min for coagulation after the blood was immediately centrifuged at $4000 \times g$ for 10 min, and serum was kept frozen at -80°C until analysis. Serum NGF levels were measured using a commercial immunoassay kit (DuoSet ELISA Development, R&D Systems, Inc., USA). Serum NGF levels were expressed in pg/mL. The kits have a minimum detectable dose of 9.46 pg/mL for NGF. NGF levels ranged from 7.39 to 198.37 pg/ml, values below reference number ($n=12$) were considered as 9.46 pg/ml.

Statistical analysis

Statistical analyses were performed using IBM SPSS Statistic 21.0 (IBM Corporation, New York, USA) software for Windows. Socio-demographic and NGF serum levels are shown by the absolute and relative frequencies, mean and standard deviation, or by the median and interquartile range (IQ). The serum levels of NGF had non-Gaussian distributions. To verify the association between socio-demographic, clinical characteristics and NGF serum levels, the Mann-Whitney-U Test, Kruskal–Wallis test, and Spearman correlation were used. Differences between FAST scale and diagnosis groups were used t-test and Pearson correlation. A multivariate linear regression was performed to verify the relation between NGF levels and functioning. NGF outliers were considered into analyses. The results with $p \leq 0.05$ were considered statistically significant.

RESULTS

The sample demographic and clinical characteristics according to NGF levels are presented in Table 1. We recruited 276 subjects aged in mean 38.79 ± 12.98 years old of which 75.3% are women, 57.1% C and D socio-economic classes, 53.8% married, and the mean of BMI was $26.43 (\pm 5.15)$. Regarding clinical characteristics, 30.4% ($n=84$) were using psychiatric medication, the prevalence of depression was 53.3% ($n=147$), of bipolar disorders was 18.8% ($n=52$), of suicide risk was 55.8% ($n=154$), of schizophrenia was 11.6% ($n=32$), of obsessive-compulsive disorder was 24.7% ($n=67$), of generalized anxiety disorder was 12.3% ($n=33$), of panic disorder was 26.4% ($n=73$). The age of onset of the disease was in mean $27.28(\pm 12.37)$ years, and the duration of the disease was in mean $10.46 (\pm 10.93)$. The median of NGF levels in the total sample was 21.81 (15.72 – 32.28). The total mean of FAST score was $31.05 (\pm 16.83)$. NGF serum levels were increased significantly in obsessive-compulsive disorder patients (OCD) when compared with patients with no OCD 24.25pg/mL (IQ 18.31-34.58) and 21.25 pg/mL (IQ 18.31-34.58) ($p=0.017$), respectively. We also observed an increase in NGF serum levels in generalized anxiety disorder patients (GAD) when compared with patients with no GAD 22.25 pg/mL (IQ 15.97; 32.40) and 17.81pg/mL (IQ 13.43; 23.54) ($p=0.047$), respectively.

Table 2 show the functioning scores according to clinical characteristics. FAST scores were significantly increased in all the disorders and a trend to significant for generalized anxiety disorder ($p=0.062$). No correlation was observed between FAST and age of onset and duration of disease. Sex, age, marital status, and BMI were not associated with OCD and GAD (data not shown).

A multivariate linear regression was calculated to predict NGF serum levels based on FAST total score and domains. After adjustments for GAD and OCD, participant's NGF levels decreased -0.21 for each increase in the FAST total score ($p=0.035$) and decreased -1.20 for the autonomy domain for each increase in the FAST total score ($p=0.011$). A trend toward significance was observed in the work ($p=0.084$) and cognition domain (0.096) (table 3).

DISCUSSION

In this study OCD and GAD was associated with NGF serum levels and higher functional impairment was observed in all mental disorders. After adjustments, we found a

negative association in the total scores of the FAST and NGF, as well as, autonomy domain and NGF. Epidemiological studies in Brazil show a degree of functional impairment of psychiatric patients. Upon analysing the domains, "Work and Income", we found that 35% had never worked, and 55% do not have their own income^{22,23}. The occupational dysfunction is not only bad *per se* but has also been reported as a predictor of relapse²⁴.

NGF has a significant role in neurite outgrowth, thereby promoting neuronal integrity^{25,26}. Furthermore, NGF supported the activity-dependent neuronal plasticity underlying cognitive processes, such as learning and memory, thereby having an important role in anxiety, emotions and behavioural changes^{27,28,29,30,31}. A wide variety of studies shows that reduced serum levels for the neurotrophic factors are associated with reduced neuronal complexity and impaired learning, and many of these effects can be restored with increased neurotrophic factors levels^{32,33,34,35,36}. According to this perspective, studies have speculated a significant role of NGF and BDNF levels in complex social interactions, which shows that higher levels of these neurotrophic levels are associated with more aggression and reduced social interactions, while decreased NGF and BDNF levels are associated with socially submissive behaviours and increased social bonding³⁷. In a psychosocial stress model, agonistic encounters induce NGF release after agonistic encounters, and the circulating levels of this protein reflect the number of aggressive episode and hierarchical status³⁸. Moreover, similar results were found in humans²⁷. Interestingly, the serum NGF levels precede the increase of cortisol and ACTH, thereby suggesting, as a sort of early alert mechanism, that these levels are associated with a homeostatic adaptation. In subjects with chronic stress, such as withdrawal in alcoholics and being a caregiver, there was an association between stress and elevated peripheral NGF³. Regarding psychiatric disorders, in animal models of depression, changes in NGF levels in rats have been observed³⁹. In recent one clinical study, reduced NGF levels were found in bipolar patients during manic episodes, schizophrenia patients with impaired cognitive performance, and un-medicated patients in first psychosis episode⁴⁰.

Our results agree with a previous study that found NGF levels increase in OCD, and the authors found a statistically significant positive correlation between both NGF levels and the symptoms severity. Fontenelle et al. 2012, suggest two hypothesis (i) increased NGF levels could represent a coping response involved in preparing the organism to face a highly stressful situation; or (ii) OCD washing may be associated with some sort of cholinergic dysfunction, since the highest brain levels of NGF are found in targets for basal forebrain cholinergic neurons⁴¹. We suppose that this increase is according to some cholinergic dysfunction since

the patients involved in this study are patients in serious state of mental health and many of them do not use medicines. GAD patients presented an increase in NGF levels when compared to non-GAD patients. A previous study by Jokers-Scherübl et al. 2007, did not observe differences between GAD patients and healthy subjects⁴². However, in our study, do not have a control group and other mental disorders are described as to decrease the NGF levels⁴³. Moreover, we cannot discard a possible highly stressful situation together to the NGF changes in the other group as a bias in these results.

Banerjee et al. 2013 and Dwivedi et al. 2005 showed that with suicide victims and suicide risk found a decrease in NGF levels in the hippocampus of suicide victims and serum^{1, 44}. We found no association between suicide risk and NGF levels, one possible explanation might be the characteristics of our sample, in which, mostly is not taking any medication and probably is seeking for attendance for the first time. However, treatment with antidepressants and electroconvulsive therapy increased NGF levels in both clinical and experimental studies^{45,46}. The psychopathology that was more prevalent included major depressive disorder, and the pathogenesis of these disorders is related to the regulation of multiple neurotrophic factors and associated NGF levels decreased in early stages^{47, 48}. These results together corroborate that NGF is effective in the pathophysiology of schizophrenia.² Recently, our group has reported an increase in some mental disorders, such as major depressive disorder, suicide risk, and alcohol abuse disorder⁷, thereby presupposing a relevant role of NGF in mental disorders. In this way, our results agree with previous literature data. Furthermore, these changes in serum NGF levels are associated with functionality in mental disorders.

LIMITATIONS

The limitations of this study are related to the control group, which was not diagnosed, and heterogeneity of the sample in relation to the stages of disorders. The design of the cross-sectional study limits the established causal relation between clinical characteristics and neurotrophin. Peripheral NGF levels do not represent the central environment fully, but changes in the circulant NGF can reflect the CNS. Moreover, the correlation between peripheral and central NGF levels would have interaction in some specific situations, however for a better understand in this field more studies are necessary⁴⁹.

CONCLUSION

Understanding the physiological changes related to mental disorders can provide a better understanding of the genesis and mechanisms involved in the progression of these conditions. In this work, we observed an association between functionality and serum levels of NGF in patients from a Public Mental Health Service suggesting a relevant role of NGF in GAD and OCD and its association in functionality.

ACKNOWLEDGMENTS

This study was supported by Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes; 23038.001671/2012-16), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), and Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS; 10/0055-0) Brazil.

DISCLOSURE STATEMENT

On behalf of all authors, I assure that there are no conflicts of interest between authors and institution where the project was developed.

REFERENCE

1. Banerjee R, Ghosh A, Ghosh B, Bhattacharyya S, Mondal A. Decreased mRNA and protein expression of BDNF, NGF, and their receptors in the hippocampus from suicide: an analysis in human postmortem brain. *Clin Med Insights Pathol*. 2013;6:1-11.
2. Xiong P, Zeng Y, Wan J, et al. The role of NGF and IL-2 serum level in assisting the diagnosis in first episode schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2011;189(1):72-76.
3. Gioiosa L, Iannitelli A, Aloe L. Stress, anxiety schizophrenia and neurotrophic factors: the pioneer studies with nerve growth factor. *Riv Psichiatri*. 2009;44(2):88-94.
4. Diniz B, Teixeira A, Machado-Vieira R, Talib L, Gattaz W, Forlenza O. Reduced serum nerve growth factor in patients with late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013;21(5):493-496.
5. Martino M, Rocchi G, Escelsior A, et al. NGF serum levels variations in major depressed patients receiving duloxetine. *Psychoneuroendocrinology*. 2013;38(9):1824-1828. doi:10.1016/j.psyneuen.2013.02.009.
6. Lhullier A, Moreira F, da Silva R, et al. Increased Serum Neurotrophin Levels Related to Alcohol Use Disorder in a Young Population Sample. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015;39(1):30-35. doi:10.1111/acer.12592.
7. Wiener C, de Mello Ferreira S, Moreira F, et al. Serum levels of nerve growth factor (NGF) in patients with major depression disorder and suicide risk. *J Affect Disord*. 2015;184:245-248. doi:10.1016/j.jad.2015.05.067.
8. Thoenen H. Neurotrophins and activity-dependent plasticity. *Prog Brain Res*. 2000;128:183-191.
9. Dwivedi Y. Brain-derived neurotrophic factor and suicide pathogenesis. *Ann Med*. 2010;42:87-96.
10. De Azevedo Cardoso T, Mondin T, Wiener C, et al. Neurotrophic factors, clinical features and gender differences in depression. *Neurochem Res*. 2014;39:1571-1578. doi:10.1007/s11064-014-1349-4.
11. Zarate C, Tohen M, Land M, Cavanagh S. Functional Impairment and Cognition in Bipolar Disorder. *Psychiatr Quartely*. 2000;71(4):309-329.
12. Ustün B, Kennedy C. What is “functional impairment”? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry*. 2009;8(2):82-85.
13. Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. "Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal*. 2007;3(5):1-8.
14. Vieta E, Cieza A, Stucki G, et al. Developing core sets for persons with bipolar disorder based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Bipolar Disord*. 2007;9(1-2):16-24. doi:10.1111/j.1399-5618.2007.00322.x.

15. Rosa A R, Franco C, Martínez-Arán A, et al. Functional impairment in patients with remitted bipolar disorder. *Psychother Psychosom.*2008;77(6):390-392. doi:10.1159/000151520.
16. Cacilhas A, Magalhães P, Ceresér K, et al. Validity of a short functioning test (FAST) in Brazilian outpatients with bipolar disorder .*Value Health.* 2009; 12(4):624-627. doi:10.1111/j.1524-4733.2008.00481.x.
17. Demant K, Almer G, Vinberg M, Kessing L, Miskowiak K. Effects of cognitive remediation on cognitive dysfunction in partially or fully remitted patients with bipolar disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2013;14(1):378. doi:10.1186/1745-6215-14-378.
18. Rosa A, Magalhães P, Czepielewski L, et al. Clinical Staging in Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry.* 2014;75(05):e450-e456. doi:10.4088/JCP.13m08625.
19. Grande I, Magalhães P V., Chendo I, et al. Staging bipolar disorder: clinical, biochemical, and functional correlates. *Acta Psychiatr Scand.*2014;129(6):437-444. doi:10.1111/acps.12268.
20. ABEP. Critério de Classificação Econômica do Brasil. Assoc Bras Empres Pesqui - www.abep.org – abep@abep.org. 2012:1-4.
21. Amorin P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(3):106-115.
22. Paula CTC. Perfil Epidemiológico dos Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na Cidade de Recife. *Cad Bras Saúde Ment J Ment Heal.* 2010;2(4-5):94-106. <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1106>.
23. Santos G, Nascimento Y, Veríssimo R, Cavalcante J, Brêda M, Holanda J. O perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. 2013;7(3):679-687. doi:10.5205/reuol.3161-26181-6-LE.0703201306.
24. Fagiolini A, Kupfer D, Masalehdan A, Scott J, Houck P, Frank E. Functional impairment in the remission phase of bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2005;7:281-285.
25. Sofroniew M, Howe C, Mobley W. Nerve Growth Factor Signaling, Neuroprotection and Neural Repair. *Annu Rev Neurosci.* 2001;24:1217-1281. doi:10.1146/annurev.neuro.24.1.1193.
26. Kimata H. Kissing reduces allergic skin wheal responses and plasma neurotrophin levels. *Physiol Behav.* 2003;80(2-3):395-398. doi:10.1016/j.physbeh.2003.09.004.
27. Aloe L, Bracci-Laudiero L, Alleva E, Lambiase, Micera , Tirassa P. Emotional stress induced by parachute jumping enhances blood nerve growth factor levels and the distribution of nerve growth factor receptors in lymphocytes. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1994;91(22):10440-10444. doi:10.1073/pnas.91.22.10440.

28. Alleva E, Santucci D. Psychosocial vs. “physical” stress situations in rodents and humans: Role of neurotrophins. *Physiol Behav.* 2001;73(3):313-320. doi:10.1016/S0031-9384(01)00498-X.
29. Hadjiconstantinou M, McGuire L, Duchemin AM, Laskowski B, Kiecolt-Glaser J, Glaser R. Changes in plasma nerve growth factor levels in older adults associated with chronic stress. *J Neuroimmunol.* 2001;116(1):102-106.
30. Branchi I, Francia N, Alleva E. Epigenetic control of neurobehavioural plasticity: the role of neurotrophins. *Behav Pharmacol.* 2004;15:353-362.
31. Emanuele E. NGF and romantic love. *Arch Ital Biol.* 2011;149(2):265-268. doi:10.4449/aib.v149i2.1367.
32. Schaevitz L, Moriuchi J, Nag N, Mellot T, Berger-Sweeney J. Cognitive and social functions and growth factors in a mouse model of Rett syndrome. *Physiol Behav.* 2010;100(3):255-263.
33. Hellweg R. Trophic factors during normal brain aging and after functional damage. *J Neural Transm Suppl.* 1994;44:209-17.
34. Ari C, Borysov SI, Wu J, Padmanabhan J, Potter H. Alzheimer amyloid beta inhibition of Eg5/kinesin 5 reduces neurotrophin and/or transmitter receptor function. *Neurobiol Aging.* 2014 Aug;35(8):1839-49.
35. Yegla B, Parikh V. Effects of sustained proNGF blockade on attentional capacities in aged rats with compromised cholinergic system. *Neuroscience.* 2014 Mar 7;261:118-32.
36. Conner JM, Franks KM, Titterness AK, Russell K, Merrill DA, Christie BR, Sejnowski TJ, Tuszyński MH. NGF is essential for hippocampal plasticity and learning. *J Neurosci.* 2009 Sep 2;29(35):10883-9. doi: 10.1523/JNEUROSCI.2594-09.2009.
37. Alleva E, Francia N. Psychiatric vulnerability: suggestions from animal models and role of neurotrophins. *Neurosci Biobehav Rev.* 2009;33:525-536.
38. Axelrod J, Reisine T. Stress hormones: their interaction and regulation. *Scienc.* 1984;224:452-459.
39. Angelucci F, Aloe L, Vasquez P, Mathé A. Mapping the differences in the brain concentration of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) and nerve growth factor (NGF) in an animal model of depression. *Neuroreport.* 2000;11:1369-1373.
40. Barbosa I, Huguet R, Sousa L, et al. Circulating levels of GDNF in bipolar disorder. *Neurosci Lett.* 2011;502(2):103-106. doi:10.1016/j.neulet.2011.07.031.
41. Fontenelle LF1, Barbosa IG, Luna JV, Rocha NP, Silva Miranda A, Teixeira AL. Neurotrophic factors in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2012 Oct 30;199(3):195-200. doi: 10.1016/j.psychres.2012.03.034. Epub 2012 Apr 9.
42. Jockers-Scherübl MC1, Zubraegel D, Baer T, Linden M, Danker-Hopfe H, Schulte-Herbrüggen O, Neu P, Hellweg R. Nerve growth factor serum concentrations rise after

successful cognitive-behavioural therapy of generalized anxiety disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2007 Jan 30;31(1):200-4. Epub 2006 Oct 20.

43. Kheirouri S1, Noorazar SG, Alizadeh M, Dana-Alamdari L. Elevated Brain-Derived Neurotrophic Factor Correlates Negatively with Severity and Duration of Major Depressive Episodes. *Cogn Behav Neurol*. 2016 Mar;29(1):24-31. doi: 10.1097/WNN.0000000000000089.

44. Dwivedi Y. Brain-derived neurotrophic factor and suicide pathogenesis. *Ann Med*. 2010;42:87-96.

45. Fink M. Neuroendocrinology and ECT: a review of recent developments. *Compr Psychiatry*. 1980;21(450-459).

46. Hassanzadeh P, Rahimpour S. The cannabinergic system is implicated in the upregulation of central NGF protein by psychotropic drugs. *Psychopharmacology (Berl)*. 2011;215:129-141.

47. Gümrü S, Arıcıoğlu F. Neurotrophic Factors and Depression : Pathophysiology and Beyond. *J Marmara Univ Inst Heal Sci*. 2012;2(2):53-56.

48. Wiener C, de Mello Ferreira S, Pedrotti Moreira F, Bittencourt G. Serum levels of nerve growth factor (NGF) in patients with major depression disorder and suicide risk. *J Affect Disord*. 2015;184:245-248.

49. Yen-Wen Chen,Pao-Yen Lin, Kun-Yu Tu, Yu-Shian Cheng, Ching-Kuan Wu, and Ping-Tao Tseng. Significantly lower nerve growth factor levels in patients with major depressive disorder than in healthy subjects: a meta-analysis and systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015; 11: 925–933. Published online 2015 Apr 1. doi: 10.2147/NDT.S81432 PMID: PMC4389916

Table 1: Sample distribution and median (IQR) of serum NGF levels according to demographic and clinical characteristics.

	Total Sample n (%)	Serum NGF levels (pg/m	p-values
Gender^a			0.411
Female	207 (75.3)	21.78 (15.52 – 33.16)	
Male	68 (24.7)	21.93 (16.80 – 27.42)	
Marital status^b			0.088
Single	87 (31.9)	24.85 (16.76 – 32.77)	
Married	147 (53.8)	19.72 (13.70 – 32.09)	
Separated	28 (10.3)	22.60 (16.56 – 33.51)	
Widower	11 (4.0)	28.50 (20.19 – 32.52)	
Socioeconomic levels^a			0.216
A+B	117 (42.9)	22.83 (16.12 – 33.74)	
C+D	156 (57.1)	20.54 (15.15 – 30.81)	
Age Mean (d.p)^c	38.79 (±12.98)	r=-0.014	0.812
BMI Mean (d.p)^c	26.43 (±5.15)	r= 0.050	0.416
Psychiatric medication use	84 (30.4)	20.79 (16.06 - 20.33)	0.414
Major Depression^a			0.453
No	129 (46.7)	22.38 (16.10 – 33.22)	
Yes	147 (53.3)	20.69 (15.03 – 30.25)	
Bipolar Disorders^a			0.608
No	224 (81.2)	21.69 (15.91 – 32.65)	
Yes	52 (18.8)	22.88 (13.85 – 30.45)	
Suicide Risk^a			0.435
No/Low	122 (44.2)	22.56 (16.55 – 33.35)	
Moderate/severe	154 (55.8)	20.79 (14.97 – 30.32)	
OCD^a			0.017
No	209 (75.7)	21.25 (14.26 – 32.11)	
Yes	67 (24.3)	24.25 (18.31 – 34.58)	
Panic Disorders^a			0.230
No	203 (73.6)	22.38 (16.00 – 32.52)	
Yes	73 (26.4)	19.36 (14.48 – 31.34)	
GAD^a			0.037
No	236 (87.7)	22.25 (15.97 – 32.40)	
Yes	33 (12.3)	17.81 (13.43 – 23.54)	
Schizophrenia^a			0.855
No	244 (88.4)	22.25 (15.54 – 32.50)	
Yes	32 (11.6)	18.54 (17.04 – 29.55)	
Age of onset of disease	27.28 (±12.37)	r=-0.103	0.146
Duration of disease	10.46 (±10.93)	r= -0.033	0.648
Comorbidity			
Anxiety + Mood ^a	113 (39.8)	19.68 (14.79 – 29.70)	0.355
Anxiety + psychotic ^a	42 (15.6)	19.04 (16.12 – 29.37)	0.701
Mood + psychotic ^a	56 (20.3)	19.04 (14.40 – 29.45)	0.401
FAST score	31.05 (±16.83)	r= -0.155	0.011
Total	276 (100.0)	21.81 (15.72 – 32.28)	-

^a Mann-Whitney-U Test ^b Kruskal–Wallis test ^c Spearman correlation.

IQR= Interquartile Range; BMI= Body Mass Index OCD= Obsessive-compulsive Disorder; GAD= Generalized Anxiety Disorder.

Table 2: Functioning scores according to clinical characteristics.

	FAST	Statistics	
	Mean (d.p)	T	p-values
Major Depression^a			<0.001
No	27.11(±16.52)	-3.68	
Yes	34.52 (±16.39)		
Bipolar Disorders^a			0.014
No	29.83 (±16.98)	-2.47	
Yes	36.23 (±15.27)		
Suicide Risk^a			0.003
No/Low	25.42 (±16.31)	-3.05	
Moderate/severe	33.17 (±15.21)		
OCD^a			0.001
No	29.09 (±16.85)	-3.41	
Yes	37.06 (±15.39)		
Panic Disorder^a			0.016
No	29.56 (±16.95)	-2.42	
Yes	35.12 (±15.91)		
GAD^a			0.062
No	30.27 (±16.94)	-1.88	
Yes	36.12 (±15.26)		
Schizophrenia^a			0.026
No	30.24 (±16.63)	-2.23	
Yes	37.47 (±17.30)		
Age of onset of any disease	r=-0.016	-	0.825
Duration of disease	r= -0.005	-	0.945
Comorbidity			
Anxiety + Mood ^a	37.84 (±16.28)	-6.01	<0.001
Anxiety + psychotic ^a	38.88 (±16.47)	- 3.33	0.001
Mood + psychotic ^a	38.68(±16.88)	-3.82	<0.001
Total	31.05 (16.83)	-	-

Table 3: Multivariate Linear regression of the relation between NGF and Functioning scores and domains

FAST score	Unadjusted		Adjusted*	
	NGF serum levels (pg/ml)		NGF serum levels (pg/ml)	
	B	<i>p</i> -value	B	<i>p</i> -value
Total FAST	-0.20 (-0.38; -0.17)	0.032	-0.21 (-0.40; -0.02)	0.035
Autonomy	-1.16 (-2.05; -0.28)	0.011	-1.20 (-2.12; -0.28)	0.011
Work	-0.58 (-1.24; 0.08)	0.083	-0.62 (-1.32; 0.04)	0.084
Cognition	-0.65 (-1.39; 0.09)	0.083	-0.65 (-1.41; 0.12)	0.096
Finance	-0.92 (-2.25; 0.42)	0.177	-0.96 (-2.34; 0.41)	0.170
Interpersonal skills	-0.39 (-1.04; 0.27)	0.248	-	-
Leisure	-0.48 (-1.87; 0.92)	0.504	-	-

*Adjusted for OCD and GAD

ARTIGO 2

ARTIGO 2: Risco de suicídio, transtornos mentais e trauma na infância em usuários do CAPS II

Resumo

Os transtornos de humor e de ansiedade representam um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Em amostras clínicas, como nos Centros de Atendimento Psicossocial(CAPS) a prevalência é ainda maior, sendo também frequente o risco de suicídio nesta população. Este trabalho tem como objetivo avaliar a associação entre risco de suicídio, transtornos mentais e trauma na infância em uma amostra de 376 usuários de um CAPS II-Bagé/RS. Estudo transversal, amostra por conveniência, realizado de julho/2013 a outubro/2014. Os transtornos mentais e o risco de suicídio foram avaliados usando o Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI) e o trauma de infância através da Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). A prevalência de risco de suicídio foi de 35.6%. Esteve associado ao risco de suicídio aqueles com uma média menor de idade ($p=0.044$), classe econômica mais baixa ($p=0.009$), transtornos de humor ($p<0.001$), transtorno de ansiedade ($p=0.002$) e transtorno psicótico ($p<0.001$). O risco de suicídio esteve associado a maiores escores de trauma na infância. Na análise ajustada para idade e classe socioeconômica manteve-se associado o trauma infantil ($p=0.039$) e os domínios de abuso emocional ($p=0.027$) e negligência emocional ($p=0.044$). A alta prevalência de risco de suicídio nos usuários com transtornos de humor e de ansiedade, a associação do trauma na infância com os domínios de abuso e negligência emocional, apontam para necessária atenção à população que utiliza estes serviços especializados em saúde mental

Palavras-chave: risco de suicídio, transtornos de ansiedade e humor, trauma na infância, abuso emocional.

INTRODUÇÃO

Os transtornos de humor e de ansiedade representam um importante problema de saúde pública. Segundo a OMS, a prevalência na população geral para transtornos depressivos tem alcançado números entre 4% e 10%, sendo observada uma maior incidência em mulheres, variando de 10% a 25%, enquanto nos homens a porcentagem é de 5% a 12 %. Em amostras clínicas, como nos Centros de Atenção Psicossocial a prevalência é ainda maior. Os transtorno de humor estão presentes em 34.4%, os de ansiedade em 10% e os transtornos psicóticos chegam a prevalência de 25.6%¹⁻². Além disso, é frequente o risco de suicídio nesta população³⁻⁴⁻⁵.

A abordagem científica integradora mostra que as causas, desenvolvimento e prognóstico dos transtornos são determinados pelas interações de fatores psicológicos, sociais e culturais com a bioquímica e a fisiologia⁶⁻⁷. Nesta concepção, estudos epidemiológicos têm fornecido fortes evidências de que experiências adversas durante a infância, como abuso físico e sexual, negligência emocional ou abandono, estão associadas a um aumento dramático na vulnerabilidade do desenvolvimento de transtornos mentais e do risco de suicídio⁸.

O trauma na infância pode ser definido como a exposição de uma criança a circunstâncias de violência física, psicológica ou sexual e/ou negligência que põem em perigo a vida da criança ou sua integridade física⁹. A ocorrência de traumas sofridos durante a infância é conhecida por aumentar o risco de transtornos depressivo e de ansiedade na idade adulta¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³. O impacto no sistema nervoso central é particularmente crítico, sendo assim um importante determinante etiológico¹⁴. Estudos tem proposto a possível ligação entre múltiplos traumas e transtornos de ansiedade, mostrando um correlação positiva entre transtornos de ansiedade e experiências traumáticas.¹⁵⁻¹⁶

O trauma na infância também está associado a um maior risco de suicídio. Evidências de estudos transversais e prospectivos indicam fortes implicações do maltrato infantil no risco de suicídio, sendo este risco ainda maior quando existem comorbidades com o uso de álcool, depressão e desordens alimentares¹⁷. Esses achados evidenciam principalmente a negligência e o abuso emocional como fortemente associados ao risco de suicídio, assim como os abusos físico, sexual e negligência física¹⁸⁻¹⁹. Assim, estudos em amostras clínicas em unidades especializadas em saúde mental que acolhe populações vulneráveis são importantes para avaliar a relação entre diferentes tipos de trauma na infância e risco de suicídio. Desta forma, o presente estudo tem por objetivo avaliar a associação entre risco de suicídio, transtornos

mentais e trauma na infância em uma amostra de usuários do Centro de Atenção Psicossocial II da cidade de Bagé-RS.

MÉTODO

Este é um estudo transversal com a captação realizada por conveniência no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) da Cidade de Bagé – RS. A amostra foi constituída pelos usuários que buscaram atendimento psiquiátrico e/ou psicológico pela primeira vez nesta unidade de saúde. No total, 376 participantes entre 19 e 72 anos foram avaliados. A coleta dos dados ocorreu entre julho de 2013 a outubro de 2014. Todos participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e o projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Católica de Pelotas sob o número 16429713.9.0000.5339.

Os participantes responderam um questionário sociodemográfico, constituído pelas seguintes variáveis: idade, sexo, situação conjugal, uso de medicação, uso de álcool e tabaco. A avaliação socioeconômica dos participantes foi realizada por meio da classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP 2012)²⁰ a qual se baseia no acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe da família - esse instrumento classifica a situação socioeconômica em "A", "B", "C", "D" e "E", sendo "A" a situação socioeconômica mais alta e "E" a mais baixa.

A presença de transtornos mentais foi avaliada através do Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus)²¹, que consiste em uma entrevista diagnóstica padronizada breve, destinada à utilização na prática clínica e de pesquisa, que visa a classificação diagnóstica dos entrevistados de forma compatível com os critérios do DSM-IV e CID-10. Os transtornos avaliados foram: transtorno depressivo maior, transtorno bipolar, risco de suicídio, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de pânico, esquizofrenia e transtorno psicótico sem outra especificação. O risco de suicídio foi considerado naqueles que pontuaram moderado e alto risco. Todos os transtornos foram agrupados, totalizando três grupos (transtornos de humor, transtornos de ansiedade e transtorno psicótico).

O trauma na infância foi avaliado através do Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)²². Este é um instrumento autoaplicável que investiga história de abuso e negligência durante a infância. Possui 28 questões que contemplam os seguintes domínios: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência emocional e negligência física. A versão original

do instrumento apresentou bons coeficientes de validade e confiabilidade. A versão brasileira traduzida e adaptada é adequada para avaliar pessoas com mais de 12 anos de idade. A CTQ é uma escala Likert de 5 itens e de fácil compreensão.

Análise dos dados

Após a codificação dos instrumentos, o processamento dos dados foi realizado por meio de dupla digitação no programa Epi-Info. Para a análise dos dados foi utilizado o programa SPSS 21.0. Testes paramétricos foram utilizados, uma vez que os escores do CTQ apresentaram uma distribuição normal. Para a análise bivariada, foram utilizados os testes qui quadrado e teste t, visando descrever associações entre o risco de suicídio e as variáveis de exposição. Regressão logística foi realizada a fim de controlar possíveis confundidores. Todos os valores com $p \leq 0.05$ foram considerados estatisticamente significativos.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 376 participantes sendo 74.2% mulheres com idade de 38.1 (± 13.19) anos em média, 57.8% pertenciam a classe socioeconômicos C e E, 52.8% eram casados, 25.8% faziam uso de tabaco e 4.0% apresentou abuso ou dependência de álcool. Com relação aos transtornos mentais avaliados, 20.5% não apresentou nenhum dos transtornos, 60.9% evidenciou transtornos de humor, 59.6% transtorno de ansiedade e 12.2% algum transtorno psicótico. Dos participantes que foram diagnosticados com transtorno de humor 41.8% apresentou alguma comorbidade com transtorno de ansiedade e 10.4% com transtorno psicótico. Dos participantes diagnosticados com algum transtorno de ansiedade 15.4% apresentou um transtorno psicótico. Do total da amostra 10.1% foi diagnosticado com três ou mais transtornos mentais. A média do CTQ foi de 23.75 (± 18.50) e a prevalência de risco de suicídio foi de 35.6%. Esteve associado ao risco de suicídio uma média maior de idade, estar na classe C e E, apresentar algum transtorno de humor, transtorno de ansiedade e transtorno psicótico, bem como as comorbidades (tabela 1).

Na tabela 2 é possível verificar a regressão logística bruta e ajustada com os transtornos de ansiedade e o trauma na infância. Após ajustar para idade e classe socioeconômica, os participantes com transtorno de humor e transtorno psicótico tiveram um risco de 5.83 e 2.24 de apresentar risco de suicídio moderado/alto, respectivamente. Com relação ao número de diagnósticos, aqueles que apresentaram mais do que três diagnósticos tiveram um risco de 4.60

de ter risco de suicídio moderado/alto. Após análise ajustada o CTQ total e os domínios abuso emocional e negligência emocional mantiveram-se associados ao risco de suicídio.

A figura 1 demonstra as diferenças de médias nos participantes com e sem risco de suicídio divididas em transtornos de humor (A) e transtornos de ansiedade (B). No grupo de transtornos de humor, maiores escores de abuso emocional foram observados naqueles que apresentam risco de suicídio quando comparados ao grupo sem risco de suicídio ($p=0.013$). No grupo de participantes com ansiedade, maiores escores no domínio abuso emocional também foram observados naqueles com risco de suicídio quando comparados aos sujeitos sem risco ($p=0.003$). Nos participantes diagnosticados com algum transtorno psicótico nenhuma diferença foi observada com relação ao risco de suicídio e trauma na infância.

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou a relação entre risco de suicídio e trauma na infância em uma amostra de 376 usuários do CAPS II diagnosticados com transtornos de humor, transtornos de ansiedade e transtornos psicóticos. Nós verificamos a prevalência de 35.6% de risco de suicídio moderado/alto e este risco esteve associado a uma maior escore de trauma na infância.

Estudos epidemiológicos realizados no Brasil e os documentos elaborados para capacitar os profissionais demonstram que o suicídio é um problema de saúde pública no país⁴⁻²³⁻²⁴⁻²⁵⁻²⁶⁻²⁷. Ainda, os Centros de Atenção Psicossociais, onde as equipes lidam constantemente com indivíduos em situação de crise e quando o risco de suicídio se encontra agudizado, possuem grande compromisso neste enfrentamento. Nossos achados vão ao encontro de estudos clínicos realizados em unidades de saúde especializadas em saúde mental no Brasil que também encontraram a significativa presença da tentativa de suicídio. Em pesquisas realizadas em Centros de Atenção Psicossociais, Brito et al. (2013) identificou a prevalência de tentativa de suicídio em 41% dos usuários e Oliveira et al., (2013) encontrou em 66,4%³⁻⁵.

Identificamos, da mesma forma que quanto maior o número de comorbidades, maior é a prevalência do risco de suicídio. Naqueles que apresentaram uma comorbidade as chances aumentam em 30% de apresentar risco de suicídio moderado/alto. As comorbidades em psiquiatria são recorrentes, crônicas e existem em um continuum, com possíveis variáveis latentes²⁸. Estas patologias teriam uma origem ligada a histórias de vida, através de evidências

que apontam para uma dimensão geral subjacente nos indivíduos, para desenvolver todas e quaisquer formas de psicopatologias comuns. Esta dimensão tem sido chamada de fator p. Escores mais elevados de p estariam associados com maior comprometimento na vida: hereditariedade, desenvolvimento e função do cérebro no início da vida mais prejudicados. As trajetórias mal adaptativas de crianças vítimas de maus tratos tornam-se mais graves quando ficam mais velhas, especialmente nas relações entre pares, o que remete que estas memórias traumáticas estão presentes no cotidiano, influenciando na busca pela atenção em saúde mental²⁹⁻³⁰.

Lovisi et al. (2009)²⁵ assinalam que a ausência de apoio social aumenta os riscos de suicídio naqueles que já são vulneráveis. Estudos envolvendo indivíduos com histórico de tentativas de suicídio evidenciaram que 90,1% apresentou um transtorno mental no momento da tentativa, sendo os transtornos de humor os mais prevalentes. Os fatores psicossociais (como estar só e desempregado), doenças físicas crônicas e comorbidades, tais como abuso/dependência de álcool/drogas e transtornos de personalidade também são altamente associados a tentativas prévias de suicídio³¹⁻³²⁻³³. Esses achados reforçam o entendimento de que o risco de suicídio não está relacionado somente com as doenças psiquiátrica, mas com doenças físicas e com fatores psicossociais.

O presente estudo encontrou uma associação significativa entre trauma na infância e risco de suicídio em pacientes com transtorno de humor e transtornos de ansiedade reafirmando estudos clínicos que utilizaram a escala CTQ¹³⁻³⁴⁻³⁵⁻³⁶. Em relação aos domínios do CTQ, maiores escores de abuso emocional foram associados a presença de risco de suicídio no grupo de usuários com transtornos de humor e de ansiedade, corroborando com a meta-análise que aponta a mesma associação³⁷. Outras investigações apresentaram uma associação significativa entre transtorno de ansiedade e abuso emocional, aumentando o risco para depressão³⁸⁻¹⁴. Os maus tratos relacionados ao abuso e negligência emocional são as formas mais silenciosas de maus tratos, essas experiências na infância são capazes de contribuir para o desenvolvimento de muitas formas de internalizar psicopatologias³⁹. Além disso, pesquisas vem esclarecendo um modelo psicopatológico segundo o qual, quanto mais precoce e frequente for a exposição ao abuso, mais elevado o risco de desenvolver algum transtorno, mostrando que negligência emocional na infância está especificamente associada ao desenvolvimento de desordens de ansiedade e transtornos depressivos⁴⁰⁻⁴¹.

Os maus-tratos que ocorrem durante a primeira infância podem ser mais prejudiciais do que maus-tratos que transcorrem mais tarde na vida, pois coincidem com a janela de

vulnerabilidade para processos típicos de desenvolvimento, influenciando o risco de depressão e ideação suicida⁴². Neste sentido, pessoas expostas a algum tipo de trauma na infância, podem tornar-se menos capazes de lidar com traumas na vida adulta, sendo esses também capazes de levar ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade e depressão⁴³. Um estudo com adolescente e adultos jovens com histórico de maus tratos na infância apresentou um risco três vezes maior para depressão e comportamento suicida, quando comparado aos que não sofreram tais abusos⁴⁴. Outras investigações encontraram que a negligência emocional, abuso e negligência física foram associados com um maior sofrimento psíquico e comportamento suicida⁴⁵⁻⁴⁶.

Nosso estudo não demonstrou associação entre abuso sexual e risco de suicídio. Em concordância com uma meta-análise⁴⁷ na qual foram realizadas quatro revisões, incluindo cerca de 65.851 indivíduos de 177 estudos, o abuso sexual infantil esteve associado ao risco de suicídio, porém não com um papel principal na etiologia do suicídio. A presença de vários outros fatores tais como história familiar, doença mental ou abuso de substâncias dos pais, famílias disfuncionais e outras formas de abuso infantil aumentaram o risco de suicídio. Em outro estudo, o abuso sexual e a negligência emocional não estiveram associados aos transtornos de ansiedade.⁴⁸

Ainda o presente estudo, não encontrou relação nos domínios negligência e abuso físico com risco de suicídio. Estes domínios parecem não estar relacionados com o risco de suicídio como apontam outros estudos. Barbosa et al (2014) verificou que os domínios de abuso físico e de negligência física tiveram escores menores no CTQ quando comparados aos demais domínios⁴⁹. Demonstra assim, que o abuso físico pode não ter a mesma importância para o desenvolvimento de risco de suicídio quando comparado ao abuso emocional sofrido por esta população. Além disso pode haver um viés de memória com relação a esses abusos. Além disso, é possível que os pacientes que relataram a não exposição ao abuso e/ou negligência tenham minimizado ou negado suas experiências de maus tratos na infância³⁴⁻⁵⁰.

Este estudo tem algumas limitações. As informações sobre trauma na infância foram obtidas através de um instrumento autoaplicável. O desenho transversal impossibilita verificar a causalidade dos achados e além disso, a amostra por conveniência faz com que os resultados deste estudo não possam ser extrapolados para a população geral.

Em conclusão, a alta prevalência de risco de suicídio nos usuários com transtornos de ansiedade e depressão, além da associação com trauma na infância, em especial abuso e negligência emocional, enfatiza a necessidade de uma atenção diferenciada na infância. Este

estudo poderá contribuir para uma maior compreensão do risco de suicídio e assim oportunizar o desenvolvimento de intervenções mais protetivas do ponto de vista da saúde pública, apoiando a criação de novas estratégias de prevenção e intervenção com o foco nas demandas da população adulta e infantil.

REFERÊNCIAS

1. Paula CTC. Perfil Epidemiológico dos Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na Cidade de Recife. *Cad Bras Saúde Ment*. 2010;2(4-5):94-106. <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1106>.
2. Santos GF, Nascimento YCML, Veríssimo RCSS, Cavalcante JC, Brêda MZ, Holanda JBL. THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF USERS OF A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER. *Rev Enferm (Lisboa)*. 2013;7(3):679-687. doi:10.5205/reuol.3161-26181-6-LE.0703201306.
3. Brito MA, Sousa FR. Perfil Sóciodemográfico dos usuários de procedimento assistidos no CAPS II adulto de Floriano-PI que tentaram suicídio. Universidade Estadual do Piauí. Disponível in:www.faesfpi.com.br/download/artigo_suicidio.pdf. Published 2013.
4. Heck RM, Kantorski LP, Borges AM, Lopes, CV Santos MC, Pinho LB. Ação dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. *Texto Context Enferm*. 2012;21(1):26-33.
5. Oliveira MI V, Bezerra Filho JG, Lima MVN, Ferreira CC, Garcia LU, Goes LSP. Psychosocial characteristics of patients with a history of suicide attempts at a Center for Psychosocial Care (CAPS). *Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool Drog*. 2013;9(3):136-143. doi:10.11606/issn.1806-6976.v9i3p136-143.
6. King S, Hegadoren K. An integrative science approach: value added in stress research. *Nurs Heal Sci*. 2006;8(2):114-119.
7. Juruena MF. An integrative science approach: neuroscience in the DSM-V and ICD-11. *Acta Neuropsychiatr*. 2011;23(4):143-144. doi:10.1111/j.1601-5215.2011.00584.x.
8. Serafini G, Muzio C, Piccinini G, Flouri E. Life adversities and suicidal behavior in young individuals : a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(12):1423-1446. doi:10.1007/s00787-015-0760-y.
9. Coates S, Gaensbauer TJ. Event Trauma in Early Childhood : Symptoms , Assessment , Intervention. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009;18:611-626. doi:10.1016/j.chc.2009.03.005.
10. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry*. 1991;148(1):10-20.
11. van der Kolk BA. The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child Adolesc Psychiatr Clin*. 2003;12:293-317.
12. Collishaw S, Pickles A, Messer J, Rutter M, Shearer C, Maughan B. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse Negl*. 2007;31(3):211-229. doi:10.1016/j.chiabu.2007.02.004.
13. Wingo AP, Wrenn G, Pelletier T, Gutman AR, Bradley B, Ressler KJ. Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure.

J Affect Disord. 2010;126(3):411-414.

14. Raparia E, Coplan JD, Abdallah CG, et al. Impact of childhood emotional abuse on neocortical neurometabolites and complex emotional processing in patients with generalized anxiety disorder. *J Affect Disord.* 2016;190:414-423. doi:10.1016/j.jad.2015.09.019.

15. Follette V, Polusny M, Bechtle A, Naugle A. Cumulative trauma: the impact of child sexual abuse, adult sexual assault and spouse abuse. *J Trauma Stress.* 1996;9(1):25-35.

16. Suliman S, Mkabile S, Fincham D, Ahmed R, Stein DJ, Seedat S. Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder , anxiety , and depression in adolescents. *Compr Psychiatry.* 2009;50(2):121-127. doi:10.1016/j.comppsy.2008.06.006.

17. Park S, Hong JP, Jeon HJ, Seong S, Cho MJ. Childhood Exposure to Psychological Trauma and the Risk of Suicide Attempts : The Modulating Effect of Psychiatric Disorders. *Korean Neuropsychiatr Assoc.* 2015;12(2):171-176.

18. Jin H, Roh M, Kim K, et al. Early trauma and lifetime suicidal behavior in a nationwide sample of Korean medical students. *J Affect Disord.* 2009;119:210-214. doi:10.1016/j.jad.2009.03.002.

19. Carlier IVE, Hovens JGFM, Streevelaar MF. Characteristics of suicidal outpatients with mood , anxiety and somatoform disorders : The role of childhood abuse and neglect. *Int J Soc Psychiatry.* 2016;1-11. doi:10.1177/0020764016629701.

20. ABEP. Critério de Classificação Econômica do Brasil. *Assoc Bras Empres Pesqui* - www.abep.org – abep@abep.org. 2012:1-4.

21. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(3):106-115. doi:10.1590/S1516-44462000000300003.

22. Stein LM, Oliveira RG, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;40(2):249-255.

23. Bertolote JM, Mello-santos C, Botega NJ. Detecting suicide risk in psychiatric emergency services. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(Supl II):587-595.

24. Leonor M, Abasse M, Oliveira RC De, Silva TC, Souza ER De. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais , Brasil Epidemiological analysis of morbidity and mortality from suicide among adolescents in Minas Gerais , Brazil. *ENSP-FiOCRUZ.* 1996:407-416.

25. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006 Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(Supl II):86-94.

26. Avanci RC, Pedrão LJ, Lobo M. Adolescent suicide attempt : diagnosis Difficulties and how nursing professional handle this issue. *Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool e Drog.*

2005;1(6):1-8.

27. BRASIL M da S. *Prevenção Do Suicídio/ Manual Dirigido a Profissionais Das Equipes de Saúde Mental.*; 2006.

28. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin KA. Development of Lifetime Comorbidity in the World Health Organization World Mental Health Surveys. 2012;68(1):90-100.

29. Cicchetti D, Lynch M. Toward an Ecological Transactional Model of Community Violence and Child Maltreatment: Consequences for Children's Development. *Psychiatry*. 1993;56:96-117.

30. Cicchetti D, Valentino K. An Ecological Transactional Perspective on Child Maltreatment: Failure of the Average Expectable Environment and Its Influence on Child Development. *Dev Psychopathol*. 2006;3:129-201.

31. Beautrais A, Joyce P, Mulder R, Fergusson D, Deavoll B, Nightingale S. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry*. 1996;153(8):1009-1014.

32. Blackmore ER, Munce S, Weller I, et al. Psychosocial and clinical correlates of suicidal acts: results from a national population survey. *Br J Psychiatry*. 2008;192:279-284. doi:10.1192/bjp.bp.107.037382.

33. Lin J, Lu T. Suicide mortality trends by sex, age and method in Taiwan, 1971–2005. *BMC Public Health*. 2008;8(6).

34. Roy A. Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *J Affect Disord*. 2011;(5):54-55.

35. Sarchiapone M, Carli V, Cuomo C, Roy A. Childhood trauma and suicide attempts in unipolar depressed patients. *Depress Anxiety*. 2007;24:268-272. doi:10.1002/da.

36. Pompili M, Innamorati M, Lamis DA, et al. The associations among childhood maltreatment, “male depression” and suicide risk in psychiatric patients. *Psychiatry Res*. 2014;220:571-578. doi:10.1016/j.psychres.2014.07.056.

37. Infurna MR, Reichl C, Parzer P, Schimmenti A, Bifulco A, Kaess M. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;190:47-55. doi:10.1016/j.jad.2015.09.006.

38. Fossion P, Leys C, Kempnaers C, Braun S, Verbanck P, Linkowski P. Disentangling Sense of Coherence and Resilience in case of multiple traumas. *J Affect Disord*. 2014;160:21-26. doi:10.1016/j.jad.2014.02.029.

39. Gibb BE, Butler AC, Beck JS. Childhood abuse, depression, and anxiety in adult psychiatric outpatients. *Depress Anxiety*. 2003;17:226-228. doi:10.1002/da.10111.

40. Schimmenti A, Bifulco A. Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in

emerging adulthood : the role of attachment styles. *Child Adolesc Ment Health*. 2015;20(1):41-48. doi:10.1111/camh.12051.

41. Schimmenti A, Bifulco A. Toward a Better Understanding of the Relationship between Childhood Trauma and Psychiatric Disorders : Measurement and Impact on Addictive Behaviors. *Psychiatry Investig*. 2015;12(3):415-416.

42. Dunn E, McLaughlin K, Slopen N, Rosand J, Moller J. Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: results from the national longitudinal study of adolescent health. *Depress Anxiety*. 2013;30:955-964. doi:10.1002/da.22102.

43. Fossion P, Leys C, Kempenaers C, Braun S, Verbanck P, Linkowski P. Depression, anxiety and loss of resilience after multiple traumas: an illustration of a mediated moderation model of sensitization in a group of children who survived the Nazi Holocaust. *J Affect Disord*. 2013;151(3):973-979. doi:10.1016/j.jad.2013.08.018.

44. Brown J, Cohen P, Johnson J, Smailes EM. Childhood Abuse and Neglect: Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(12):1490-1496.

45. Lipschitz DS, Winegar RK, Nicolaou AL, Hartnick E, Wolfson M, Southwick S. Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behavior in adolescent inpatients. *J Ment Disord*. 1999AD;187(1):32-39.

46. Tanaka M, Wekerle C, Schmuck M, Paglia-Boak A. The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse Negl*. 2011;35(10):887(10):887-898.

47. Maniglio R. The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;124:30-41. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01612.x.

48. Pavlova B, Perroud N, Cordera P, Uher R, Dayer A, Aubry JM. Childhood maltreatment and comorbid anxiety in people with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2016;192:22-27. doi:10.1016/j.jad.2015.12.002.

49. Barbosa I, Morato I, Huguet R, Rocha F, Machado-Vieira R, Teixeira A. Decreased plasma neurotrophin-4/5 levels in bipolar disorder patients in mania. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36(4):340-343. doi:10.1590/1516-4446-2014-1380.

50. Hadland SE, Wood E, Dong H, Marshall BDL, Kerr T. Suicide Attempts and Childhood Maltreatment Among Street Youth : A Prospective Cohort Study. *Pediatrics*. 2015;136(3):440-450. doi:10.1542/peds.2015-1108.

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas e clínicas de acordo com o risco de suicídio.

	Total da amostra (%)	Sem risco de suicídio	Com Risco de suicídio	p-value
Sexo				0.623
Feminino	279 (74.2)	182 (65.2)	97 (34.8)	
Masculino	97 (25.8)	60 (61.9)	37 (38.1)	
Idade (mean d.p.)	38.18 (±13.19)	39.17 (±13.64)	36.39 (±12.15)	0.044
Classificação socioeconômica				0.009
A+B	157 (42.2)	113 (72.0)	44 (28.0)	
C+E	215 (57.8)	126 (58.6)	89 (41.4)	
Situação conjugal				0.951
Solteiro	125 (33.5)	79 (63.2)	46 (36.8)	
Casado	197 (52.8)	129(65.5)	68 (34.5)	
Separado	36 (9.7)	22 (61.1)	14 (38.9)	
Viúvo	14 (3.8)	9 (64.3)	5 (35.7)	
Uso de tabaco				0.460
Não	279 (74.2)	183 (65.6)	96 (34.4)	
Sim	97 (25.8)	59 (60.8)	38 (39.2)	
Abuso/dependência de álcool				0.274
Não	361 (96.0)	230 (63.7)	131 (36.3)	
Sim	15 (4.0)	12 (80.0)	3 (20.0)	
Transtornos Mentais				<0.001
Não	77 (20.5)	70 (90.9)	7 (9.1)	
Sim	299 (79.5)	172 (57.5)	127 (42.5)	
Transtorno de Humor				<0.001
Não	147 (39.1)	128 (87.1)	19 (12.9)	
Sim	229 (60.9)	114 (49.8)	115 (50.2)	
Transtorno de Ansiedade				0.002
Não	152 (40.4)	112 (73.7)	40 (26.3)	
Sim	224 (59.6)	130 (58.0)	94 (42.0)	
Transtornos Psicótico				<0.001
Não	330 (87.8)	224 (67.9)	106 (32.1)	
Sim	46 (12.2)	18 (39.1)	28 (60.9)	
T. humor + T. ansiedade	157 (41.8)	74(47.1)	83 (52.9)	<0.001
T. humor + T. psicótico	39 (10.4)	13 (33.3)	26 (66.7)	0.023
T. ansiedade + T. psicótico	36 (15.4%)	11 (30.6)	25 (69.4)	<0.001
Número de diagnósticos de acordo com o MINI-Plus*				<0.001
1	111 (29.5)	77 (69.4)	34 (30.6)	
2	91 (24.2)	58 (63.7)	33 (36.3)	
3	57 (15.2)	25 (43.9)	32 (56.1)	
>3	38 (10.1)	12 (31.6)	26 (68.4)	
CTQ total	23.75 (±18.50)	22.00 (±17.46)	26.93 (±19.93)	0.022
Total	376 (100.0)	242 (64.4)	134 (35.6)	

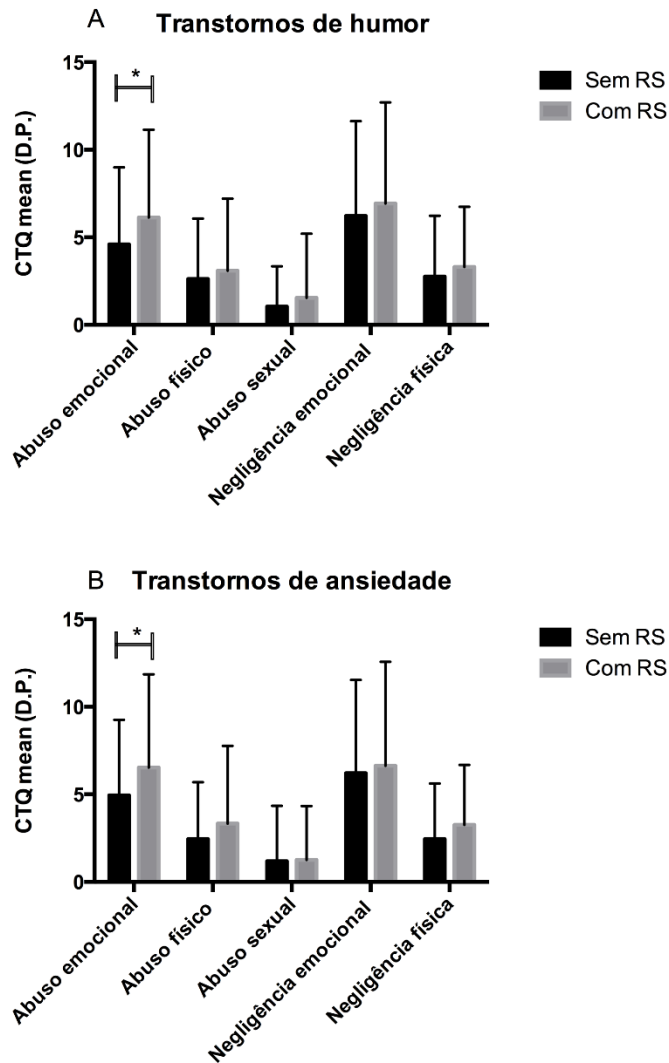
*valor de p para linearidade

Tabela 2: Trauma infantil e risco de suicídio em pacientes com transtorno de humor, ansiedade e psicóticos.

	Análise Bruta		Análise Ajustada ^a	
	Odds ratio (IC 95%)	<i>p</i> -value	Odds ratio (IC 95%)	<i>p</i> -value
Transtorno de humor	5.86 (3.35 – 10.25)	<0.001	5.83 (3.32 – 10.27)	<0.001
Transtorno de ansiedade	1.39 (0.85 -2.28)	0.185	-	
Transtorno psicótico	2.24 (1.14 – 4.42)	0.020	2.03 (1.01 -4.08)	0.047
Número de diagnósticos				
2	1.29 (0.72 – 2.32)	0.398	-	
3	2.90 (1.49 – 5.61)	0.002	2.77 (1.41 – 5.45)	0.003
>3	4.91 (2.22 – 10.86)	<0.001	4.60 (2.06 – 10.28)	<0.001
CTQ total	1.01 (1.00 -1.03)	0.018	1.01 (1.00 -1.02)	0.039
Abuso emocional	1.07 (1.02- 1.12)	0.006	1.05 (1.01 -1.11)	0.027
Abuso físico	1.06 (0.99- 1.11)	0.137	-	
Abuso sexual	1.01 (0.94 -1.08)	0.834	-	
Negligência emocional	1.05 (1.00 – 1.09)	0.026	1.04 (1.00 -1.09)	0.044
Negligência física	1.04 (0.98- 1.11)	0.247	-	-

^a Análise ajustada para idade e classe socioeconômica

Figura 1. Diferenças entre médias do CTQ de acordo com risco de suicídio nos grupos diagnósticos.



Mann-Whitney test A $p=0.013$; B $p=0.003$

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados obtidos no primeiro estudo, encontramos que os transtornos mais prevalentes foram depressão, seguido por transtorno de pânico, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno bipolar e esquizofrenia. A hipótese de que maiores níveis de NGF estariam associadas aos transtornos de humor não foi confirmada, porém observamos maiores níveis séricos de NGF em pacientes com ansiedade generalizada e transtorno obsessivo compulsivo. O prejuízo no funcionamento esteve presente em todos os transtornos avaliados. Na análise multivariada observamos que pacientes com TAG e TOC, NGF e funcionalidade mantiveram-se associados, o que evidencia o impacto dos transtornos de ansiedade, o quanto são impeditivos da capacidade de autonomia das pessoas que acorrem ao CAPS. Os transtornos de ansiedade são usualmente reconhecidos como os de menor gravidade diante dos transtornos de humor, porém nosso estudo demonstrou que quando fatores psicossociais são considerados nas avaliações psicológica e psiquiátrica, obtemos dados mais fidedignos para as estratégias de atenção.

No segundo estudo, verificamos uma prevalência de 35.6% de risco de suicídio. Aqueles indivíduos com risco de suicídio apresentaram maiores escores de trauma infantil. Na análise multivariada, foi possível observar que o trauma na infância se manteve associado ao risco de suicídio, além disso, os domínios de abuso emocional e a negligência emocional foram os únicos associados a presença de risco de suicídio. Aqueles indivíduos que apresentaram risco de suicídio e transtornos de humor, tiveram maiores escores no domínio de abuso emocional. O mesmo resultado foi encontrado nos indivíduos com transtorno de ansiedade, evidenciando que o abuso e a negligência emocional são predisponentes ao comportamento suicida nos transtornos de humor e ansiedade. Estas adversidades na infância podem ser indicadoras de fragilidade psíquica que devem ser contempladas nos modos de tratamento.

Minha inserção profissional como membro da equipe do Centro de Atenção Psicossocial levou-me a refletir sobre a necessária efetividade das ações programadas desde a reforma psiquiátrica, no sentido de que a assistência pública priorize a escuta das fragilidades das pessoas e atue na promoção da saúde. Assim, os fatores psicossociais são importantes desde o primeiro atendimento na rede pública. Trata-se de população extremamente vulnerável, com carências de toda ordem, econômica, afetiva, relacional, que busca atendimento quando o sofrimento psíquico já reduziu a capacidade de gerir a própria vida. Os riscos psicossociais são comumente esquecidos nessa população, ainda com escasso reconhecimento em ambientes de saúde pública. Estas evidências comprovam a necessidade

de compreender melhor a interação entre fatores psicossociais, biológicos e transtornos mentais para desenvolver formas de atenção protetivas ao sofrimento psíquico e ao risco de suicídio, tornado sua prevenção uma prioridade na agenda do CAPS e de toda rede de atenção em políticas públicas.

Ainda este estudo, ao evidenciar associações entre fatores neurotróficos, transtornos mentais e fatores psicossociais vai ao encontro das tendências neurocientíficas de integrar fatores biológicos e psíquicos, exemplificando que estas associações podem, objetivamente, resultar em uma melhor qualidade nas abordagens terapêuticas.

ANEXO (S)

ANEXO 1 – Mini International Neuropsychiatric Interview

M.I.N.I. PLUS

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Brazilian Version 5.0.0

USA: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Hammett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital Salpêtrière - Paris



Tradução para o português (Brasil) : Patrícia Amorim

© 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem *solicitar** uma versão do M.I.N.I. (*mediante cadastro*), para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

UM TREINAMENTO PRÉVIO* É OBRIGATÓRIO, PARA QUALQUER UTILIZAÇÃO DO M.I.N.I.

* versões brasileiras do M.I.N.I. - cadastro, cópias e treinamentos : pat.amorinha@gmail.com.br

M.I.N.I. Plus 5.0.0 (Julho, 2002)

Nome do(a) entrevistado(a):	_____	Número do protocolo:	_____
Data de nascimento:	_____	Hora de início da entrevista:	_____
Nome do(a) entrevistador(a):	_____	Hora do fim da entrevista:	_____
Data da entrevista:	_____	Duração total da entrevista:	_____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	ICD-10
A EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Anual (2 semanas)	☐	296.20-296.26 Único	F32.x
	Passado	☐	296.30-296.36 Recorrente	F33.x
TRANSTORNO DO HUMOR DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Anual	☐	293.83	F06.xx
	Passado	☐	293.83	F06.xx
TRANSTORNO DO HUMOR INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Anual	☐	296.xx	nenhum
	Passado	☐	296.xx	nenhum
EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS	Anual (2 semanas)	☐	296.20-296.26 Single	F32.x
			296.30-296.36 Recurrent	F33.x
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Anual (Últimos 2 anos)	☐	300.4	F34.1
	Passado	☐	300.4	F34.1
C RISCO DE SUICÍDIO	Anual (Último mês)	☐	nenhum	nenhum
	Risco: ☐ Baixo ☐ Médio ☐ Alto			
D EPISÓDIO MANÍACO	Anual	☐	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Passado	☐	296.00-296.06	F30.x-F31.9
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Anual	☐	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Passado	☐	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
EPISÓDIO MANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Anual	☐	293.83	F06.30
	Passado	☐	293.83	F06.30
EPISÓDIO HIPOMANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Anual	☐	293.83	nenhum
	Passado	☐	293.83	nenhum
EPISÓDIO MANÍACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Anual	☐	291.8-292.84	nenhum
	Passado	☐	291.8-292.84	nenhum
EPISÓDIO HIPOMANÍACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Anual	☐	291.8-292.84	nenhum
	Passado	☐	291.8-292.84	nenhum
E TRANSTORNO DE PÂNICO	Anual (Último mês)	☐	300.01/300.21F40.01-F41.0	
	Vida inteira	☐	300.01/300.21F40.01-F41.0	
	Anual	☐	293.89	F06.4
TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Anual	☐	291.8-292.89	nenhum
TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Anual	☐	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Anual	☐	300.23	F40.1
G FOBIA SOCIAL	Anual (Último mês)	☐	300.29	F40.2
H FOBIA ESPECÍFICA	Anual	☐	300.3	F42.8
I TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Anual (Último mês)	☐	293.89	F06.4
	Anual	☐	291.8-292.89	nenhum
TOC DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Anual	☐	309.81	F43.1
TOC INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Anual	☐	303.9	F10.2x
J TRANSTORNO DE ESTRESSE POS-TRAUMÁTICO	Anual (Último mês)	☐	303.9	F10.2x
K DEPENDÊNCIA DE ALCOOL	(Últimos 12 meses)	☐	305.00	F10.1
DEPENDÊNCIA DE ALCOOL	Vida inteira	☐	305.00	F10.1
ABUSO DE ALCOOL	(Últimos 12 meses)	☐	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
ABUSO DE ALCOOL	Vida inteira	☐	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
L DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	☐	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	Vida inteira	☐	295.10-295.90/297.1/	F20.xx-F29
M TRANSTORNOS PSICÓTICOS	(Últimos 12 meses)	☐	297.3/293.81/293.82/	
	Vida inteira	☐	293.89/298.8/298.9	
TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Anual	☐	296.24	F32.3/F33.3
ESQUIZOFRENIA	Anual	☐	295.10-295.60	F20.xx
	Vida inteira	☐	295.10-295.60	F20.xx
TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO	Anual	☐	295.70	F25.x
	Vida inteira	☐	295.70	F25.x
TRANSTORNO ESQUIZOFRENIFORME	Anual	☐	295.40	F20.8
	Vida inteira	☐	295.40	F20.8
TRANSTORNO PSICÓTICO BREVE	Anual	☐	298.8	F23.80-F23.81
	Vida inteira	☐	298.8	F23.80-F23.81

	TRANSTORNO DELIRANTE	Atual	☐	297.1	F22.0
		Vida inteira	☐	297.1	F22.0
	TRANSTORNO PSICÓTICO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	☐	293.xx	F06.0-F06.2
		Vida inteira	☐	293.xx	F06.0-F06.2
	TRANSTORNO PSICÓTICO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA	Atual	☐	291.5-292.12	nenhum
		Vida inteira	☐	291.5-292.12	nenhum
	TRANSTORNO PSICÓTICO SOE	Atual	☐	298.9	F29
		Vida inteira	☐	298.9	F29
	TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS F31.X3/F31.X2/F31.X5	Vida inteira	☐		
	TRANSTORNO DO HUMOR SOE	Vida inteira	☐	296.90	F39
	TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	☐	296.24	F33.X3
		Passado	☐	296.24	F33.X3
	TRANSTORNO BIPOLAR I COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	☐	296.04-296.64	F31.X2/F31.X5
		Passado	☐	296.04-296.64	F31.X2/F31.X5
	TRANSTORNO BIPOLAR II	Atual	☐	296.89	F31.8
		Passado	☐	296.89	F31.8
N	ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	☐	307.1	F50.0
O	BULIMIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	☐	307.51	F50.2
	BULIMIA NERVOSA TIPO PURGATIVO	Atual	☐	307.51	F50.2
	BULIMIA NERVOSA TIPO SEM PURGAÇÃO	Atual	☐	307.51	F50.2
	ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO	Atual	☐	307.51	F50.2
	PERIÓDICA PURGATIVO	Atual	☐	307.1	F50.0
	ANOREXIA NERVOSA, TIPO RESTRITIVO	Atual	☐	307.1	F50.0
P	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	☐	300.02	F41.1
	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	☐	293.89	F06.4
	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA	Atual	☐	291.8-292.89	nenhum
Q	TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	☐	301.7	F60.2
R	TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO	Vida inteira	☐	330.81	F45.0
		Atual	☐		
S	HIPOCONDRIA	Atual	☐	300.7	F45.2
T	TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	Atual	☐	300.7	F45.2
U	TRANSTORNO DOLOROSO	Atual	☐	300.89/307.8	F45.4
V	TRANSTORNO DA CONDUTA	Últimos 12 meses	☐	312.8	F91.8
W	TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (Crianças/Adolescentes)	Últimos 6 meses	☐	314.00/314.01	F90.0/F90.9/ F98.8
	TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (Adultos)	Vida inteira	☐	314.00/314.01	F90.0/F98.8
		Atual	☐		
X	TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO	Atual	☐	309.xx	F43.xx
Y	TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL	Atual	☐		
Z	TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO	Atual	☐		

ALERTA

MESMO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM CLARO FATOR ESTRESSANTE AGRAVANDO A SINTOMATOLOGIA, EXPLORE INICIALMENTE OS DIAGNÓSTICOS DE “A –W” ACIMA. NUNCA USE O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO SE OS CRITÉRIOS PARA QUALQUER OUTRO TRANSTORNO EXPLORADO DE “A –W” FOREM PREENCHIDOS.

INSTRUÇÕES GERAIS

O MINI (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (Associação Psiquiátrica Americana, 1994) e da CID-10 (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1992). Estudos de confiabilidade e validade foram desenvolvidos, comparando o MINI ao SCID-P e ao CIDI (uma entrevista padronizada desenvolvida pela OMS para entrevistadores leigos). Os resultados desses estudos mostraram que o MINI apresenta índices de confiabilidade e de validade comparáveis aos dos instrumentos referidos, mas que pode ser administrado em um tempo muito mais curto (média = 18.7 ± 11.6 minutos; mediana = 15 minutos). O MINI pode ser utilizado por entrevistadores clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva. O MINI Plus é uma versão mais detalhada do MINI. Sintomas imputáveis a uma causa orgânica ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool não devem ser cotados positivamente no MINI. O MINI Plus tem perguntas que investigam essas questões.

• Entrevista:

Com o objetivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

• Apresentação:

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto para o módulo Transtornos Psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao(a) entrevistador(a) indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

• Convenções:

As frases escritas em “letras minúsculas” devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em “MAIÚSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o(a) entrevistador(a) deve se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em “negrito” indicam o período de tempo a explorar. O(a) entrevistador(a) deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes durante esse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o(a) entrevistador(a) deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (→) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O(a) entrevistador(a) deve ir diretamente para o final do módulo, cotar “NÃO” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

• Instruções de cotação :

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O(a) entrevistador(a) deve se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Se tem questões ou sugestões, SE DESEJA SER TREINADO(A) NA UTILIZAÇÃO DO MINI, ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788
ph: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail: dvsheehan@hsc.usf.edu

Yves LECRUBIER, M.D. / Thierry HERGUETA, M.S.
Insarn U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE
tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail: hergueta@ext.jussieu.fr

Patrícia AMORIM, M.D., PhD
Universidade Federal de Goiás
PROCOM
Av. das Nações esq c/ Praça Universitária s/n
CEP 74605-901 Goiânia - Goiás
BRASIL
Tel: +55 62 84 21 21 84
fax: +55 62 32 12 07 12
e-mail: pat.amorinha@gmail.com

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOPTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M18), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA ÀS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

A1	a	Alguma vez sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	1
SE A1a = SIM:					
	b	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	2
A2	a	Alguma vez teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	3
SE A2a = SIM:					
	b	Nas duas últimas semanas, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo ?	NÃO	SIM	4
A1a OU A2a SÃO COTADAS SIM ?			→ NÃO	SIM	

SE O(A) ENTREVISTADO(A) ESTÁ DEPRIMIDO(A) ATUALMENTE (A1b OU A2b = SIM): EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL.
SE NÃO: EXPLORAR O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A3 Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:

	Episódio Atual		Episódio Passado		
a	Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias ? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (VARIAÇÃO DE $\pm 5\%$ AO LONGO DE UM MÊS, ISTO É, $\pm 3,5$ KG, PARA UMA PESSOA DE 65 KG) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	NÃO	SIM 5
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM 6
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM 7
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM 8
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM 9

SE A3a = SIM: PEDIR UM EXEMPLO.
O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? ☐ NÃO ☐ SIM

		Episódio Atual		Episódio Passado														
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10												
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	11												
A4	HA 3 OU MAIS RESPOSTAS "SIM" EM A3 (OU 4 RESPOSTAS POSITIVAS, SE A1a OU A2a É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO OU SE A1b OU A2b É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)?	NÃO	SIM	→ NÃO	SIM													
VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO DE DUAS SEMANAS.																		
SE A4 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A3a - A3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.																		
A5	Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?	NÃO	SIM	→ NÃO	SIM	12												
SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4 E A 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.																		
A6	Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?			→														
	UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	13												
SE A6 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4 E A 5 E A6 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.																		
A7 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? ☐ Não ☐ Sim																	
b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? ☐ Não ☐ Sim																	
NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).																		
A7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?		NÃO	SIM	INCERTO	NÃO	SIM												
		INCERTO			INCERTO	14												
SE A7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 A6 E A7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.																		
A8	COTAR SIM SE A7 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO. ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3"><i>Episódio Depressivo Maior</i></td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td></td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td></td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>						NÃO	SIM	<i>Episódio Depressivo Maior</i>			Atual		☐	Passado		☐
	NÃO	SIM																
<i>Episódio Depressivo Maior</i>																		
Atual		☐																
Passado		☐																
A9	COTAR SIM SE A7b = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO. ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3"><i>Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral</i></td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td></td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td></td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>						NÃO	SIM	<i>Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral</i>			Atual		☐	Passado		☐
	NÃO	SIM																
<i>Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral</i>																		
Atual		☐																
Passado		☐																

- A10 COTAR SIM SE A7a = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior induzido por substância</i>	
Atual	☐
Passado	☐

CRONOLOGIA

- A11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou um período de 2 semanas ou mais em que apresentou esses problemas de depressão ? idade 15
- A12 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de depressão teve, que duraram pelo menos 2 semanas ? 16

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A8 = SIM, ATUAL), EXPLORAR O SEGUINTE:

A13 a	A2b É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	
b	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam? SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?	NÃO	SIM	17
A13a	OU A13b SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

- A14 Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:
- a Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida? NÃO SIM 18
- b Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ? NÃO SIM 19
- c Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias? NÃO SIM 20
- d A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)? NÃO SIM
- e A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)? NÃO SIM
- f Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia? NÃO SIM 21

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A14 ?

NAO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior com características melancólicas Atual</i>	

SUBTIPOS DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

Leve
Moderado
Severo sem aspectos psicóticos
Severo com aspectos psicóticos
Em remissão parcial
Em remissão completa
Crônico
Com características catatônicas
Com características melancólicas
Com características atípicas
Com início no pós-parto
Com padrão sazonal
Com recuperação completa entre episódios
Sem recuperação completa entre episódios

Assinale tudo que se aplica

☐ 296.21/296.31
☐ 296.22/296.32
☐ 296.23
☐ 296.24
☐ 296.25
☐ 296.26
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

SE A8 OU A9 OU A10 = SIM, ➔ PASSAR PARA RISCO DE SUICÍDIO

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

(➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

Se a sintomatologia do(a) entrevistado(a) preenche os critérios para um Episódio Depressivo Maior Atual, NÃO explore Transtorno Distímico Atual, mas explore Transtorno Distímico Passado. Assegure-se de que a Transtorno Distímico Passado explorado não corresponde, de fato, a um Episódio Depressivo Maior passado e de que existe um intervalo de pelo menos 2 meses de remissão completa entre qualquer Episódio Depressivo Maior anterior e o Transtorno Distímico Passado. [APLICAR ESSAS REGRAS UNICAMENTE SE ESTÁ INTERESSADO EM EXPLORAR DEPRESSÃO DUPLA.]

ESPECIFICAR O PERÍODO DE TEMPO EXPLORADO ABAIXO:

☐ Atual
☐ Passado

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo ? [OU, SE ESTÁ EXPLORANDO TRANSTORNO DISTÍMICO PASSADO: "No passado, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo, por um período de 2 anos ou mais ?"]	➔ NÃO	SIM	22
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	➔ SIM	23
B3	Desde que se sente [Durante esse período em que se sentia]deprimido(a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	24
b	Tem [teve] problemas de sono ou dorme [dormia] demais ?	NÃO	SIM	25
c	Sente-se [sentia-se] cansado(a) ou sem energia ?	NÃO	SIM	26
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	27
e	Tem [tinha] dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	28
f	Sente-se [sentia-se] sem esperança ?	NÃO	SIM	29
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?	➔ NÃO	SIM	

B4 Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ? →
NÃO SIM 30

B5 Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?
☐ Não ☐ Sim

Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?
☐ Não ☐ Sim

NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADICIONAIS SE NECESSARIO).

UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM 31

B5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISTÊMICO	
Atual	☐
Passado	☐

CRONOLOGIA

B6 Que idade quando, pela primeira vez, teve esses problemas de depressão, continuamente, por um período de 2 anos ou mais ? idade 32

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

	NÃO	SIM	Pontos
C1 Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?			1
C2 Quis fazer mal a si mesmo (a) ?			2
C3 Pensou em suicídio ?			6
C4 Pensou numa maneira de se suicidar ?			10
C5 Tentou o suicídio ?			10

Ao longo da sua vida:

C6 Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	4
--	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A C6 ?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
1-5 pontos Baixo	☐
6-9 pontos Moderado	☐
≥ 10 pontos Alto	☐

D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

(→) SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOPTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M18), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA, AS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

D1	a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia ou cheio(a) de si que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ALCOOL).	NÃO	SIM	1
SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO(A)" OU "CHEIO (A) DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou produtivo ou impulsivo(a).					
SE D1a = SIM:					
	b	Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?	NÃO	SIM	2
D2	a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família? Você ou outras pessoas achou/acharam que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ALCOOL).	NÃO	SIM	3
SE D2a = SIM:					
	b	Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?			→ NÃO	SIM	
D3	SE D1b OU D2b = "SIM": EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL SE D1b E D2b = "NÃO" : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE				
Quando sentiu-se mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :					
			<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>
	a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante? SE SIM: PEDIR UM EXEMPLO. O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? ☐ Não ☐ Sim	NÃO	SIM	NÃO SIM 5
	b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	NÃO SIM 6
	c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	NÃO SIM 7
	d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	NÃO SIM 8
	e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	NÃO SIM 9

		Episódio Atual		Episódio Passado										
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10								
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	11								
D3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3 OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?		NÃO	SIM	→ NÃO	SIM									
VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO. SE D3 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR D3 a - D3 g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.														
D4 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? ☐ Não ☐ Sim													
b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? ☐ Não ☐ Sim													
NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA (HIPO)MANIA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).														
D4 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?		NÃO	SIM	INCERTO	NÃO	SIM	INCERTO 12							
SE D4 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR D3 e D4 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.														
D5	Esses problemas duraram pelo menos uma semana E o (a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas? COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	13								
D6	COTAR SIM PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO SE: D3 (SUMÁRIO) = SIM E D4 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO E D5 = NÃO, E NENHUMA IDEIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM D3a. ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">EPISÓDIO HIPOMANÍACO</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>					NÃO	SIM	EPISÓDIO HIPOMANÍACO		Atual	☐	Passado	☐
NÃO	SIM													
EPISÓDIO HIPOMANÍACO														
Atual	☐													
Passado	☐													
D7	COTAR SIM PARA EPISÓDIO MANÍACO SE: D3 (SUMÁRIO) = SIM E D4 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO E D5 = SIM OU UMA IDEIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM D3a. ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">EPISÓDIO MANÍACO</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>					NÃO	SIM	EPISÓDIO MANÍACO		Atual	☐	Passado	☐
NÃO	SIM													
EPISÓDIO MANÍACO														
Atual	☐													
Passado	☐													
D8	COTAR SIM SE: D3 (SUMÁRIO) E D4b E D5 = SIM E D4 (SUMÁRIO) = NÃO ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>					NÃO	SIM	Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral		Atual	☐	Passado	☐
NÃO	SIM													
Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral														
Atual	☐													
Passado	☐													

D9 COTAR **SIM** SE:
D3 (SUMÁRIO) E **D4a** E **D5** = **SIM** E **D4** (SUMÁRIO) = **NÃO**
 ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

SE **D8** OU **D9** = **SIM**, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.

SUBTIPOS

Ciclagem Rápida

Nos últimos 12 meses, teve 4 ou mais episódios de euforia/ irritabilidade excessiva ou de depressão ?

Episódio Misto

ENTREVISTADO PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA AMBOS – EPISÓDIO MANÍACO E EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, QUASE TODO DIA, DURANTE PELO MENOS UMA SEMANA.

Padrão Sazonal

O INÍCIO E AS REMISSÕES OU MUDANÇAS PARA UM EPISÓDIO DE POLARIDADE OPOSTA (EX: DE DEPRESSÃO PARA (HIPO)MANIA) OCORREM NUM PERÍODO CARACTERÍSTICO DO ANO.

Com remissão completa entre episódios

Entre os dois episódios mais recentes de euforia/ irritabilidade excessiva teve um período de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum desses problemas ?

NÃO	SIM
<i>Episódio (Hipo) Maníaco induzido por substância</i>	
Atual	☐
Passado	☐

NÃO	SIM ¹⁴
<i>Ciclagem Rápida</i>	

NÃO	SIM ¹⁵
<i>Episódio Misto</i>	

NÃO	SIM ¹⁶
<i>Padrão Sazonal</i>	

NÃO	SIM ¹⁷
<i>Com remissão completa entre episódios</i>	

ASSINALAR A OPÇÃO QUE SE APLICA

O EPISÓDIO MAIS RECENTE É **MANÍACO** / **HIPOMANÍACO** / **MISTO** / **DEPRESSIVO**

GRAVIDADE

- | | | |
|-----------|--------------------------------|--------------------------|
| X1 | Leve | ☐ |
| X2 | Moderado | ☐ |
| X3 | Severo sem aspectos psicóticos | ☐ |
| X4 | Severo sem aspectos psicóticos | ☐ |
| X5 | Em remissão parcial | ☐ |
| X6 | Em remissão completa | ☐ |

CRONOLOGIA

- | | | | |
|-----|--|----------------------------|----|
| D10 | Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de euforia / irritabilidade excessiva de que falamos ? | <input type="text"/> idade | 18 |
| D11 | Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de euforia / irritabilidade excessiva já teve? | <input type="text"/> | 19 |

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE PARA E6, E7 E E8, ASSINALAR NÃO EM CADA QUADRO DIAGNÓSTICO E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

E1	a	Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ?	→ NÃO	SIM	1
	b	SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	→ NÃO	SIM	2
E2		Alguns desses episódios súbitos de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse ou sem motivo ?	→ NÃO	SIM	3
E3		Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	4
E4		Durante o episódio em que se sentiu pior :			
	a	Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?	NÃO	SIM	5
	b	Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	6
	c	Teve tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	7
	d	Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	8
	e	Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	9
	f	Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	10
	g	Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	11
	h	Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	12
	i	Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	13
	j	Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	14
	k	Teve medo de morrer ?	NÃO	SIM	15
	l	Teve dormências ou formigamentos no corpo?	NÃO	SIM	16
	m	Teve ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	17
		E4 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
E5	a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? ☐ Não ☐ Sim			
	b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? ☐ Não ☐ Sim			
		NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DOS ATAQUES DE PÂNICO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADICIONAIS SE NECESSARIO).			
		E5 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?	NÃO	SIM	18
		SE E5 (SUMÁRIO) = NÃO, PASSAR A E9.			

E6	E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5 (SUMÁRIO) = SIM?	NÃO SIM TRANSTORNO DE PÂNICO VIDA INTEIRA	
E7	SE E6 = NÃO, HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA SIM EM E4?	NÃO SIM ATAQUES POBRES EM SINTOMAS VIDA INTEIRA	
E8	Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios súbitos de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio? (SE RESPOSTA NEGATIVA, INSISTIR NA QUESTÃO, RELEMBRANDO CADA UM DOS SINTOMAS DESCRITOS EM E4).	NÃO SIM TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL	19
E9	E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5b SÃO COTADAS SIM E E5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO?	NÃO SIM Transtorno de Ansiedade com ataques de pânico devido a condição médica geral ATUAL	
E10	E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5a SÃO COTADAS SIM E E5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO?	NÃO SIM Transtorno de Ansiedade com ataques de pânico induzido por substância ATUAL	
CRONOLOGIA			
E11	Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses episódios súbitos de ansiedade de que falamos?	idade	20
E12	No último ano, durante quantos meses teve episódios súbitos de ansiedade ou medo de ter um desses episódios?		21

F. AGORAFOBIA

F1	Alguma vez sentiu-se muito ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações em que poderia ter episódios súbitos de ansiedade dos quais acabamos de falar ? OU sentiu-se muito ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações dos quais é difícil escapar ou ter ajuda como: estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	22
SE F1 = NÃO, COTAR NÃO EM F2 E F3.				
F2	Sempre teve tanto medo dessas situações que na prática, as evitou, sentiu um intenso mal-estar quando as enfrentou ou procurou estar acompanhado(a) para enfrentá-las ?	NÃO SIM 23 AGORAFOBIA VIDA INTEIRA		
F3	Atualmente teme ou evita esses lugares ou situações ?	NÃO SIM 24 AGORAFOBIA ATUAL		
SE SIM, ASSINALAR SE: F2 ☐ vida inteira F3 ☐ atual E6 ☐ vida inteira E8 ☐ atual				
F4	a E8 (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA SIM E F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA NÃO ?	NÃO SIM TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL <i>sem Agorafobia</i>		
b	E8 (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA SIM E F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA SIM ?	NÃO SIM TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL <i>com Agorafobia</i>		
c	E6 (TRANSTORNO DE PÂNICO VIDA INTEIRA) É COTADA NÃO E F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA SIM ?	NÃO SIM AGORAFOBIA ATUAL <i>sem história de Transtorno de Pânico</i>		
d	F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA SIM E E8 (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA NÃO E E6 (TRANSTORNO DE PÂNICO VIDA INTEIRA) É COTADA SIM ?	NÃO SIM AGORAFOBIA ATUAL <i>sem Transtorno de Pânico Atual mas com história passada de Transtorno de Pânico</i>		
e	F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA SIM E E7 (ATAQUES POBRES EM SINTOMAS) É COTADA NÃO?	NÃO SIM AGORAFOBIA ATUAL <i>sem história de ataques pobres em sintomas</i>		
CRONOLOGIA				
F5	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer ou evitar os lugares / as situações de que falamos ?		idade	25
F6	No último ano, durante quantos meses teve medo ou evitou de forma importante os lugares / as situações de que falamos ?			26

G. FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais, por exemplo: quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO SIM⁴ FOBIA SOCIAL <i>(Transtorno de Ansiedade Social)</i> ATUAL		
SUBTIPOS Você teme ou evita mais de 4 situações sociais ? NÃO SIM				
SE SIM → Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) Generalizada(o) SE NÃO → Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) não generalizada(o)				
CRONOLOGIA				
G5	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações sociais de que falamos ?		idade	5
G6	No último ano, durante quantos meses teve medo importante das as situações sociais de que falamos ?			6

H. FOBIA ESPECÍFICA

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

H1	Durante o último mês, você teve um medo intenso e persistente de coisas ou situações como por exemplo : voar, dirigir, alturas, trovões, animais, insetos, ver sangue, tomar injeção ?	→ NÃO	SIM	1
H2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
H3	Tem tanto medo dessas situações que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
H4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO SIM⁴ FOBIA ESPECÍFICA ATUAL		
CRONOLOGIA				
H5	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações de que falamos ?		idade	5
H6	No último ano, durante quantos meses teve medo importante dessas situações ?			6

I. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (T.O.C.)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

I1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo ? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo/ superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dívidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas.)	NÃO	SIM	1
→ passar a I4				
I2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2
→ passar a I4				
I3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3
obsessões				
I4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
compulsões				
→				
I3 OU I4 SÃO COTADAS SIM?		NÃO	SIM	
→				
I5	Reconhece que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	NÃO	SIM	5
I6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6
I7 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	☐ Não	☐ Sim	
I7 b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem ?	☐ Não	☐ Sim	
NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DAS OBSESSÕES/COMPULSÕES ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADICIONAIS SE NECESSÁRIO).				
I7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?		NÃO	SIM	7
I6 E I7 (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?		NÃO SIM T.O.C. ATUAL		
I8	I6 E I7 b SÃO COTADAS SIM E I7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	NÃO SIM T.O.C. ATUAL <i>devido a condição médica geral</i>		
I9	I6 E I7 a SÃO COTADAS SIM E I7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	NÃO SIM T.O.C. ATUAL <i>induzido por substância</i>		
CRONOLOGIA				
I10	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas de que falamos ?	idade		8
I11	No último ano, durante quantos meses teve, de forma persistente, esses problemas de que falamos ?			9

J. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

J1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo(a) e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO À MÃO ARMADA, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1				
J2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2				
J3	Durante o último mês:							
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3				
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4				
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5				
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6				
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7				
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?	NÃO	SIM	8				
	J3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J3 ?	→ NÃO	SIM					
J4	Durante o último mês:							
a	Teve dificuldade de dormir ?	NÃO	SIM	9				
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10				
c	Teve dificuldades de se concentrar ?	NÃO	SIM	11				
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12				
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13				
	J4 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM J4 ?	→ NÃO	SIM					
J5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14				
	J5 É COTADA SIM ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL	
NÃO	SIM							
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL								
CRONOLOGIA								
J6	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas ?	idade		15				
J7	Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou a maior parte das dificuldades das quais falamos ?			16				
J8	No último ano, durante quantos meses apresentou esses problemas de forma persistente ?			17				

K. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

K1	Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, vodka, conhaque, whisky...), num período de três horas ?	→ NÃO	SIM	1
K2	Nos últimos 12 meses:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?				
NÃO → SIM DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL				
K3	Nos últimos 12 meses:			
a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? (COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS)	NÃO	SIM	9
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12
HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K3 ?				
NÃO SIM ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL				

K. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL VIDA INTEIRA (Opcional)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

K4	Ao longo da sua vida , em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, vodka, conhaque, whisky...), num período de três horas ?	→ NÃO	SIM	13
K5	Ao longo da sua vida:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	14
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).	NÃO	SIM	15
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	16
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	17
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	18
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	19
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	20
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K5 ?				
NÃO → SIM DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL VIDA INTEIRA				
K6	Ao longo da sua vida:			
a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? (COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS)	NÃO	SIM	21
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	22
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	23
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	24
HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K6 ?				
NÃO SIM ABUSO DE ÁLCOOL VIDA INTEIRA				

L. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (OUTRAS QUE O ALCÓOL)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

Agora, vou mostrar / ler para você, uma lista de drogas e medicamentos (MOSTRAR / LER A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS ABAIXO).

L1	a	Alguma vez na sua vida, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “ de cabeça feita / chapado”?	→ NÃO	SIM
----	---	--	----------	-----

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA:

ESTIMULANTES : anfetaminas, “bolinha”, “rebite”, ritalina, pílulas anorexígenas ou tira-fome.

COCAÍNA: “coca”, pó, “neve”, “branquinha”, pasta de coca, merla, crack

OPIÁCEOS: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio®, Elixir Paregórico®, Elixir de Dover®), codeína (Belacodid®, Belpar®, Pambenyl®), meperidina (Dolantina®, Demerol®), propoxifeno (Algafan®, Doloxene A®), fentanil (Inoval®)

ALUCINOGENEOS: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, “vegetal” (Ayhuasca, daime, hoasca), Artane®.

SOLVENTES VOLÁTEIS: “cola”, éter, “lança perfume”, “cheirinho”, “loló”

CANABINOIDES: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, hashish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

SEDATIVOS: Valium®, Diazepam®, Dienpax®, Somalium®, Frisium®, Psicosedin®, Lexotan®, Lorax®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbamil®, Sonebon®, barbitúricos

DIVERSOS: Anabolisantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica.

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) **MAIS** CONSUMIDA (S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

	Assinalar
SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) QUE ESTÁ SENDO CONSUMIDA	☐
SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA	☐
CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) CONSUMIDA SEPARADAMENTE (FOTOCOPIAR L2 E L3, SE NECESSÁRIO).	☐

ESPECIFICAR A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) QUE SERÁ EXPLORADA ABAIXO, EM CASO DE USO CONCOMITANTE OU SEQUENCIAL DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS:

L2	Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ao longo da sua vida:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	1
b	Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou, sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? (COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO).	NÃO	SIM	2
c	Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	3

d	Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?	NÃO	SIM	4
e	Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ?	NÃO	SIM	5
f	Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ?	NÃO	SIM	6
g	Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM L2 ?		NÃO SIM DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) VIDA INTEIRA
ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____		

L3 a	Você consumiu [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] nos últimos 12 meses ?	→ NÃO	SIM	8
------	--	----------	-----	---

Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], nos últimos 12 meses:

Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM
Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou, sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).	NÃO	SIM
Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM
Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?	NÃO	SIM
Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ?	NÃO	SIM
Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ?	NÃO	SIM
Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM

b	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM L3b (SUMÁRIO), nos últimos 12 meses ?	NÃO	SIM
---	--	-----	-----

L3a e L3b (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?		NÃO → DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL
ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____		

Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA],
nos últimos 12 meses:

- L4 a Por várias vezes ficou intoxicado ou “de cabeça feita / chapado” com [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas?
(COTAR “SIM” SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS). NÃO SIM 9
- b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM 10
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 11
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM 12

HÁ PELO MENOS 1 “SIM” EM L4 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : _____

NÃO	SIM
ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

CRONOLOGIA

- L5 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a consumir [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] de forma abusiva ? idade 13

M. TRANSTORNOS PSICÓTICOS - Parte 1

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA. SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES. AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA.

DELÍRIOS BIZARROS SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS SÃO VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

TODAS AS RESPOSTAS DO(A) ENTREVISTADO(A) DEVEM SER COTADAS NA COLUNA "A". UTILIZAR A COLUNA "B" (JULGAMENTO CLÍNICO DO(A) ENTREVISTADOR(A)) APENAS SE EXISTEM EVIDÊNCIAS CLÍNICAS (DURANTE A ENTREVISTA) OU EXTERNAS (POR EXEMPLO, INFORMAÇÕES DA FAMÍLIA) DE QUE O SINTOMA ESTÁ PRESENTE, APESAR DE ESTAR SENDO NEGADO PELO(A) ENTREVISTADO(A).

Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.

		COLUNA A Resposta do(a) entrevistado(a)			COLUNA B Julgamento clínico do/a entrevistador/a (se necessário)		
		NÃO	SIM	BIZARRO SIM	SIM	BIZARRO SIM	
M1	a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	SIM	1
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ? NOTE: PEÇA EXEMPLOS PARA EXCLUIR FATOS REAIS.	NÃO	SIM →M6	SIM	SIM →M6	2
M2	a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO	SIM		SIM	3
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM →M6		SIM →M6	4
M3	a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de forma diferente do seu jeito habitual? Alguma vez acreditou que estava possuído(a)? CLÍNICO: PEDIR EXEMPLOS E DESCONSIDERAR O QUE NÃO FOR PSICÓTICO.	NÃO	SIM	SIM	SIM	5
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM →M6	SIM	SIM →M6	6
M4	a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	SIM	SIM	7
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM →M6	SIM	SIM →M6	8
M5	a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? PEDIR UM EXEMPLO. COTAR "SIM" APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIÁCAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE M1 A M4.	NÃO	SIM	SIM	SIM	9
	b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	SIM	10

COLUNA A (ENTREVISTADO(A))		COLUNA B (ENTREVISTADOR(A))		
		BIZARRO	BIZARRO	
M6 a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes?	NÃO SIM	SIM SIM	11
	COTAR "SIM BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO. Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	SIM		
b	SE SIM : Ouviu essas coisas/vozes no último mês?	NÃO SIM	SIM SIM	12
	COTAR "SIM BIZARRO" SE O(A) ENTREVISTADO(A) OUVIR VOZES QUE COMENTAM SEUS PENSAMENTOS OU ATOS OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.	→ M8	→ M8	
M7 a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado?	NÃO SIM	SIM	13
	COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS.			
b	SE SIM: Teve essas visões no último mês ?	NÃO SIM	SIM	14

JULGAMENTO DO CLÍNICO

M8 b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO SIM	15
M9 b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO SIM	16
M10 b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO SIM	17
M11 a	HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE M1 A M10b?	NÃO SIM	

SE M11a = NÃO ➔ PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.

M11 b

OS ÚNICOS SINTOMAS PRESENTES SÃO AQUELES IDENTIFICADOS PELO CLÍNICO DE M1 A M7 (COLUNA B) E DE M8b A M10b ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b) E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b) E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.

SE NÃO, CONTINUAR.

NÃO	SIM
TRANSTORNO PSICÓTICO SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO*	
Atual	☐
Vida inteira	☐
*Diagnóstico provisório devido à insuficiência de informações disponíveis no momento	

ALERTA: SE PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" = SIM : COTAR M11c E M11d.
SE TODAS AS QUESTÕES "b" = NÃO : COTAR APENAS M11d.

M11c
DE M1 A M10b: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES "b" = SIM BIZARRO?
OU
HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES "b" = SIM MAS NÃO "SIM BIZARRO"?

NÃO
Critério A da
Esquizofrenia
NÃO preenchido
ATUAL

SIM
Critério A da
Esquizofrenia
preenchido
ATUAL

M11d
DE M1 A M7: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES "a" = SIM BIZARRO?
OU
HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES "a" = SIM MAS NÃO "SIM BIZARRO"?
(VERIFICAR QUE OS SINTOMAS OCORRERAM NO MESMO PERÍODO)

NÃO
Critério A da
Esquizofrenia
NÃO preenchido
VIDA INTEIRA

SIM
Critério A da
Esquizofrenia
preenchido
VIDA INTEIRA

OU M11c É COTADA "SIM" ?

M12 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? ☐ Não ☐ Sim

b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?
☐ Não ☐ Sim

c NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA PSICOSE ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADICIONAIS SE NECESSÁRIO). ☐ Não ☐ Sim

d UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?? NÃO SIM INCERTO 21

SE M12d = NÃO: COTAR M13 (a, b) E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE
SE M12d = SIM: COTAR NÃO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14
SE M12d = INCERTO: COTAR INCERTO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14

M13a

M12d É COTADA NÃO DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL (M12b = SIM) ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:

ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b)
E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b)

NÃO	SIM	22
TRANSTORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral		
Atual	☐	
Vida inteira	☐	
Incerto	☐	

M13b

M12d É COTADA NÃO DEVIDO AO USO DE SUBSTÂNCIA (M12a = SIM) ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:

ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b)
E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b)

NÃO	SIM	23
TRANSTORNO PSICÓTICO induzido por substância		
Atual	☐	
Vida inteira	☐	
Incerto	☐	

M14 Quanto tempo durou o período mais longo em que teve essas crenças/experiências?
SE <1 DIA, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE. _____ 24

M15 a Durante ou depois desse (de um desses) período(s) em que teve essas crenças/experiências, você teve dificuldades para trabalhar, ou dificuldades para se relacionar com as pessoas ou dificuldades para cuidar de si mesmo(a) ? NÃO SIM 25

b SE SIM : Quanto tempo duraram essas dificuldades?
SE ≥ 6 MESES, PASSAR PARA M16. _____ 26

c Você foi tratado(a) com medicamentos ou foi hospitalizado(a) por causa dessas crenças/experiências, ou das dificuldades / problemas que elas causaram? NÃO SIM 27

d SE SIM : Quanto tempo durou esse tratamento com medicamentos / a hospitalização mais longa por causa desses problemas ? _____ 28

M16 a O(A) ENTREVISTADO(A) DESCREVE UM FUNCIONAMENTO DETERIORADO (M15a = SIM) OU FOI TRATADO / HOSPITALIZADO POR PSICOSE (M15c = SIM). NÃO SIM 29

b JULGAMENTO DO CLÍNICO: CONSIDERANDO SUA EXPERIÊNCIA, A DISFUNÇÃO CAUSADA PELA PSICOSE, AO LONGO DA VIDA DO(A) ENTREVISTADO(A) É: (1) ausente 30
(2) leve
(3) moderada
(4) severa

M17 QUAL É A DURAÇÃO TOTAL DA PSICOSE, CONSIDERANDO A FASE ATIVA (M14) E AS DIFICULDADES ASSOCIADAS (M15b) E O TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (M15d) ? (1) ≥ 1 dia a <1 mês 31
(2) ≥ 1 mês a <6 meses
(3) ≥ 6 meses

CRONOLOGIA

- M18 a Que idade tinha quando, pela primeira vez, teve essas crenças/experiências pouco comuns ? idade 32
- b Desde o começo desses problemas, quantos episódios distintos em que apresentou essas crenças/experiências, já teve ? 33

TRANSTORNOS PSICÓTICOS - PARTE 2

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNOS PSICÓTICOS E DO HUMOR

COTAR AS QUESTÕES M19 A M23 UNICAMENTE:

- SE O(A) ENTREVISTADO(A) DESCREVE PELO MENOS UM SINTOMA PSICÓTICO (M11a = SIM E M11b = NÃO), NÃO EXPLICADO POR UMA CAUSA ORGÂNICA (M12d = SIM OU INCERTO);
- APÓS A ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS 'A' (EDM) E 'D' (EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO)

M19 a	O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL OU PASSADO (QUESTÃO A8 = SIM)?	NÃO	SIM	
b	SE SIM: QUESTÃO A1 (HUMOR DEPRESSIVO) É COTADA SIM?	NÃO	SIM	
c	O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (QUESTÃO D7 = SIM)?	NÃO	SIM	
d	M19a OU M19c É COTADA SIM?	NÃO	SIM	
		↓		PARAR. Passar à M24

NOTA: VERIFICAR QUE AS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES M20 À M23 ESTÃO DE ACORDO COM AS DATAS DOS EPISÓDIOS PSICÓTICO (M11c E M11d), DEPRESSIVO (A8) E MANÍACO (D7), JÁ EXPLORADOS. EM CASO DE DISCREPÂNCIAS, REEXPLORAR A SEQUÊNCIA DOS TRANSTORNOS, TENDO COMO REFERÊNCIA EVENTOS MARCANTES DE VIDA E COTAR M20 A M23 EM FUNÇÃO.

M20	Você relatou ter apresentado períodos em que se sentia [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO(A)] e períodos em que teve [CITAR AS RESPOSTAS POSITIVAS EM COLUNA "A" DE M1 À M7]. Quando apresentava essas crenças/ experiências, sentia-se, ao mesmo tempo, [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO(A)]?	NÃO	SIM	34
		↓		PARAR. Passar à M24
M21	Essas crenças/ experiências que descreveu (DAR EXEMPLOS SE NECESSÁRIO) aconteceram exclusivamente durante o(s) período(s) em que se sentia, quase todo tempo, [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO(A)]?	NÃO	SIM	35
		↓		PARAR. Passar à M24
M22	Você já teve essas crenças/ experiências durante 2 semanas ou mais, quando não se sentia [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO (A)]?	NÃO	SIM	36
		↓		PARAR. Passar à M24
M23	O que durou mais tempo: as crenças / experiências ou os episódios em que se sentiu [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO (A)]?	(1) humor		37
		(2) crenças / experiências		
		(3) mesma duração		

M24 AO FINAL DA ENTREVISTA, PASSAR AOS ALGORITMOS PARA OS TRANSTORNOS PSICÓTICOS E DO HUMOR.

CONSULTE OS ÍTENS M11a E M11b:

SE O CRITÉRIO "A" DA ESQUIZOFRENIA FOI PREENCHIDO (M11c E/OU M11d = SIM) ➡ ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS I

SE O CRITÉRIO "A" DA ESQUIZOFRENIA NÃO FOI PREENCHIDO (M11c E/OU M11d = NÃO) ➡ ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS II

PARA OS TRANSTORNOS DO HUMOR ➡ ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS III

N. ANOREXIA NERVOSA

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

N1 a Qual é a sua altura ?	cm.
b Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	kgs.
O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO).	→ NÃO SIM

Durante os últimos 3 meses:

N2 Tentou não engordar , embora pesasse pouco ?	→ NÃO SIM	1
N3 Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?	→ NÃO SIM	2
N4 a Açou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO SIM	3
b Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO SIM	4
c Açou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO SIM	5
N5 HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM N4 ?	→ NÃO SIM	
N6 APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	→ NÃO SIM	6

PARA AS MULHERES: N5 E N6 SÃO COTADAS "SIM" ?
PARA OS HOMENS: N5 É COTADA "SIM" ?

→ NÃO SIM
ANOREXIA NERVOSA ATUAL

CRONOLOGIA

N7 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de peso que acabamos de falar ?	idade	7
N8 Desde que esses problemas de começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou a maior parte das dificuldades das quais falamos ?		8
N9 No último ano, durante quantos meses apresentou esses problemas de peso, de forma persistente ?		9

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

Mulheres altura/ peso														
cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178
kgs	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51
Homens altura/ peso														
cm	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188
kgs	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59

Os limites de peso acima correspondem a uma redução de 15% em relação ao peso normal, segundo o gênero, como requerido pelo DSM-IV. Essa tabela reflete pesos 15% menores que o limite inferior do intervalo da distribuição normal da Tabela de Peso da Metropolitan Life Insurance.

O. BULIMIA NERVOSA

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

O1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	10						
O2	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos 2 vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	11						
O3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	12						
O4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	13						
O5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	14						
O6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (QUESTÃO N6=SIM)?	NÃO	SIM	15						
passar a O8										
O7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kgs ? [RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO NA TABELA DO MÓDULO “N” (ANOREXIA NERVOSA)]	NÃO	SIM	16						
O8	O5 É COTADA “SIM” E O7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">BULIMIA NERVOSA ATUAL</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	BULIMIA NERVOSA ATUAL			
NÃO	SIM									
BULIMIA NERVOSA ATUAL										
CRONOLOGIA										
O9	Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou crises de comer descontroladamente ?		anos	17						
O10	Desde que esses problemas de começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou crises de comer descontroladamente ?			18						
O11	No último ano, durante quantos meses apresentou crises de comer descontroladamente ?			19						
O12	SUBTIPOS DE BULIMIA NERVOSA Após comer descontroladamente, regularmente faz coisas como provocar vômitos, ou tomar laxantes, diuréticos ou fazer lavagem intestinal (enemas) para perder peso? [NO TIPO NÃO-PURGATIVO O(A) ENTREVISTADO(A) UTILIZA-SE DE OUTROS COMPORTAMENTOS COMO RESTRIÇÃO DE COMIDA PARA PERDER PESO, MAS SEM PURGAÇÃO]	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM ²⁰</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><i>Tipo sem purgação</i></td> <td style="text-align: center;"><i>Tipo purgativo</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">BULIMIA NERVOSA</td> </tr> </table>			NÃO	SIM ²⁰	<i>Tipo sem purgação</i>	<i>Tipo purgativo</i>	BULIMIA NERVOSA	
NÃO	SIM ²⁰									
<i>Tipo sem purgação</i>	<i>Tipo purgativo</i>									
BULIMIA NERVOSA										
SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVOSA										
Tipo Compulsão Perióica / Purgativo										
O7 E O12 SÃO COTADAS SIM?										
Tipo Restritivo										
Para perder peso, você regularmente faz jejum ou faz exercícios exaustivos, mas não usa métodos como provocar vômitos, ou fazer uso indevido de laxantes, diuréticos ou lavagem intestinal (enemas) ?										
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM ²²</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ANOREXIA NERVOSA <i>Tipo Restritivo</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ATUAL</td> </tr> </table>					NÃO	SIM ²²	ANOREXIA NERVOSA <i>Tipo Restritivo</i>		ATUAL	
NÃO	SIM ²²									
ANOREXIA NERVOSA <i>Tipo Restritivo</i>										
ATUAL										

P. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

(→) SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

P1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1				
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias ?	→ NÃO	SIM	2				
		A ANSIEDADE DO(A) ENTREVISTADO(A) É RESTRITA OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ?	→ NÃO	SIM	3				
P2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	4				
P3		DE P3 a A P3f COTAR "NÃO" OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO CONTEXTO DOS TRANSTORNOS JÁ EXPLORADOS ANTERIORMENTE: Nos últimos 6 meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo: a Sentia-se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele? b Tinha os músculos tensos? c Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)? d Tinha dificuldade para se concentrar ou tinha esquecimentos / "branco na mente" ? e Sentia-se particularmente irritável ? f Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	→ NÃO	SIM	5 6 7 8 9 10				
		P3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P3 ?	→ NÃO	SIM					
P4		Esses problemas de ansiedade lhe causaram sofrimento importante ou perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	→ NÃO	SIM	11				
P5	a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	☐ Não	☐ Sim					
	b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?	☐ Não	☐ Sim					
		NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA ANSIEDADE GENERALIZADA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIOCINAIS SE NECESSÁRIO).							
		P5 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?	NÃO	SIM	12				
		P5 (SUMÁRIO) É COTADA SIM ?	<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL	
NÃO	SIM								
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL									
P6		P5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO E P5 b É COTADA SIM ?	<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL devido a condição médica geral</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL devido a condição médica geral	
NÃO	SIM								
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL devido a condição médica geral									
P7		P5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO E P5 a É COTADA SIM ?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>YES</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL induzido por substância</td> </tr> </table>			NO	YES	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL induzido por substância	
NO	YES								
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL induzido por substância									

CRONOLOGIA

P8	Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou essas preocupações excessivas / esses problemas de ansiedade ?	idade	13
P9	No último ano, durante quantos meses apresentou essas preocupações excessivas / esses problemas de ansiedade, de forma persistente ?		14

Q. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

Q1 Antes dos 15 anos:

a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
c	Provocou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
d	Destruiu ou incendiou coisas de propósito ?	NÃO	SIM	4
e	Machucou animais ou pessoas de propósito ?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM Q1?	→ NÃO	SIM	

NAS QUESTÕES ABAIXO, NÃO COTAR "SIM" SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

Q2 Depois dos 15 anos:

a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar?	NÃO	SIM	7
b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade dos outros, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	NÃO	SIM	9
d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10
e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM Q2 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTISOCIAL VIDA INTEIRA	

R. TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO (opcional)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

R1	a	Antes dos 30 anos, teve muitos problemas ou sintomas físicos para os quais um diagnóstico preciso não foi achado ?	→ NÃO	SIM	1
	b	Esses problemas / sintomas físicos persistiram por vários anos ?	→ NÃO	SIM	2
	c	Você consultou um médico por causa desses problemas / sintomas físicos ?	→ NÃO	SIM	3
	d	Esses problemas / sintomas físicos o(a) perturbaram na escola, no trabalho, nas suas relações sociais ou nas suas atividades cotidianas ?	→ NÃO	SIM	4
	Entre esses vários problemas físicos que teve e que o(a) perturbaram durante vários anos:				
R2	Teve dores:	de cabeça ?	NÃO	SIM	5
		de barriga ?	NÃO	SIM	6
		nas costas ?	NÃO	SIM	7
		nas juntas, nos braços ou nas pernas, no peito ou no reto ?	NÃO	SIM	8
		durante a menstruação ?	NÃO	SIM	9
		durante as relações sexuais ?	NÃO	SIM	10
		para urinar ?	NÃO	SIM	11
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM R2 ?		→ NÃO	SIM	
R3	Teve algum dos seguintes problemas abdominais:	náuseas ?	NÃO	SIM	12
		gases ?	NÃO	SIM	13
		vômitos ?	NÃO	SIM	14
		diarreia ?	NÃO	SIM	15
		intolerância a vários alimentos ?	NÃO	SIM	16
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM R3 ?		→ NÃO	SIM	
R4	Teve algum dos seguintes problemas:	perda do interesse sexual ?	NÃO	SIM	17
		difficultades de ereção ou de ejaculação ?	NÃO	SIM18	
		ciclos menstruais irregulares ?	NÃO	SIM19	
		sangramentos abundantes durante a menstruação ?	NÃO	SIM20	
		vômitos durante a gravidez ?	NÃO	SIM21	
	HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM R4 ?		→ NÃO	SIM	
R5	Teve algum dos seguintes problemas:	paralisia ou fraqueza em algumas partes de seu corpo?	NÃO	SIM22	
		difficultades de coordenação ou sensação de desequilíbrio ?	NÃO	SIM23	
		difficuldade de engolir ou sensação de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM24	
		difficuldade de falar ?	NÃO	SIM25	
		difficuldade de urinar ?	NÃO	SIM26	
		perda do tato ou sensações dolorosas ?	NÃO	SIM27	
		visão dupla ou cegueira por alguns momentos?	NÃO	SIM28	
		ficar surdo ou ter desmaios ou convulsões ?	NÃO	SIM29	
		períodos importantes de perda de memória?	NÃO	SIM30	
		sensações inexplicadas no seu corpo ?	NÃO	SIM31	
		(CLÍNICO: AVALIAR SE SE TRATA DE ALUCINAÇÕES SOMÁTICAS)			
	HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM R5 ?		→ NÃO	SIM	

R6	Esses problemas foram investigados pelo seu médico?	NÃO	SIM	32
R7	Uma doença física foi encontrada ou você tomava alguma droga ou medicamento que podia explicar esses problemas? ☐ Não ☐ Sim			33
R6 E R7 (SUMÁRIO): JULGAMENTO DO CLÍNICO: UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?		NÃO	SIM	
R8	Esses problemas ou a incapacidade que eles causavam eram muito mais importantes do que se podia esperar considerando a gravidade da doença?	NÃO	SIM	34
R7 (SUMÁRIO) OU R8 É COTADA SIM?		NÃO	SIM	
R9	Os problemas /sintomas descritos eram produzidos ou simulados de propósito (COMO NO TRANSTORNO FACTÍCIO)?	NÃO	SIM	35
R9 É COTADA NÃO?		NÃO SIM TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO VIDA INTEIRA		
R10	Atualmente você ainda apresenta esses problemas?	NÃO 36 SIM TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO ATUAL		

S. HIPOCONDRIA

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

S1	Nos últimos 6 meses, esteve excessivamente preocupado(a) ou com medo de ter uma doença física grave? NÃO COTAR SIM SE QUALQUER DOENÇA FÍSICA PODE EXPLICAR OS SINAIS / SINTOMAS SOMÁTICOS DESCRITOS PELO(A) ENTREVISTADO(A).	→ NÃO	SIM	1
S2	Teve essa preocupação/ esse medo durante 6 meses ou mais?	→ NÃO	SIM	2
S3	Foi examinado(a) por um médico por causa desses problemas?	→ NÃO	SIM	3
S4	A preocupação/ o medo de ter uma doença física grave persistiu, apesar do médico ter lhe garantido que não você tinha nenhum problema grave?	→ NÃO	SIM	4
S5	Essa preocupação/ esse medo lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	5
S6	S5 É COTADA SIM?	NÃO SIM HIPOCONDRIA ATUAL		

T. TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

T1	Você tem estado preocupado com algum defeito em sua aparência ?	→ NÃO	SIM	1
T2	Essa preocupação persistiu mesmo quando outras pessoas (incluindo médicos) acharam, com razão, que sua preocupação era exagerada ?	→ NÃO	SIM	2
T3	Essa preocupação lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	3
T4	T3 É COTADA SIM?	NÃO SIM TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL		

U. TRANSTORNO DOLOROSO

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

U1	Atualmente, uma dor é seu principal problema ?	→ NÃO	SIM	1
U2	Atualmente essa dor é severa a ponto de justificar uma avaliação médica ?	→ NÃO	SIM	2
U3	Atualmente essa dor lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais ?	→ NÃO	SIM	3
U4	Fatores psicológicos ou estressantes tiveram um papel importante no aparecimento da dor ou eles mantêm ou agravam a dor ?	→ NÃO	SIM	4
U5	A dor está sendo produzida ou simulada de propósito ? (COMO NO TRANSTORNO FACTÍCIO OU NA SIMULAÇÃO ?)	NÃO	→ SIM	5
U6	Algum problema médico / alguma doença física teve influência importante no aparecimento da dor ou ele/a mantém ou agrava a dor ?	NÃO	SIM	6
U7	A dor está presente há mais de 6 meses ?	NÃO ↓ Agudo	SIM ↓ Crônico	7
U8	U6 É COTADA NÃO ? SE U8 É COTADA SIM E U7 É COTADA NÃO = AGUDO E U7 É COTADA SIM = CRÔNICO	NÃO SIM TRANSTORNO DOLOROSO associado a fatores psicológicos ATUAL ☐ agudo ☐		
U9	U6 É COTADA SIM ? SE U8 OU U9 SÃO COTADAS SIM E U7 É COTADA NÃO = AGUDO E U7 É COTADA SIM = CRÔNICO	NÃO SIM TRANSTORNO DOLOROSO associado a fatores psicológicos e a uma condição médica geral ATUAL ☐ agudo ☐ crônico		

V. TRANSTORNO DA CONDUTA (Idade de 17 anos ou menos)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

SOLICITAR COLABORAÇÃO DA FAMÍLIA OU RESPONSÁVEIS PARA COLHER ESSAS INFORMAÇÕES.

V1 Nos últimos 12 meses:							
a	frequentemente provocou, ameaçou ou intimidou outras pessoas?	NÃO	SIM 1				
b	frequentemente começou brigas ?	NÃO	SIM 2				
c	utilizou arma(s) que podia ferir pessoas (por ex., faca, arma de fogo, tijolo, pau, garrafa quebrada)?	NÃO	SIM 3				
d	machucou pessoas de propósito ?	NÃO	SIM 4				
e	machucou animais de propósito?	NÃO	SIM 5				
f	roubou de forma violenta (por ex., assalto à mão armada, bater carteira, arrancar bolsa, extorção) ?	NÃO	SIM 6				
g	forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM 7				
h	incendiou coisas com intenção de causar danos ?	NÃO	SIM 8				
i	Destruiu coisas dos outros de propósito?	NÃO	SIM 9				
j	arrombou casa ou carro de outros ?	NÃO	SIM 10				
k	mentiu frequentemente para obter coisas ou enganar os outros ?	NÃO	SIM 11				
l	roubou objetos ?	NÃO	SIM 12				
m	ficou na rua, à noite, apesar da proibição de seus pais, e começou a fazer isto antes dos 13 anos ?	NÃO	SIM 13				
n	fugiu de casa, à noite, pelo menos duas vezes ?	NÃO	SIM 14				
o	frequentemente faltou à escola , e começou a fazer isto antes dos 13 anos ?	NÃO	SIM 15				
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS SIM EM V1 ?		→ NÃO	SIM				
SE SIM: Apresentou pelo menos um desses comportamentos nos últimos 6 meses?		→ NÃO	SIM				
V2 Esses comportamentos causaram problemas na escola, no trabalho, com seus amigos ou familiares ?		→ NÃO	SIM 16				
V2 É COTADA SIM?		<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TRANSTORNO DA CONDUTA ATUAL</td> </tr> </table>		NÃO	SIM	TRANSTORNO DA CONDUTA ATUAL	
NÃO	SIM						
TRANSTORNO DA CONDUTA ATUAL							
Subtipos Com Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade Com história de abuso físico ou sexual Com história de divórcio traumático Com história de adoção Com história de outros fatores estressantes		Assinalar tudo que for apropriado ☐ ☐ ☐ ☐ ☐					

W. TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE (Crianças / Adolescentes)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)
SOLICITAR COLABORAÇÃO DA FAMÍLIA OU RESPONSÁVEIS PARA COLHER ESSAS INFORMAÇÕES.

Nos últimos 12 meses, frequentemente:

W1	a	Deixou de prestar atenção nos detalhes ou, por descuido, cometeu erros nas atividades escolares, de trabalho ou outras?	NÃO	SIM	1
	b	Teve dificuldades de prestar atenção quando estava fazendo tarefas ou jogando?	NÃO	SIM	2
	c	Parecia não escutar quando alguém falava diretamente com você ?	NÃO	SIM	3
	d	Não seguiu instruções ou não terminou suas tarefas escolares, de trabalho ou outras (mesmo quando tinha compreendido as instruções e não tinha motivos para não segui-las) ?	NÃO	SIM	4
	e	Teve dificuldades de organizar suas tarefas ou atividades ?	NÃO	SIM	5
	f	Evitou ou relutou fazer coisas que exigiam um esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)?	NÃO	SIM	6
	g	Perdeu coisas necessárias para fazer tarefas ou atividades (por ex., materiais escolares, brinquedos)?	NÃO	SIM	7
	h	Ficou facilmente distraído(a) com qualquer coisa ?	NÃO	SIM	8
	i	Ficou esquecido(a) nas suas atividades diárias ?	NÃO	SIM	9
		W1 (SUMÁRIO): HÁ 6 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM W1?	NÃO	SIM	

Nos últimos 6 meses, frequentemente:

W2	a	Aagitava as mãos ou os pés ou se remexia na cadeira ?	NÃO	SIM	10
	b	Levantava da sua cadeira em sala de aula ou em outras situações em que deveria ficar sentado ?	NÃO	SIM	11
	c	Corria ou pulava demais quando não deveria ou quando outras pessoas não queriam que fizesse isso ?	NÃO	SIM	12
	d	Tinha dificuldades de brincar em silêncio ?	NÃO	SIM	13
	e	Sentia-se a “todo vapor” ou “a mil por hora” ?	NÃO	SIM	14
	f	Falava demais ?	NÃO	SIM	15
	g	Respondia precipitadamente, antes mesmo que as perguntas fossem completadas ?	NÃO	SIM	16
	h	Tinha dificuldade de esperar a sua vez ?	NÃO	SIM	17
	i	Interrompia ou se intrometia nos assuntos dos outros ?	NÃO	SIM	18
		W2 (SUMÁRIO): HÁ 6 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM W2?	NÃO	SIM	
W3		Alguns desses problemas de agitação ou de falta de atenção de que falamos começaram antes dos 7 anos de idade ?	NÃO	SIM	19
W4		Esses comportamentos causaram problemas em duas ou mais das seguintes situações: na escola, no trabalho, em casa, ou com seus amigos ou familiares ?	NÃO	SIM	20

W4 É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE ATUAL	

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE (Adulto)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

Quando criança:

W5	a	Era ativo(a), inquieto(a), agitado(a), impaciente, estava sempre “a todo vapor” ?	NÃO	SIM	21
	b	Era desatento(a) e se distraía com facilidade ?	NÃO	SIM	22
	c	Era incapaz de se concentrar na escola ou quando fazia tarefas de casa ?	NÃO	SIM	23
	d	Não conseguia terminar as coisas como tarefas escolares, projetos, etc ?	NÃO	SIM	24
	e	Tinha o estopim curto, era irritável ou tendia a ser explosivo(a) ?	NÃO	SIM	25
	f	As coisas tinham que ser repetidas várias vezes para você para que as fizesse ?	NÃO	SIM	26
	g	Tendia a ser impulsivo(a) sem pensar nas consequências ?	NÃO	SIM	27
	h	Tinha dificuldades de esperar a sua vez, precisando sempre ser o(a) primeiro(a) ?	NÃO	SIM	28
	i	Se metia em brigas ou aborrecia/ incomodava outras crianças ?	NÃO	SIM	29
	j	Teve reclamações da escola sobre seu comportamento ?	NÃO	SIM	30

W5 (SUMÁRIO): HÁ 6 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM W5?

→
NÃO SIM

W6		Alguns desses problemas de agitação ou de falta de atenção de que falamos começaram antes dos 7 anos de idade ?	NÃO	SIM	31
----	--	---	-----	-----	----

Enquanto adulto:

W7	a	Ainda é muito distraído (a) ?	NÃO	SIM	32
	b	É intrometido(a), ou diz coisas para amigos, ou no trabalho ou em casa, das quais se arrepende depois ?	NÃO	SIM	33
	c	É impulsivo(a), ainda que tendo melhor controle do que quando era criança ?	NÃO	SIM	34
	d	Ainda é muito inquieto(a), agitado(a), impaciente, está sempre “a mil por hora”, ainda que tendo melhor controle do que quando era criança ?	NÃO	SIM	35
	e	Ainda é irritável e fica muito enraivecido(a) sem necessidade ?	NÃO	SIM	36
	f	Ainda é impulsivo(a), por exemplo, tende a gastar mais dinheiro do que realmente deveria ?	NÃO	SIM	37
	g	Tem dificuldades de organizar seu trabalho ?	NÃO	SIM	38
	h	Tem dificuldades de se organizar mesmo fora do seu trabalho ?	NÃO	SIM	39
	i	É subempregado(a) ou trabalha aquém de suas possibilidades ?	NÃO	SIM	40
	j	Não tem o êxito/ o sucesso que corresponde às expectativas que as pessoas têm em relação às suas habilidades / capacidades ?	NÃO	SIM	41
	k	Mudou de emprego ou foi demitido(a) mais frequentemente que outras pessoas ?	NÃO	SIM	42
	l	Sua (seu) companheira (o) queixa-se de sua falta de atenção em relação a ela(e) e/ou a família ?	NÃO	SIM	43
	m	Se divorciou duas ou mais vezes, ou trocou de parceiro(a)s mais frequentemente que outras pessoas ?	NÃO	SIM	44
	n	Sente-se às vezes como se estivesse numa neblina, ou como uma TV com chuveiro ou fora de foco ?	NÃO	SIM	45

W7 (SUMÁRIO): HÁ 9 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM W7?

→
NÃO SIM

W8		Esses comportamentos lhe causaram problemas em duas ou mais das seguintes situações: na escola, no trabalho, em casa, ou com seus amigos ou familiares ?	NÃO	SIM	46
----	--	--	-----	-----	----

W8 É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (ADULTO) ATUAL	

X. TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

MESMO SE UM FATOR ESTRESSANTE ESTÁ PRESENTE OU DESENCADEOU O(S) TRANSTORNO(S) DO(A) ENTREVISTADO(A), NUNCA USE O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO EM PRESENÇA DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO. PULAR O MÓDULO TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO SE OS SINTOMAS DO(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHEM OS CRITÉRIOS PARA QUALQUER TRANSTORNO DO EIXO I OU CORRESPONDEM A UMA MERA EXACERBAÇÃO DE UM TRANSTORNO DO EIXO I OU II PRÉ-EXISTENTE.

X1	Tem apresentado problemas emocionais ou de comportamento decorrentes de algum fato ou situação de vida muito estressante ? [EXEMPLOS: ansiedade, depressão, queixas físicas, comportamentos desviantes (brigas, dirigir perigosamente, vandalismo, faltar às aulas, desrespeitar os direitos dos outros, fazer coisas ilegais)].	→ NÃO	SIM	1
X2	Esses problemas emocionais ou de comportamento começaram durante os 3 meses que se seguiram ao fato ou à situação de vida estressante de que falou ?	→ NÃO	SIM	2
X3	a Esses problemas emocionais ou de comportamento o(a) perturbam mais do que se poderia esperar ?	→ NÃO	SIM	3
	b Esses problemas emocionais ou de comportamento o(a) perturbam no seu trabalho, na escola, nas suas atividades cotidianas ou nas suas relações sociais ?	→ NÃO	SIM	4
X4	Esses problemas emocionais ou de comportamento foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais ao que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?	→ NÃO	SIM	5
	UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?	→ NÃO	SIM	5
X5	Esses problemas emocionais ou de comportamento persistiram durante mais de 6 meses depois que esse fato / situação de vida estressante terminou ? (SE O FATO / SITUAÇÃO ESTRESSANTE AINDA ESTÁ PRESENTE COTAR NÃO).	→ NÃO	SIM	6
	OS SEGUINTE SINTOMAS EMOCIONAIS / DE COMPORTAMENTO ESTÃO PRESENTES ?			
	QUALIFICADORES:	ASSINALAR TUDO QUE FOR APROPRIADO		
	A Depressão, crises de choro, desesperança.	☐		
	B Ansiedade, nervosismo, agitação, preocupações.	☐		
	C Comportamentos desviantes (brigas, dirigir perigosamente, vandalismo, faltar às aulas, desrespeitar os direitos dos outros, fazer coisas ilegais)	☐		
	D Problemas no trabalho, na escola, queixas físicas, retraimento social.	☐		
	SE ASSINALADOS:			
	• Somente A, cotar Transtorno de Ajustamento com humor depressivo (309.0)			
	• Somente B, cotar Transtorno de Ajustamento com ansiedade (309.24)			
	• Somente C, cotar Transtorno de Ajustamento com perturbação da conduta (309.3)			
	• Somente A e B, cotar Transtorno de Ajustamento misto de ansiedade e depressão (309.28)			
	• C e (A ou B), cotar Transtorno do Ajustamento com perturbação mista das emoções e conduta (309.4)			
	• Somente D, cotar Transtorno do Ajustamento Inespecificado (309.9)			
	SE X5 = NÃO, COTAR SIM E ESPECIFICAR OS QUALIFICADORES			

NÃO SIM

TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO

com _____

(qualificadores)

Y. TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

Y1	No último ano, em quase todos os meses sua menstruação foi precedida por um período de mais ou menos uma semana em que o seu estado de humor mudou de forma significativa ?	→ NÃO	SIM	1
Y2	Durante esses períodos de ± uma semana que precedem suas regras, tem dificuldades nas suas atividades cotidianas, uma diminuição da sua eficiência no trabalho, problemas de relacionamento ou evita sair ou ver as pessoas ?	→ NÃO	SIM	2
Y3	Durante esses períodos de ± uma semana que precedem suas regras, (mas não durante ou após a menstruação) tem os seguintes problemas, a maior parte do tempo:			
a	Sente-se triste, desanimada, deprimida ou se sente sem esperança ou se auto-deprecia ?	NÃO	SIM	3
b	Sente-se particularmente ansiosa, tensa, nervosa, com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
c	Com frequência, sente-se subitamente triste ou chora ou ainda fica particularmente sensível aos comentários dos outros ?	NÃO	SIM	5
d	Fica extremamente irritável, tem explosões de raiva ou briga com frequência ?	NÃO	SIM	6
	HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" de Y3a à Y3d ?	→ NÃO	SIM	7
e	Tem menos interesse por suas atividades cotidianas como o trabalho, atividades de lazer, encontrar os amigos ?	NÃO	SIM	8
f	Tem dificuldades de se concentrar?	NÃO	SIM	9
g	Sente-se abatida, se cansa facilmente ou sente-se sem energia ?	NÃO	SIM	10
h	Seu apetite muda de forma significativa, você come muito ou tem "desejos" de comer certos alimentos ?	NÃO	SIM	11
i	Dorme demais ou, ao contrário, tem dificuldades de dormir ?	NÃO	SIM	12
j	Tem a impressão de ser dominada pelas situações ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	13
k	Tem sintomas físicos como os seios sensíveis ou inchados, dores de cabeça, dores musculares ou nas articulações, sensação de estar inchada ou ainda um ganho de peso ?	NÃO	SIM	14
HÁ PELO MENOS 5 RESPOSTAS "SIM" EM Y3 ?				
SE SIM, O DIAGNÓSTICO DEVE SER CONFIRMADO POR UMA AVALIAÇÃO PROSPECTIVA (COTAÇÕES COTIDIANAS DURANTE PELO MENOS 2 CICLOS CONSECUTIVOS).				

NÃO SIM

TRANSTORNO DISFÓRICO

PRÉ-MENSTRUAL

PROVÁVEL

ATUAL

Z. TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO

NÃO UTILIZAR ESSE MÓDULO ISOLADAMENTE SEM ANTES COMPLETAR TODOS OS MÓDULOS REFERENTES AOS TRANSTORNOS ANSIOSOS E DO HUMOR. [PULAR ESSE MÓDULO SE OS CRITÉRIOS PARA QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ FORAM PREENCHIDOS E ASSINALAR **NÃO** NO QUADRO DIAGNÓSTICO].

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S). ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM.)

Z1	Alguma vez sentiu-se constantemente triste, desanimado(a), deprimido(a), durante pelo menos 1 mês ?	→ NÃO	SIM	1
Z2	Quando sentiu-se constantemente deprimido(a), teve algum dos problemas seguintes, durante pelo menos 1 mês:			
a.	Teve dificuldade de se concentrar ou "brancos na mente" ?	NÃO	SIM	2
b.	Teve problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	3
c.	Sentiu-se cansado (a), sem energia ?	NÃO	SIM	4
d.	Sentiu-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	5
e.	Ficou excessivamente preocupado(a) por pelo menos um mês?	NÃO	SIM	6
f.	Chorava facilmente ?	NÃO	SIM	7
g.	Ficou constantemente alerta com relação a possíveis perigos?	NÃO	SIM	8
h.	Temia sempre o pior ?	NÃO	SIM	9
i.	Sentiu-se sem esperança ?	NÃO	SIM	10
j.	Perdeu a auto-confiança ou sentiu-se inútil ?	NÃO	SIM	11
Z2 (SUMÁRIO):	HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM Z2 ?	→ NÃO	SIM	
Z3	Esses problemas lhe causaram sofrimento importante ou perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	→ NÃO	SIM	12
Z4 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	☐ Não	☐ Sim	
b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?	☐ Não	☐ Sim	
NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA SINTOMATOLOGIA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADICIONAIS SE NECESSÁRIO).				
	UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?	→ NÃO	SIM	INCERTO 13
Z5 a.	O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA:			
	Depressão Maior VIDA INTEIRA	NÃO	SIM	14
	Distímia VIDA INTEIRA	NÃO	SIM	15
	Transtorno de Pânico VIDA INTEIRA	NÃO	SIM	16
	Transtorno de Ansiedade Generalizada VIDA INTEIRA	NÃO	SIM	17
b.	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA: qualquer outro Transtorno Ansioso	NÃO	SIM	18
	qualquer outro Transtorno do Humor	NÃO	SIM	19
c.	A SINTOMATOLOGIA PRESENTE É MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO ?	NÃO	SIM	20
Z6	Z5c É COTADA NÃO?	NÃO SIM TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO ATUAL		

RELAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DSM-IV/CID-10 - CÓDIGOS PARA DIAGNÓSTICOS DO MINI

Transtorno Depressivo Maior		Fobia Social (Tr. de Ansiedade Social)	
Episódio Único/F32.x		300.23/F40.1	
296.20/F32.9	inespecífico	Fobia Específica	
296.21/F32.0	leve	300.29/F40.2	
296.22/F32.1	moderado	Transtorno Obsessivo-compulsivo	
296.23/F32.2	severo sem aspectos psicóticos	300.30/F42.8	
296.24/F32.3	severo com aspectos psicóticos	Transtorno de Ansiedade Generalizada	
296.25/F32.4	em remissão parcial	300.02/F41.1	
296.26/F32.4	em remissão completa	Abuso / Dependência de Substâncias	
Episódio Recorrente/F33.x		303.90/F10.2x	Dependência do Alcool
296.30/F33.9	inespecífico	305.00/F10.1	Abuso do Alcool
296.31/F33.0	leve	305.20/F12.1	Abuso de Cannabis
296.32/F33.1	moderado	305.30/F16.1	Abuso de alucinógenos
296.33/F33.2	severo sem aspectos psicóticos	305.40/F13.1	Abuso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
296.34/F33.3	severo com aspectos psicóticos	305.50/F11.1	Abuso de opióides
296.35/F33.4	em remissão parcial	305.60/F14.1	Abuso de cocaína
296.36/F33.4	em remissão completa	305.70/F15.1	Abuso de anfetaminas
Transtorno Distímico		305.90/F15.00	Intoxicação por cafeína
300.4/F34.1		305.90/F18.1	Abuso de inalantes
Mania		305.90/	Abuso de outras substâncias
Tr. Bipolar I, Episódio Maníaco único /F30.x		F19.00-F19.1	Abuso
296.00	inespecífico	305.90/F19.1	Abuso de Fenciclidina
296.01/F30.1	leve	Transtornos Psicóticos	
296.02/F30.1	moderado	295.10/F20.1x	Esquizofrenia, Tipo Disorganizado
296.03/F30.1	severo sem aspectos psicóticos	295.20/F20.2x	Esquizofrenia, Tipo Catatônico
296.04/F30.2	severo com aspectos psicóticos	295.30/F20.0x	Esquizofrenia, Tipo Paranoide
296.05/F30.8	em remissão parcial	295.40/F20.8	Transtorno Esquizofreniforme
296.06/F30.8	em remissão completa	295.60/F20.5x	Esquizofrenia, Tipo Residual
Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Maníaco /F31.x		295.70/F25.x	Transtorno Esquizoafetivo
296.40/F31.0	Hipomaniaco	295.90/F20.3x	Esquizofrenia, Tipo Indiferenciado
296.40	inespecífico	297.10/F22.0	Transtorno Delirante
296.41/F31.1	leve	297.30/F24	Transtorno Psicótico Compartilhado
296.42/F31.1	moderado		
296.43/F31.1	severo sem aspectos psicóticos	293.81/F06.2	Transtorno Psicótico devido a..... (indicar a condição médica geral) com Delírios
296.44/F31.2	severo com aspectos psicóticos	293.82/F06.0	Transtorno Psicótico devido a..... (indicar a condição médica geral) com Alucinações
296.45/F31.7	em remissão parcial	293.89/F06.4	Transtorno Ansioso devido a..... (indicar a condição médica geral)
296.46/F31.7	em remissão completa	293.89/F06.x	Transtorno Catatônico devido a..... (indicar a condição médica geral)
Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Depressivo /F31.x			
296.50	inespecífico	298.80/F23.xx	Transtorno Psicótico Breve
296.51/F31.3	leve	298.90/F29	Transtorno Psicótico SOE
296.52/F31.3	moderado	Anorexia Nervosa	
296.53/F31.4	severo sem aspectos psicóticos	307.10/F50.0	
296.54/F31.5	severo com aspectos psicóticos	Bulimia Nervosa	
296.55/F31.7	em remissão parcial	307.51/F50.2	
296.56/F31.7	em remissão completa	Transtorno de Estresse Pós-Traumático	
Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Misto /F31.x		309.81/F43.1	
296.60	inespecífico	Risco de Suicídio	
296.61/F31.3	leve	Nenhum código alocado	
296.62/F31.3	moderado	Transtorno da Personalidade Anti-social	
296.63/F31.4	severo sem aspectos psicóticos	301.70/F60.2	
296.64/F31.5	severo com aspectos psicóticos	Transtornos Somatoformes	
296.65/F31.7	em remissão parcial	300.81/F45.0	Transtorno de Somatização
296.66/F31.7	em remissão completa	300.70/F45.2	Hipocondria
296.70/F31.9	Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Inespecífico	300.70/F45.2	Transtorno Dismórfico Corporal
296.80/F31.9	Tr. Bipolar I, SOE		
296.89/F31.8	Tr. Bipolar II		
Transtorno do Pânico/F40.01			
300.01/F41.0	Sem Agorafobia		
300.21/F40.01	Com Agorafobia		
Agoraphobia			
300.22/F40.00	Sem história de Transtorno de Pânico		

Transtornos Dolorosos

307.80/F45.4 Transtorno Doloroso associado com fatores psicológicos

307.89/F45.4 Transtorno Doloroso associado com fatores psicológicos e com uma condição médica geral

Transtorno da Conduta

312.80/F91.8

Transtornos de Déficit de Atenção/ Hiperatividade

314.01/F90.0 Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Tipo Combinado

314.00/F98.8 Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento

314.01/F90.0 Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-impulsivo

Transtornos de Ajustamento

309.00/F43.20 Transtorno de Ajustamento com humor depressivo

309.24/F43.28 Transtorno de Ajustamento com ansiedade

309.28/F43.22 Transtorno de Ajustamento misto de ansiedade e depressão

309.30/F43.24 Transtorno de Ajustamento, com perturbação da conduta

309.40/F43.25 Transtorno de Ajustamento, com perturbação mista das emoções e conduta

309.90/F43.9 Transtorno de Ajustamento, sem especificação

Transtorno Disfórico Pré-menstrual

Nenhum código alocado

CRITÉRIOS PARA EXCLUIR OUTROS TRANSTORNOS DO EIXO I

[Em caso de comorbidade, o seguinte algoritmo (ou hierarquia de transtornos baseada no DSM-IV) pode ser usada para reduzir o número de transtornos comórbidos àqueles provavelmente mais significativos clinicamente.]

Questão	Sim	Não
Os sintomas de X são exclusivamente restritos a, ou melhor explicados por Y, Z?	☐	☐
Se o diagnóstico X foi feito, faça a pergunta acima, inserindo o diagnóstico X na coluna 1, e os diagnósticos Y, Z correspondentes na coluna 2		

Em qualquer situação em que:		Diagnósticos Y, Z, etc.
Diagnóstico X	está presente, mantê-lo a menos que o transtorno seja exclusivamente restrito a, ou melhor explicado pelo(s) diagnóstico(s) Y, Z, etc	
A Episódio Depressivo Maior (EDM)		Episódios Hipomaniaco, maniaco e misto, Tr. Esquizoafetivo, Tr. Esquizofreniforme, Tr. Delirante, Tr. Psicótico não especificado
B Transtorno Distímico		EDM ou Mania
C Risco de Suicídio	" "	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I
D Episódio (Hipo)Maníaco	" "	EDM ocorrendo na mesma semana = episódio misto
E Transtorno de Pânico	" "	Fobia Social e Específica, TOC ou Tr. de Estresse Pós-Traumático
F Agoraphobia	" "	Fobia Social e Específica, TOC ou Tr. de Estresse Pós-Traumático
G Fobia Social	" "	Tr. Pânico ou Agorafobia
H Fobia Específica	" "	Tr. Pânico ou Agorafobia, ou TOC ou Tr. de Estresse Pós-Traumático
I Obsessive-Compulsive Disorder	" "	Qualquer outro transtorno do eixo I
J Tr. de Estresse Pós-Traumático	" "	Agorafobia
K Abuso/ Dependência de álcool	" "	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I
L Abuso/ Dependência de Drogas (Não-álcool)	" "	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I
M Transtorno Psicótico	" "	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I
N Anorexia Nervosa	" "	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I
O Bulimia Nervosa	" "	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I
P Tr. Ansiedade Generalizada	" "	EDM, Distímia, Mania, Tr. Psicótico, Tr. Pânico, Fobia Social e Específica, TOC, Tr. de Estresse Pós-Traumático, Tr. Ansioso
Q Tr. Personalidade Anti-social	" "	Tr. Psicótico, Mania
R Transtorno de Somatização	" "	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I
S Hipocondria	" "	Tr. Ansiedade Generalizada, TOC, Tr. Pânico, EDM, Mania, Tr. da ansiedade de Separação, Outro Tr. Somatoforme, Anorexia Nervosa, Fobia Social e Específica, Tr. de Estresse Pós-Traumático, Tr. Delirante, Tr. Dismórfico Corporal, Psicose
T Transtorno Dismórfico Corporal	" "	
U Transtorno Doloroso	" "	EDM, Mania, Tr. Pânico, Tr. Ansiedade Generalizada, TOC, Tr. de Estresse Pós-Traumático, Fobia Social e Específica, Tr. Psicótico, Dispareunia
V Transtorno da Conduta	" "	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I e com TDAH
W Tr. de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH)	" "	Tr. Psicótico, Mania, EDM, Tr. Ansioso, Tr. da Conduta
X Transtorno de Ajustamento	" "	Qualquer transtorno do eixo I
Y Tr. Disfórico Pré-menstrual	" "	Transtorno de Pânico, EDM, Distímia ou um Transtorno de Personalidade
Z Tr. Misto de Ansiedade e Depressão	" "	Qualquer outro transtorno psiquiátrico

REFERÊNCIAS

- Sheehan DV, Lecrubier Y, Hammett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry*. 1997; 12:232-241.
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI) A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry*. 1997; 12: 224-231.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Hammett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G: The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 20):22-33.
- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D: DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*. 1998; 13:26-34.
- Amorim P. "Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): desenvolvimento e validação de entrevista diagnóstica breve para avaliação dos Transtornos Mentais." *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22 (3): 106-115.

Translation:

	MINI 4.4 or earlier versions
Afrikaans	R. Emsley
Albanian	I. v. Dettlaff, M. Ackenhail, R. Dietz-Bauer
Arabe	
Basco	
Bengali	
Bulgarian	
Catalão	
Chaco	
Chinês	
Coreano	
Croata	
Dinamarquês	P. Bach
Eslovaco	M. Kocmar
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier O. Soto, L. Franco, G. Hainze
Estonian	J. Shlik, A. Ahuja, E. Kihl
Farsi/Persa	K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijestrom, O. Tuominen
Francês	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lepine
Grego	S. Beratis
Gujarati	
Haitiano	J. Zohar, Y. Sasson
Hindi	
Holandês/Francês	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megan
Húngaro	I. Bittor, J. Balazs
Inglês	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Hammett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
Islandês	
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller
Japonês	
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim
Português - Brasil	P. Amorim
Punjabi	
Romano	
Russo	
Sérvio	I. Timotijevic
Sotswana	
Suaco	M. Wazra, S. Andersch, M. Humble
Turco	T. Ornak, A. Keskiner, I. Vahip
Urdu	

MINI 4.6/5.0, MINI Plus 4.6/5.0 and MINI Screen 5.0:

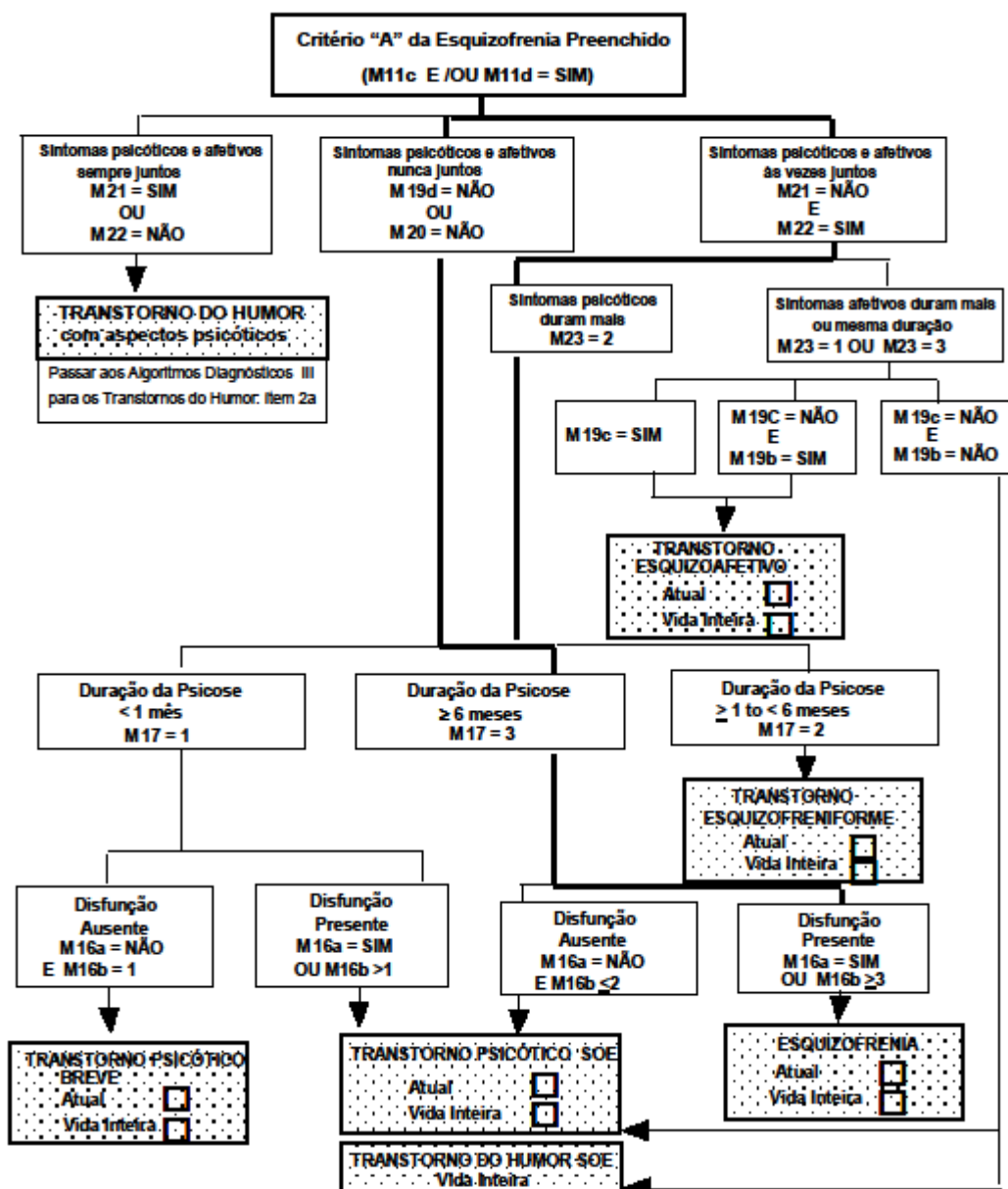
G. Stolz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenhail
O. Ouman, E. Al-Radi
Em preparação
H. Banerjee, A. Banerjee
L.G. Hranov
Em preparação
P. Zivlosky
L. Carroll, K-d Juang
Em preparação
Em preparação
P. Bach, T. Schittze
M. Kocmar
L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-Garcia,
M. Heikkinen, M. Lijestrom, O. Tuominen
Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
T. Calligas, S. Beratis
M. Patel, B. Patel
R. Borda, I. Levinson
C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
E. Gries, K. Shrusari, T. Overbeek, K. Demytanase
I. Bittor, J. Balazs
D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Hammett-Sheehan,
M. Sheehan
J.G. Stafsanson
L. Conti, A. Rossi, P. Donda
T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyazaki, K. Kamijima,
J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
V. Janavs, J. Janavs
K.A. Leikow, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
M. Masiak, E. Jasiak
P. Amorim, T. Gutierrez, P. Levy
P. Amorim
A. Gahmia, S. Gambhir
O. Driga
A. Bystritsky, E. Seliva, M. Bystritsky
I. Timotijevic
K. Kotogutsw
C. Allgulander, M. Wazra, A. Brimmo, M. Humble, H. Agran
T. Ornak, A. Keskiner
A. Taj, S. Gambhir

Os estudos de validação do MINI foram possíveis, em parte, graças a fundos da SmithKline Beecham e da União Europeia.

Os autores agradecem a: Dr. Pauline Powers por suas contribuições nos módulos Anorexia e Bulimia Nervosa
Dr. Humberto Nagera por suas contribuições nos módulos TDAH (para crianças e adultos)
Drs. Jonathan Cohen e Donald Klein por suas sugestões no módulo Transtorno do Pânico do MINI Plus
Prof. Istvan Bitter e Dr. Judit Balazs por suas contribuições no módulo Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão

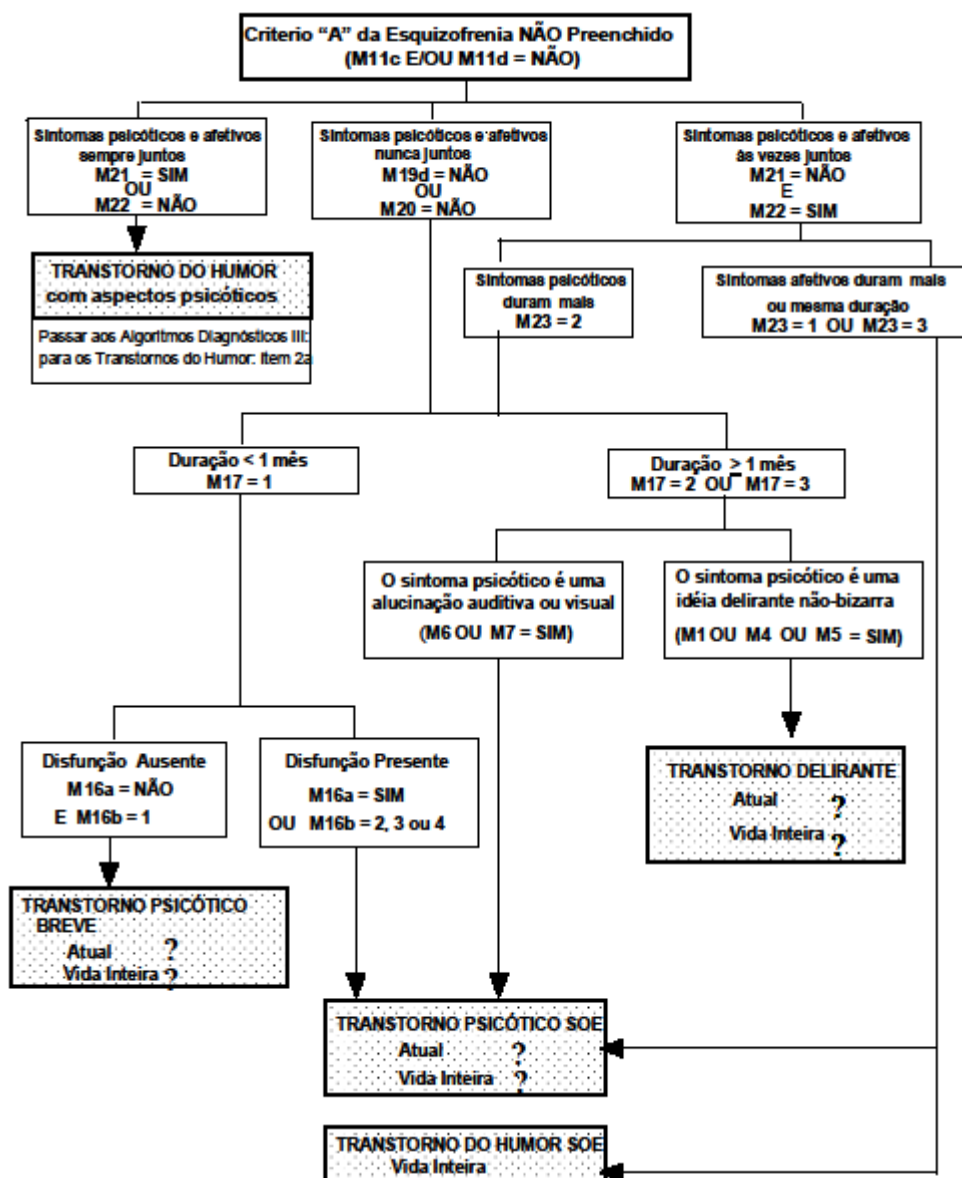
TRANSTORNOS PSICÓTICOS: ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS I

Fazer um círculo na alternativa diagnóstica apropriada e especificar se o Transtorno é Atual (M11c = SIM) e/ou Vida Inteira (M11d = SIM). Um diagnóstico positivo exclui todos os outros. Se o critério A da Esquizofrenia não foi preenchido atualmente (M11c = NÃO), mas está presente ao longo da vida (M11d = SIM), os diagnósticos Atual e Vida Inteira poderão ser diferentes.



TRANSTORNOS PSICÓTICOS : ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS II

Fazer um círculo na alternativa apropriada e especificar se o Transtorno é Atual (M11c = NÃO) e/ou Vida Inteira (M11d = NÃO).
Um diagnóstico positivo exclui todos os outros. Se o critério A da Esquizofrenia não foi preenchido atualmente (M11c = NÃO), mas está presente ao longo da vida (M11d = SIM), os diagnósticos Atual e Vida Inteira poderão ser diferentes.



TRANSTORNOS DO HUMOR : ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS III

Consultar os Módulos: A [Episódio Depressivo Maior]
 D [Episódio (Hipo)Maníaco]
 M [Transtornos Psicóticos]

MÓDULO M: Diagnóstico diferencial entre Transtornos Psicóticos e do Humor

- | | | | | |
|-----|--------------------------|-----|-------|--------------------------|
| 1 a | M20 = NÃO ? | NÃO | SIM | |
| b | M21 = NÃO E M22 = SIM ? | NÃO | SIM → | COTAR NÃO EM 2c, 2d E 2e |
| c | M21 = SIM OU M22 = NÃO ? | NÃO | SIM | |

MÓDULOS A e D:

- 2 a UMA IDÉIA DELIRANTE FOI IDENTIFICADA EM A3e? Não ☐ Sim ☐
- b UMA IDÉIA DELIRANTE FOI IDENTIFICADA EM D3a? Não ☐ Sim ☐

- c A8 = SIM (Episódio Depressivo Maior presente)
 E
 D6 e D7 = NÃO (Episódios Hipomaniaco e Maníaco ausentes)?

Especificar:
 SEM Aspectos Psicóticos (AP): SE 1a = SIM E 2a = NÃO
 COM Aspectos Psicóticos (AP): SE 1c = SIM OU 2a = SIM

Especificar se o episódio depressivo é Atual ou Passado
 (Questão A8)

NÃO	SIM
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR	
Sem AP	☐
Com AP	☐
Atual	☐
Passado	☐

- d D7 = SIM (Episódio Maníaco presente)?

Especificar:
 SEM Aspectos Psicóticos (AP): SE 1a = SIM E [2a = NÃO E 2b = NÃO]
 COM Aspectos Psicóticos (AP): SE 1c = SIM OU [2a = SIM OU 2b = SIM]

Especificar se o episódio de humor mais recente é Atual ou Passado
 (Questões A8 ou D6 ou D7)

NÃO	SIM
TRANSTORNO BIPOLAR I	
Sem AP	☐
Com AP	☐
Atual	☐
Passado	☐

- e A8 = SIM (Episódio Depressivo Maior presente)
 E
 D6 = SIM (Episódio Hipomaniaco presente)?
 E
 D7 = NÃO (Episódio Maníaco ausente)?

Especificar se o episódio de humor mais recente é Atual ou Passado
 (Questões A8 ou D6)

NÃO	SIM
TRANSTORNO BIPOLAR II	
Atual	☐
Passado	☐

ANEXO

MINI PLUS DSM-IV 5.0.0 – versão brasileira
Avaliação dos Transtornos Psicóticos (TP) e do Humor (TH)
Ficha de conclusão diagnóstica

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A): _____
 NÚMERO DO PROTOCOLO: _____
 DATA DA ENTREVISTA : _____
 NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A): _____

1. DIAGNÓSTICO(S) DSM-IV GERADO(S) PELO MINI PLUS

Assinalar o que for pertinente. Consultar os módulos M, A e D, os algoritmos diagnósticos I, II e III e a questão 2 da ficha de conclusão diagnóstica (diagnóstico atual corrigido de TP).

TRANSTORNOS PSICÓTICOS (código)	VIDA INTEIRA	Atual	Atual corrigido
• Esquizofrenia (295.1-295.6)	☐	☐	☐
• Transtorno Esquizofreniforme (295.4)	☐	☐	☐
• Transtorno Esquizoafetivo (295.7)	☐	☐	☐
• TP Breve (295.8)	☐	☐	
• Transtorno Delirante (297.1)	☐	☐	
• TP devido à condição médica geral (293.81-82)	☐	☐	
• TP induzido por substância(s) (291.5; 292.11-12)	☐	☐	
• TP sem outra especificação (298.9)	☐	☐	
TRANSTORNOS DO HUMOR (código)			
• Transtorno Depressivo Maior (296.20-36)	☐	☐	
☐ com aspectos psicóticos (296.24; 296.34)			
☐ sem aspectos psicóticos			
• Transtorno Bipolar tipo I (296.0x; 296.4x-5x-6x-7)	☐	☐	
☐ com aspectos psicóticos (296.04-44-54-64)			
☐ sem aspectos psicóticos			
• Transtorno Bipolar tipo II (296.89)	☐	☐	
• TH sem outra especificação (296.9)	☐	☐	
• TH devido à condição médica geral (293.83)	☐	☐	
☐ Episódio Depressivo Maior			
☐ Episódio Hipomaniaco			
☐ Episódio Maníaco			
• TH induzido por substância(s) (291.8; 292.84)	☐	☐	
☐ Episódio Depressivo Maior			
☐ Episódio Hipomaniaco			
☐ Episódio Maníaco			

2. DIAGNÓSTICO CORRIGIDO DE TRANSTORNO PSICÓTICO ATUAL

O MINI Plus gerou um diagnóstico Vida Inteira de Esquizofrenia ou de Transtorno Esquizofreniforme ou de Transtorno Esquizaafetivo, mas o diagnóstico atual correspondente é diferente porque o critério A da Esquizofrenia não foi preenchido no momento atual (M11c = NÃO)?

☐ NÃO ☐ SIM

SE SIM: O TP atual identificado é uma expressão sintomática atenuada (fase residual) do TP diagnosticado ao longo da vida? ☐ NÃO ☐ SIM

SE SIM: Assinalar, na coluna correspondente do quadro de diagnósticos (página anterior), o “diagnóstico atual corrigido”

3. DIAGNÓSTICO ATUAL PRINCIPAL

Em caso de múltiplos diagnósticos do MINI Plus, anotar aqui o diagnóstico atual principal:

4. DÚVIDAS DIAGNÓSTICAS

(a) Existe dúvida sobre a presença de causa(s) orgânica(s) que podem explicar :

- o(s) episódio(s) psicótico(s) (M12d) ? ☐ NÃO ☐ SIM
- o(s) episódio(s) depressivo(s) (A7 sumário) ? ☐ NÃO ☐ SIM
- o(s) episódio(s) (hipo)maníaco(s) (D4 sumário) ? ☐ NÃO ☐ SIM

SE SIM: Anotar as razões da(s) dúvida(s) e sua(s) hipótese(s) diagnóstica(s), se existentes:

(b) Anotar outros pontos de dúvida da entrevista, se existentes:

5. DIAGNÓSTICO(S) CLÍNICO(S) DO(A) ENTREVISTADOR(A)

(a) Existe um *diagnóstico provisório* de “TP sem outra especificação” porque o(a) entrevistado(a) não descreveu nenhum SX psicótico, mas você identificou algum(ns) durante a entrevista (M11b = SIM) ? ☐ NÃO ☐ SIM

SE SIM: Anotar seu diagnóstico pessoal correspondente e uma breve justificativa:

(b) Existem SX psicóticos descritos e observados, mas com duração inferior a 1 dia (M14) ?

☐ NÃO ☐ SIM

SE SIM: Anotar seu diagnóstico pessoal correspondente e uma breve justificativa:

(c) Há diagnóstico(s) do MINI Plus com o(s) qual(is) você não concorda ? ☐ NÃO ☐ SIM

SE SIM: Anotar brevemente as razões dessa(s) discordância(s), bem como seu(s) diagnóstico(s) pessoal(is) correspondente(s), precisando o diagnóstico atual principal:

6. OUTRAS OBSERVAÇÕES

Anote aqui outras informações importantes, em particular fatores que tenham eventualmente prejudicado a avaliação diagnóstica através do MINI Plus (dificuldades de aplicação da entrevista, particularidades clínicas do/a entrevistado/a...)

ANEXO II – Escala Breve de Funcionamento (FAST)

Nome:	Data:
Idade:	Sexo:
Diagnóstico:	Estado clínico:
Medicação:	Tempo: min

ESCALA BREVE DE FUNCIONAMENTO (FAST)

Qual é seu grau de dificuldade em relação aos seguintes aspectos?

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

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

ANEXO III – CTQ

As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança ou adolescente.

Embora estas afirmações sejam de natureza pessoal, por favor, responda o mais sinceramente possível. Para cada afirmação, utilize a escala abaixo para melhor descrever o que você acha que ocorreu enquanto crescia.

(0) nunca (1) poucas vezes (2) às vezes (3) muitas vezes (4) sempre

Enquanto eu crescia...

- | | |
|--|---------------------|
| 1. Eu não tive o suficiente para comer. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 6. Eu tive que usar roupas sujas. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 7. Eu me senti amado (a). | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 16. Eu tive uma ótima infância. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 18. Eu senti que alguém da minha família me odiava. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 19. As pessoas da minha família se sentiam unidas. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 22. Eu tive a melhor família do mundo. | (0) (1) (2) (3) (4) |

23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo. (0) (1) (2) (3) (4)
24. Alguém me molestou. (0) (1) (2) (3) (4)
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente. (0) (1) (2) (3) (4)
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei. (0) (1) (2) (3) (4)
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente. (0) (1) (2) (3) (4)
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio. (0) (1) (2) (3) (4)

ANEXO IV – ABEP

ABEP

1. Qual a escolaridade do chefe da família?

- (1) Nenhuma ou até 3ª série (primário incompleto)
- (2) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginasial) incompleto
- (3) 1º grau (ginasial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto
- (4) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto
- (5) Nível superior completo

2. Na tua casa tem: (LER OPÇÕES)

Quantidade de itens					
Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Aspirador de pó	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +
Video Cassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

Nº de identificação: Data:

Nome:

Data de Nascimento:

Idade:

Sexo:

Estado Civil

Medicamentos:

Doença Clínica:

Pressão Arterial:

Peso:

Altura:

Circunferência Abdominal:

ANEXO V – Questionário das Doenças

Universidade Católica de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento

Transtornos de Humor: epidemiologia, fatores neuroquímicos e psicossociais no tratamento psicoterapêutico

Mesmo que você já tenha sido diagnosticado anteriormente, esta avaliação inicial é muito importante para nós, é a partir dela e da coleta de sangue que faremos (fizemos) que poderemos avaliar melhora de seus sintomas.

Por favor, seja o mais sincero possível em todas as questões a seguir.

QUEST: _ _ _

→ Para começar eu gostaria de te perguntar sobre doenças clínicas que tiveste durante a vida.

1. Você já teve alguma destas doenças? (atual e passada)

a) Infecção SNC (Poliomielite, encefalite, meningite)	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei
b) Infecção freqüente da garganta	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei
c) Coma	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei
d) Convulsão/ataques	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei
e) Ferimentos na cabeça (com perda de consciência)	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei
f) Enxaqueca	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei
g) Asma	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei
h) Diabetes	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei
i) Hipotireoidismo	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei
j) Hipertireoidismo	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei
k) Febre Reumática	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei
l) Derrame cerebral	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei

2. Você é portador de alguma doença não perguntada?

(0) Não (1) Sim, quais?

Doença 1: _____ (88) Não se aplica

Doença 2: _____ (88) Não se aplica

Doença 3: _____ (88) Não se aplica

3. Você tem filhos? (00) Não () Sim, quantos? ____ filhos

4. Há alguém com história de doença psiquiátrica na tua família?

(0) Não (1) Sim

SE SIM: Eu gostaria saber qual familiar, que doença ele tem/tinha, se ele recebeu tratamento medicamento e se foi internado por estes problemas.

Familiar	Doença	Psicofármaco	Internação
(1) Mãe		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
(2) Pai		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
(3) Irmãos		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
Nº Total:		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
(4) Filhos		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
Nº Total:		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
(5) Avó materna		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
(6) Avó materno		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
(7) Avó paterna		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
(8) Avó paterno		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
(9) Tios maternos		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
Nº Total:		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
(10) Tios paternos		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim
Nº Total:		(0) Não (1) Sim	(0) Não (1) Sim

→ Agora eu vou te perguntar sobre consumo de cigarros.

5. Alguma vez na vida, você fumou cigarro?

(0) Não [vá para a próxima pag.] (1) Sim, no passado (2) Sim, atualmente

Se o entrevistado fumou menos do que 20 carteiras de cigarro na vida, ou menos do que 1 cigarro por dia em um ano, então codifique como "não".

6. Que idade você tinha quando iniciou a fumar, regularmente? ____ anos

[“regularmente” significa pelo menos 1 cigarro a cada 30 dias]

SE SIM, no passado

7. Que idade você tinha quando parou totalmente de fumar cigarros? ____ anos

8. Em média, no tempo todo em que você fumou quantos cigarros por dia você fumava?

____ cigarros/dia

SE SIM, atualmente

9. Quantos cigarros você fuma por dia? ____ cigarros/dia